



RESSSENTIS DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE DE NÉONATOLOGIE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DES PORTES DE PROVENCE- MONTÉLIMAR À L'INITIATION DE LA DÉMARCHE IHAB

Marie-Line RIBES

Travail réalisé dans le cadre de la formation « Pratique du Consultant en Lactation IBCLC et préparation
à l'examen international IBLCE »- CREFAM 2016/2017

Page 1 sur 77

Remerciements

À mes collègues, qui ont accepté d'être les sujets de mon étude et plus particulièrement encore aux huit courageux qui m'ont donné de leur temps lors des entretiens : merci pour leurs réponses tant appliquées ;

À Mme Leroy, Cadre supérieur de santé du pôle Femme-Mère-enfant, et à Mme Bouschon, Cadre de Santé du service de pédiatrie néonatalogie, pour m'avoir autorisée à mener cette étude ;

À Mme Copel, pour m'avoir transmis les statistiques concernant son service ;

À Mme El Bakri, ingénieure qualité, pour son aide lors de la phase critique de la récolte des résultats du questionnaire ;

À Sam, pour sa connaissance de Word et sa patience ;

À Véro pour sa relecture bienveillante ;

À Danièle Bruguières, pour ses suggestions toujours avisées ;

À Laure Marchand-Lucas, Danièle Bruguières, Isabelle Petit, Marina Marengo, Etienne Nohalyt, Monique Murzilli et Maryse Cerviotti, ainsi qu'à toutes les intervenantes et à mes co-apprenants pour ces 18 mois si riches au CREFAM ;

À Florence Azouri, pour la chance d'être deux sur le même chemin ;

À mes amis et ma famille, pour leur présence et leur soutien sans faille ;

Et surtout merci de tout mon cœur à Gregory, Ninon, June et Clémentine, parce que tout commence de vous.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION.....	6
CHAPITRE 1. COMMENT S'INSCRIT L'INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS DANS LE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE	7
1.1 HISTOIRE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE : DE LA NORME AU DÉCLIN.....	7
1.2 INITIATIVES MONDIALES ET TEXTES FONDATEURS DU SOUTIEN À L'ALLAITEMENT	8
1.3 LA POLITIQUE MONDIALE ACTUELLE DE PROTECTION, SOUTIEN ET PROMOTION DE L'ALLAITEMENT.....	10
1.4 UNE POLITIQUE DE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT EN FRANCE ?	10
1.5 L'INFLUENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ SUR LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT EN FRANCE.....	15
1.6 L'INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS EN FRANCE	19
CHAPITRE 2. FONCTIONNEMENT ET PROJETS DU PÔLE FEMME-MÈRE-ENFANT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DES PORTES DE PROVENCE (GHPP).....	24
2.1 PRÉSENTATION DU GHPP-MONTÉLIMAR ET CARACTÉRISTIQUES DE SON BASSIN DE POPULATION	24
2.2 LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE	25
2.3 LE SERVICE DE PÉDIATRIE-NÉONATOLOGIE.....	26
2.4 INITIATION DE LA DÉMARCHE VERS LE LABEL IHAB.....	27
CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	28
3.1 OBJECTIFS	28
3.2 POPULATION ÉTUDIÉE	28
3.3 MODALITÉS DU RECUEIL DE DONNÉES.....	28
3.4 BIAS ÉVENTUELS	29
CHAPITRE 4. RÉSULTATS ET ANALYSE DES QUESTIONNAIRES	30
4.1 RESENTIS ET PERCEPTIONS GLOBALES VIS-À-VIS DU LABEL IHAB.....	31
4.2 RÉSULTATS POUR CHAQUE RECOMMANDATION DE L'IHAB	38
4.3 ANALYSE ET INTERROGATIONS	43
CHAPITRE 5. RÉSULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS	47
5.1 PREMIÈRE PARTIE DE L'ENTRETIEN, COMMUNE À TOUS	47
5.2 SECONDE PARTIE DE L'ENTRETIEN, AVEC LES INFIRMIÈRES ET AUXILIAIRES	51
5.3 SECONDE PARTIE DE L'ENTRETIEN AVEC LES PÉDIATRES.....	54
5.4 ANALYSE DES ENTRETIENS	54
CHAPITRE 6. ANALYSES CROISÉES ET PERSPECTIVES.....	57
6.1 TRAVAILLER AVEC LES PARENTS ?	57
6.2 BIEN TRAVAILLER, ENSEMBLE ?.....	57
6.3 LE CERCLE VERTUEUX DE L'ENTHOUSIASME	58
6.4 POUR CONCLURE, SOYONS BIENVEILLANTS	59
SYNTHÈSE.....	60
LISTE DES DIAGRAMMES	62
LISTE DES TABLEAUX	63
ANNEXE I : WBTI. FICHE RÉSUMÉ FRANCE 2017.....	64

ANNEXE II : PRÉ-ENQUÊTE STATISTIQUE CONCERNANT L'ALLAITEMENT MATERNEL DES BÉBÉS PRÉMATURÉS DE 32 SA À 35 SA +6J, ACCUEILLIS EN NÉONATOLOGIE AU GHPP DE MONTÉLIMAR.....	65
ANNEXE III : QUESTIONNAIRE	68
ANNEXE IV : GRILLE D'ENTRETIEN COMMUNE À TOUS	70
ANNEXE V : GRILLE D'ENTRETIEN SPÉCIFIQUE AUX PÉDIATRES	71
ANNEXE VI : GRILLE D'ENTRETIEN SPÉCIFIQUE AUX INFIRMIÈRES ET AUX AUXILIAIRES.....	72
ANNEXE VII : TROIS TÉMOIGNAGES.....	73
BIBLIOGRAPHIE	75

Introduction

L'arrivée d'un enfant prématuré est difficile sur bien des points : la mère et son bébé se retrouvent à affronter les bouleversements d'une naissance pour laquelle ils n'ont pas eu le temps de se préparer complètement, tant sur le plan physique que psychologique et émotionnel. L'hospitalisation du bébé qui en résulte apporte encore de nombreux facteurs de stress qui s'ajoutent à celui de la prématurité.

L'allaitement maternel a une valeur toute particulière pour ces couples mère-enfant qui doivent affronter ces difficultés. En plus de la valeur inégalable du lait maternel, spécifique et adapté à chaque enfant et situation, allaiter son bébé peut se révéler une belle opportunité pour une mère de se sentir actrice et essentielle dans les soins prodigués à son enfant.

Or la France fait partie des pays européens ayant les plus bas taux d'allaitement maternel.

L'équipe soignante de néonatalogie de Montélimar est impliquée depuis longtemps dans le soutien de l'allaitement maternel. La mise en place d'un outil pour l'alimentation de l'enfant prématuré (la « Fleur de lait »), le projet de création de trois chambres parents-enfants, les travaux du groupe de travail allaitement, et tout récemment l'initiation de la démarche vers la labellisation « Hôpital Ami des Bébé » ont contribué à entretenir une dynamique facilitant l'évolution des pratiques.

Ce travail de mémoire a permis de donner la parole à l'équipe et de recueillir ses réactions, craintes et envies engendrées par l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB), ce projet pouvant être porteur, mais également intimidant par son ampleur.

L'étude avait pour objectif de :

- Mettre en lumière les représentations de l'équipe soignante concernant le label IHAB, l'allaitement et les soins centrés sur la famille.
- Identifier les sources de craintes vis-à-vis du label IHAB, et les attentes de l'équipe.
- Identifier les idées et principes pouvant être moteurs pour l'équipe.

Ce mémoire présente dans un premier lieu une synthèse des études et documents retraçant l'évolution de l'allaitement dans le monde et en France, les politiques de soutien mises en place, et les freins culturels existants. L'historique, l'implantation et les principes de l'IHAB sont également détaillés.

Dans une seconde partie il développe le fonctionnement et les projets en lien avec l'allaitement du service de pédiatrie-néonatalogie, au sein du pôle femme-mère enfant de l'hôpital de Montélimar.

Puis, les objectifs et la méthodologie de l'enquête auprès de l'équipe sont présentés, et les résultats sont ensuite détaillés et analysés. Enfin, la conclusion aborde les actions à mettre en place au regard des résultats obtenus.

Chapitre 1. Comment s'inscrit l'Initiative Hôpital Ami des Bébés dans le soutien de l'allaitement maternel en France

L'IHAB est un déterminant de la politique de santé périnatale d'un pays, à travers l'implication et la place que les gouvernements lui permettent. Elle influe également sur le système de santé, en promouvant des pratiques hospitalières respectueuses de l'allaitement maternel.

Je vais donc exposer quelques points essentiels de l'histoire de l'allaitement en France, la politique de santé ainsi que les pratiques hospitalières le concernant, afin de situer le contexte d'implantation de l'initiative HAB dans notre pays.

1.1 Histoire de l'allaitement maternel en France : de la norme au déclin

Jusqu'au Moyen Age, l'allaitement maternel est la norme et dure entre 18 mois et 3 ans. Les classes les plus aisées ont recours aux nourrices, car allaitement rime culturellement avec abstinence. Cette pratique se généralise au XVII^e siècle : allaiter est alors considéré comme compliqué et dévalorisant.

Les nourrices n'hésitent alors plus à prendre en garde de trop nombreux bébés, et utilisent du lait de vache dans des conditions d'hygiène déplorables. Les taux de mortalité infantile deviennent effrayants (20 à 30 % de mortalité infantile en 1885, 52 % de mortalité chez les bébés parisiens envoyés en nourrice en 1870¹).

En réaction à cette situation, la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle voient se produire de nombreux changements dans l'alimentation des nourrissons en France et dans le monde.

Le courant féministe prévalant revendique fièrement le corps de la femme et ses spécificités (grossesse, allaitement) et mène un combat contre la garde en nourrice et l'alimentation par le biberon qui causent tant de mortalité. Les médecins et les politiques prônent également l'allaitement par la mère dans un but démographique.

Pasteur découvre les méthodes de stérilisation en 1860, et leur diffusion rend plus sûre l'utilisation du biberon. Les premières poudres de lait voient ensuite le jour.

C'est en 1893 que l'on voit apparaître dans notre pays la première « goutte de lait », ancêtre du lactarium et de la PMI, qui fournit du lait de bonne qualité dans autant de récipients que l'enfant prendra de tétées.

Puis la première guerre mondiale envoie les femmes remplacer les hommes dans les usines, et la loi du 5 Aout 1917 sur les pauses et les chambres d'allaitement visant à protéger l'allaitement maternel est votée. Mais les médecins édictent de nombreuses règles et normes « scientifiques » (prise de poids, régularité et durée des tétées...) et recommandent fortement les premiers laits artificiels, alors appelés « laits maternisés ». Les fabricants se développent, et lancent mondialement des campagnes de publicité importantes.

Parallèlement, le biberon devient synonyme de libération de la femme², tant et si bien que les femmes qui revendiquent le droit d'allaiter sont considérées comme des traîtres à la cause féminine après la Seconde Guerre Mondiale.

Ainsi, l'âge recommandé du sevrage a baissé constamment, pour passer de 18 mois en 1887 à 3 mois en 1978. Le nombre de bébés initialement allaités fait de même, et atteint le taux de 36 % en 1976.

1.2 Initiatives mondiales et textes fondateurs du soutien à l'allaitement^a

Jusque dans les années 1970, seuls des professionnels de santé œuvrant principalement dans les pays du tiers monde dénoncent l'augmentation de l'utilisation des laits industriels dans les pays en voie de développement, engendrant une mortalité infantile importante. Dans les pays industrialisés, des associations de consommateurs et des réseaux de soutien de mères à mères (dont La Leche League créée en 1956 à Chicago) se développent et soutiennent les familles qui choisissent l'allaitement.

C'est le procès Nestlé³⁻⁴ du début des années 70 qui déclenche une prise de conscience mondiale : après un important boycott de la marque en 1977, une commission du Sénat américain demande à l'OMS^b de se saisir du problème engendré par la publicité et les méthodes de commercialisation des laits artificiels.

C'est ainsi que l'OMS et l'UNICEF^c se réunissent en Octobre 1979 à Genève. Leur réflexion aboutit en mai 1981 à l'adoption du **Code International de commercialisation des substituts du lait maternel**⁵, par les 118 États membres de l'OMS (à l'exception des États-Unis), rejoints depuis par de nombreux autres pays. Ce texte est une proposition que les États sont libres d'appliquer partiellement, complètement ou pas du tout.

Il demande aux fabricants de substituts du lait maternel (préparations pour nourrissons, aliments ou boissons présentés pour remplacer totalement ou partiellement le lait maternel), de biberons et de tétines de :

Ne pas faire de promotion auprès du grand public.

Ne pas distribuer d'échantillons gratuits.

Fournir aux personnels de santé des informations sur leurs produits de nature scientifique.

Mentionner clairement sur le produit la supériorité de l'allaitement maternel.

Son application fait l'objet d'une évaluation mondiale tous les 2 ans, et l'IBFAN^d créé en 1979 a pour rôle de surveiller et dénoncer les manquements au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

^aLes 2 chapitres suivants ont été inspirés de l'intervention de Juanita JAUER-STEICHEN dans le cadre de la formation de préparation à l'exercice de consultant en lactation du CREFAM, Septembre 2017.

^b Organisation Mondiale de la Santé

^cFonds des Nations unies pour l'enfance (initialement United Nations International Children's Emergency Fund, dont elle a conservé l'acronyme)

^d International Baby Food Action Network : regroupe des associations de consommateurs, des Organisations Non Gouvernementales, des professionnels de santé et des groupes de parents.

En 1989, l'OMS et l'UNICEF publient **Protection, encouragement et soutien de l'Allaitement Maternel, le rôle spécial des services liés à la maternité**⁶ dans lequel les **10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel** apparaissent pour la première fois. L'importance des premiers jours après la naissance y est mise en avant et le rôle primordial des soignants dans l'évolution des pratiques concernant l'allaitement est souligné.

Enfin, c'est en 1990 que la **première Déclaration d'Innocenti**⁷ est mise au point.

Ce texte énonce les lignes directrices que devrait adopter chaque gouvernement afin de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.

« Il faudrait s'efforcer de donner aux femmes plus de confiance dans leur aptitude à pratiquer l'allaitement maternel. Ceci suppose l'élimination des contraintes et des influences qui agissent sur les idées et les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel, souvent par des moyens subtils et indirects. Il faut pour cela faire preuve de sensibilité et d'une vigilance continue et appliquer une stratégie globale et adaptée de communication faisant intervenir tous les médias et s'adressant à tous les niveaux de la société. De plus, il faut supprimer les obstacles à l'allaitement maternel au niveau des services de santé, du lieu de travail et de la collectivité. »

Pour cela, il énonce les objectifs opérationnels suivants :

Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait :

- désigné un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créé un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé;
- fait en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité" ;
- pris des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé ;
- promulgué des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopté des mesures pour assurer leur application.

La création de l'Initiative Hôpital Ami des bébés en 1991 est donc la suite logique des textes fondateurs de la politique concernant l'allaitement, et constitue une réponse aux objectifs énoncés mondialement.

En effet, l'IHAB propose l'obtention d'un label aux services de maternité qui mettraient en œuvre les **10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel**, et le **Code international de commercialisation des substituts du lait maternel**.

Cette initiative s'appuie sur des données scientifiques ayant fait leur preuve, récapitulées par l'OMS dans le texte « *Données scientifiques relatives aux 10 Conditions Pour le Succès de l'Allaitement* »⁸.

1.3 La politique mondiale actuelle de protection, soutien et promotion de l'allaitement

Cette politique définie par le **Code International de commercialisation des substituts du lait maternel**, le texte de l'OMS et l'UNICEF **Protection, encouragement et soutien de l'Allaitement Maternel, le rôle spécial des services liés à la maternité** et la première **Déclaration d'Innocenti**, est réaffirmée et approfondie par les initiatives suivantes.

En 2001, l'OMS énonce lors de la 54^e Assemblée Mondiale de la Santé sa dernière recommandation toujours en cours concernant la durée de l'allaitement maternel : « *L'allaitement exclusif au sein est recommandé jusqu'à l'âge de six mois. De six mois à deux ans, voire plus, l'allaitement doit être complété par une autre alimentation* »⁹.

En 2002, la 55^e Assemblée Mondiale de la Santé adopte **La Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant**¹⁰. Elle aborde l'alimentation du jeune enfant, en **reprenant les pratiques optimales de l'allaitement maternel et y intègre des recommandations sur l'alimentation de l'enfant après le sevrage**. Elle implique tous les acteurs de la société sur cette question de santé publique : gouvernements, organisations internationales, agents de santé, familles et communautés.

En 2004, la commission européenne publie à son tour en 2004 **une stratégie globale pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel**¹¹ qui sera mise à jour en 2008.

En 2005, à l'occasion du 15^e anniversaire de la Déclaration d'Innocenti, une nouvelle Déclaration est rédigée¹².

Ces deux textes mettent en avant l'IHAB et son label en tant que moyen permettant de protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel.

C'est entre 2006 et 2009 que les documents internationaux de l'IHAB sont réactualisés, en tenant compte des dernières données scientifiques. La 4^e des 10 recommandations est ainsi modifiée afin de respecter les capacités de l'enfant lors de la première tétée en salle de naissance. Enfin, **la démarche IHAB a été adaptée afin d'inclure les services de néonatalogie**.

1.4 Une politique de soutien à l'allaitement en France ?

1.4.1 Dans les textes...

Alors qu'elle a été un des premiers états signataires du **Code International de commercialisation des substituts du lait maternel**, la France a choisi de mettre partiellement ses dispositions en œuvre. L'arrêté du 11 Janvier 1994 stipule que l'interdiction de publicité ne concerne que les préparations pour nourrissons dites de « *1^{er} âge* » destinées aux enfants jusqu'à 6 mois. Pour les laits de suite et les laits de croissance, la publicité ne doit faire mention que d'informations « *scientifiques et factuelles* », et ne doit pas « *laisser entendre ou accréditer que l'utilisation du biberon est égale ou supérieure à l'allaitement au sein.* »

Puis devant les faibles taux d'allaitement maternel en France (36 % d'initiation de l'allaitement en 1976), et faisant suite aux initiatives mondiales, la France a également rédigé des textes concernant le soutien à l'allaitement maternel, principalement à partir des années 2000.

C'est aussi en 2000 que la CoFAM^a a été créée afin de regrouper les associations de professionnels et de parents qui défendaient l'allaitement en France. Cette association à but non lucratif organise la SMAM^b en France ainsi que de nombreuses journées de formation et d'information. Elle coordonne la communication entre le gouvernement, les associations, les professionnels et les usagers avec pour but la protection, le soutien et la promotion de l'allaitement maternel.

Un PNNS^c, qui répond à une priorité de Santé Publique définie par le Haut Conseil de la Santé Publique, est rédigé tous les 5 ans depuis 2001. Ces PNNS ont contribué à faire reconnaître l'allaitement maternel comme un enjeu de Santé Publique en France. La SFP^d a même réalisé une synthèse du PNNS en 2005 « **Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère** » destinée aux professionnels de santé dans le but de promouvoir l'allaitement maternel¹³.

En 2002, l'ANAES^e publie le premier texte officiel français¹⁴ qui aborde concrètement l'information prénatale, les conditions optimales du démarrage de l'allaitement et du soutien après le retour à domicile. Il recommande que tous les services de maternité s'engagent dans l'IHAB, et encourage l'allaitement exclusif pendant 6 mois.

En 2006, l'HAS^f publie un guide intitulé « **Favoriser l'allaitement maternel : processus-évaluation** »¹⁵. Ce véritable outil pour les professionnels propose une synthèse des connaissances et détaille des processus de soutien sous forme de schéma, visant à organiser une démarche qualité au service de l'allaitement maternel.

La loi du 5 Aout 1917 (dans le code du travail) sur les pauses et les chambres d'allaitement au travail a été revue, puis votée en 2008. Chaque salariée a droit à une heure d'allaitement sur son site de travail, non rémunérée. Les entreprises de plus de 100 salariés doivent mettre à disposition des locaux pour cet usage, aménagés à leurs frais.

En 2010, le Pr D. TURCK publie le « **Plan d'action : allaitement maternel** »¹⁶ qui propose des stratégies pour la promotion de l'allaitement maternel, suite à la demande du Ministère de la Santé.

Ces mesures sont la mise en place d'un référent pour l'allaitement dans les maternités, un référent pour l'allaitement dans les ARS^g et la nomination d'un coordinateur national de l'allaitement et d'un comité national de l'allaitement (CNA). Il prône également le développement de l'IHAB, un accompagnement des mères renforcé lors de la grossesse et après le retour à domicile, et un allongement du congé maternité rémunéré à 14 semaines.

^a COrdination Française pour l'Allaitement Maternel

^b Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel

^c Programme National Nutrition Santé

^d Société Française de Pédiatrie

^e Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : structure de santé publique qui a été regroupée avec d'autres commissions en 2004 au sein de la HAS.

^f Haute Autorité de Santé : autorité publique indépendante qui évalue les produits de santé, les pratiques professionnelles et propose des outils en vue d'améliorer ces pratiques.

^g Agence Régionale de Santé

Le dernier **PNNS** sorti en 2017¹⁷, inclut la promotion de l'allaitement dans l'axe 4 « *Développer des actions spécifiques sur les premières années de la vie* ».

Ses objectifs sont les suivants :

Promouvoir des environnements favorables à l'allaitement maternel

Dans les entreprises

Les dispositions existant dans le code du travail méritent d'être clarifiées (lieu pour allaiter, horaires aménagés...). Des mesures règlementaires complémentaires pourraient être envisagées pour rendre effective la possibilité d'allaiter après la reprise du travail, faire connaître et faire respecter la législation existante sur les droits des femmes qui allaitent (au travail, dans les lieux publics...). Labelliser et soutenir les entreprises actives dans le soutien aux femmes qui allaitent (prolongation du congé maternité, pièce et matériel de conservation pour tirer le lait, information diffusée...).

Dans les lieux publics

- Mettre à disposition, dans les lieux publics (gares, centres administratifs, musées...), des pièces réservées à l'allaitement et adaptées pour le tirage du lait.*
- Distribuer des autocollants « allaitement bienvenu » pour des lieux commerciaux (cafés, restaurants, centres commerciaux...).*

Communication

Promouvoir, dans les médias et dans les lieux publics, la banalisation de l'allaitement maternel, l'image de la femme qui allaite, mettre à disposition, de façon large et actualisée régulièrement, le meilleur niveau de preuve existant sur les bénéfices de l'allaitement, les interventions probantes.

Surveillance

- Mettre en place un système de veille sur les sponsorings détournés.*
- Conduire une étude complète (non limitée à l'allaitement) sur les coûts-bénéfices d'un allongement de la durée du congé maternité.*

Auprès des établissements et professionnels de santé

- Mettre en œuvre des recommandations OMS/Unicef de l'initiative « hôpital ami des bébés » (IHAB) dans les maternités et les services de néonatalogie.*
- Développer la formation professionnelle et le développement professionnel continu, notamment pour les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynéco-obstétriciens, les pédiatres, les pharmaciens, et les puéricultrices.*
- Favoriser la dissémination des bonnes pratiques et le soutien à l'allaitement.*
- Soutenir le développement des lactariums et l'usage du lait maternel tiré.*

Information et soutien des mères et de leur entourage

- À la maternité et au retour à la maison (services de PMI, soutien par téléphone public et gratuit, conseiller / aide maternel en lien avec des structures publiques).*
- Mener une expérimentation sur l'augmentation de la durée du congé légal de maternité.*

Cette expérimentation pourrait avoir lieu sur une durée limitée (2 à 3 années) et une échelle géographique donnée. La surveillance de cette mesure sera effectuée sur

l'initiation et la durée de l'allaitement mais aussi sur les conditions de la reprise du travail, la carrière des femmes après la reprise du travail et l'accompagnement de l'allaitement au travail.

1.4.2 ...Et dans les faits

Les textes français fourmillent de recommandations pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, mais qu'en est-il sur le terrain ?

Les exemples dans le cadre du droit des femmes au travail sont parlants.

Le congé maternité après la naissance pour le premier ou second enfant reste de 10 semaines, et les nouvelles dispositions de janvier 2015 concernant le congé parental^a ont mené à une réduction du temps de congé pour la mère sans entrainer, comme cela était souhaité, une augmentation de la présence des pères auprès de leurs enfants¹⁸⁻¹⁹.

Les dispositions concernant l'allaitement au travail (**loi du 5 Aout 1917**) sont très rarement appliquées, car peu connues et peu soutenues. Les mères sont confrontées à diverses réactions, pas toujours très bienveillantes²⁰.

Cet écart entre les textes et la réalité des faits est cohérent avec les taux d'allaitement en France, qui sont parmi les plus bas des pays développés.

Les dernières données épidémiologiques disponibles en France concernant l'allaitement nous sont fournies par l'enquête EPIFANE²¹ et par l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016²².

Ainsi, le taux d'allaitement maternel à la sortie de maternité était de 69,1 % en 2012, dont 59,7 % d'allaitement exclusif. Par ailleurs, il était observé une chute brutale de l'allaitement exclusif dans les toutes premières semaines de vie du nourrisson : 54,5 % d'allaitement à un mois, dont 35,4 % de manière exclusive. Cette diminution avec l'âge de l'enfant se poursuit avec 39,2 % des enfants allaités à 3 mois, 22,5 % à 6 mois, et 9,6 % à 12 mois. La durée médiane de l'allaitement en 2012 était de 15 semaines.

L'ENP de 2016 a montré que « la fréquence de l'allaitement maternel exclusif durant le séjour à la maternité a diminué de manière importante entre 2010 et 2016, de 60 % à 52 % ; de plus, l'allaitement maternel à la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, a légèrement diminué, de 68 % en 2010 à 66 % en 2016. »

L'Enquête Nationale Périnatale remarque également que 67 % des maternités déclarent avoir une personne référente en allaitement (IBCLC^b, DIULHAM^c ou autres) dans leur équipe en 2016 (contre 62 % en 2010), mais ne précise pas si ces personnes ont du temps spécifique pour le soutien à l'allaitement dégagé sur leur temps de travail.

^a 6 mois pour la mère + 6 mois possible pour le père pour un premier enfant ; 3 ans possible à partir du 2^e enfant à partager entre les deux parents à hauteur de 12 et 24 mois

^b International Board Certified Lactation Consultant

^c Diplôme Inter Universitaire Lactation Humaine Allaitement Maternel

Alors que ces chiffres sont très en-dessous des objectifs fixés par le PNNS 2011-2015²³, le **rapport concernant la première évaluation de la France par la WBTi^a** publié en décembre 2017 (Cf. synthèse en annexe I) peut nous apporter des pistes.

En effet, après avoir dressé un état des lieux selon l'évaluation de 15 indicateurs (auxquels la France obtient un score moyen de 74,5/150), les auteurs ont relevé **les insuffisances principales suivantes concernant la politique française de soutien à l'allaitement** :

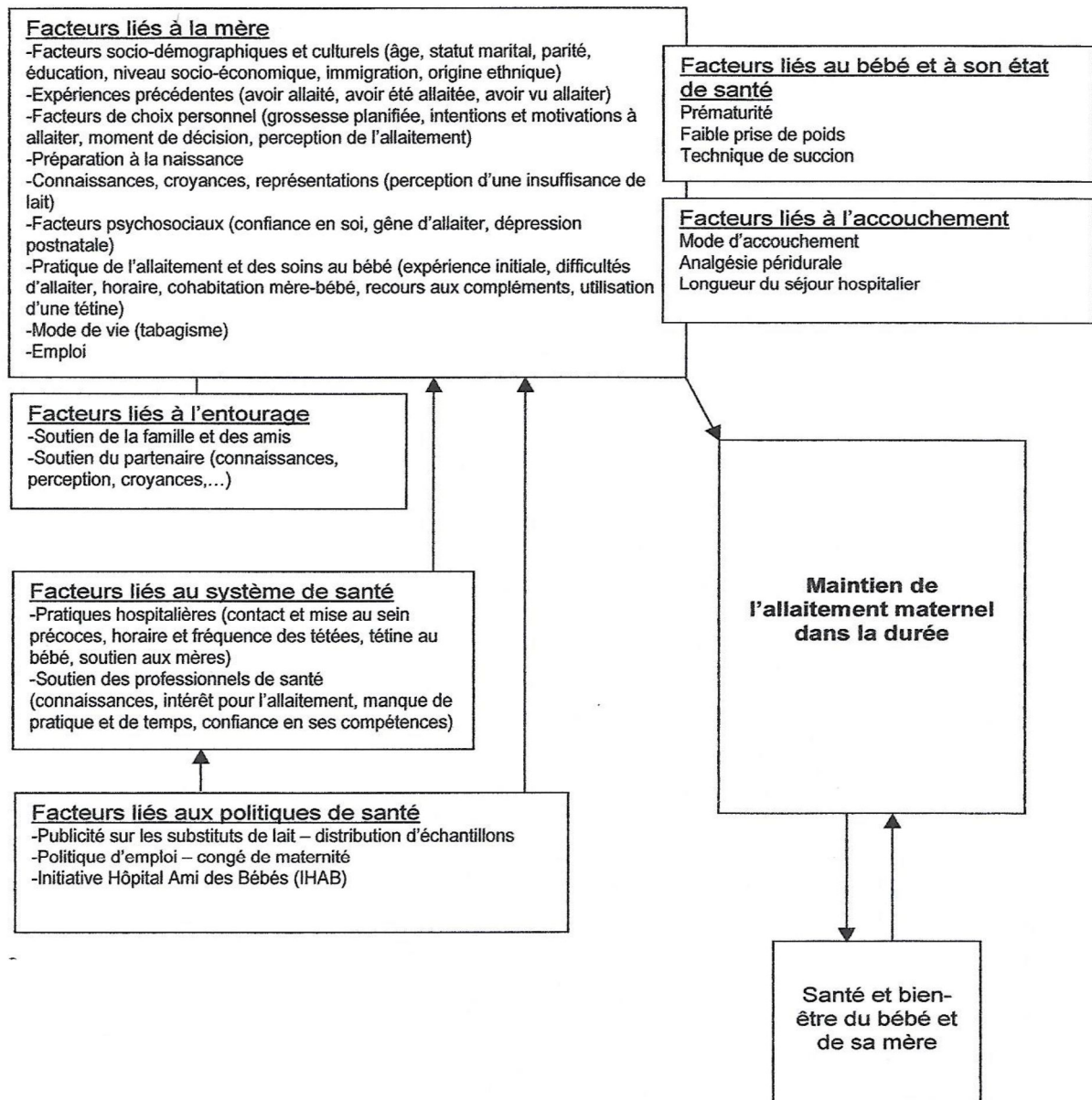
1. *Absence d'un Comité national pour l'allaitement.*
2. *Absence de financements pour initier une politique d'allaitement sur le long terme.*
3. *Absence de message national pour promouvoir l'allaitement.*
4. *Formation insuffisante des professionnels de santé pour soutenir et accompagner l'allaitement.*
5. *Pas de mutualisation nationale de "bonne pratique".*
6. *Mise en œuvre et suivi insuffisants du Code.*
7. *Statistiques non compatibles avec les standards de l'OMS.*

^aInitiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement ou World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) : conçue pour aider les pays à repérer les points forts et les faiblesses de leurs politiques et programmes de nutrition pour protéger, promouvoir et soutenir les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La WBTi est divisée en deux parties et comporte 15 indicateurs.

1.5 L'influence du système de santé sur la pratique de l'allaitement en France

Une recherche de *NOIRHOMME-RENARD²⁴ et al* a défini et classé les différents facteurs influençant l'allaitement maternel en France.

Figure 1 : Les différents facteurs en jeu dans le maintien par les mères de l'allaitement au-delà de 3 à 4 mois



Ainsi, en plus des manquements de la politique de santé, la progression de l'allaitement maternel peut être influencée par de nombreux autres facteurs : ceux liés à la mère, à l'entourage, à l'environnement socioculturel ou encore aux pratiques hospitalières.

Je vais donc développer les **facteurs liés au système de santé** qui constituent le **second levier** sur lequel l'Initiative Hôpital Ami des Bébés peut influencer.

1.5.1 Les pratiques hospitalières et la formation des professionnels

En premier lieu, la **formation sur l'allaitement des professionnels de santé est insuffisante**²⁵. Les médecins, qu'ils se destinent à devenir généralistes, pédiatres ou obstétriciens ne bénéficient que de très peu d'apports durant leur formation initiale. L'allaitement maternel est au programme des formations des infirmières puéricultrices (dont le programme de formation est en révision), des auxiliaires de puériculture et des sages-femmes. Mais les volumes horaires qui y sont consacrés et la qualité des interventions sont très variables selon le degré de connaissances des formateurs et les objectifs mis en avant par les écoles et instituts de formation. Enfin, les infirmiers n'ont aucune formation sur l'allaitement.

Par la suite, **la formation continue** des professionnels de santé sur l'allaitement reste elle aussi **très variable, voire parfois inexistante**.

Une étude menée au Québec en 2006²⁶ a donné les résultats suivants lorsqu'il a été demandé aux mères d'exprimer leurs difficultés en lien avec l'allaitement à l'hôpital : **le principal facteur défavorisant était le fait d'avoir reçu des informations contradictoires** sur l'allaitement. Le second facteur le plus souvent invoqué concernait le changement fréquent du personnel soignant. Une formation régulièrement mise à jour de l'ensemble du personnel, et une politique de service semble alors nécessaire pour endiguer ce phénomène de discours discordant.

Ces mesures font partie intégrante des recommandations de l'Initiative Hôpital Ami des bébés.

Les **Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement** (OMS 1999) apportent l'étayage scientifique des **pratiques optimales en lien avec l'allaitement**, mais les témoignages de mères²⁷ rapportent encore **des situations bien différentes** concernant leur prise en charge dans des hôpitaux français. Elles y relatent des tétées à heures fixes et de façon espacée, la pression de la prise de poids, les séparations nocturnes et des dons de complément hors prescriptions. D'autres témoignages sont plus positifs et retranscrivent des pratiques plus respectueuses du rythme des bébés et du souhait de leurs parents. Chaque établissement et chaque équipe évoluent à son rythme, mais il existe des prises en charge très (trop) différentes selon les hôpitaux.

L'accompagnement à l'allaitement nécessite une **implication du personnel, et d'y consacrer du temps**, car l'écoute et la communication sont primordiales afin d'adapter son soutien à chaque couple parents-enfant.

Or une étude de 2004²⁸ a montré que 67 % des obstétriciens et 48 % des pédiatres estimaient que le manque de temps était une difficulté importante au soutien et à la promotion de l'allaitement maternel.

On connaît également le **contexte actuel de souffrance du personnel hospitalier**, consécutif à un manque de moyens, d'effectifs, et de reconnaissance de la part du gouvernement. Ce contexte **peut rendre difficile l'implication nécessaire** de la part du personnel soignant.

De plus, les professionnels de santé se doivent **d'identifier leurs perceptions personnelles** de l'allaitement maternel, afin de pouvoir s'en détacher **pour que cela n'influence pas l'accompagnement** qu'ils proposent. Dans une étude de 2009-2010²⁹, on constate que les

perceptions personnelles de l'allaitement des généralistes sont fréquemment en lien avec la santé, alors que les obstétriciens évoquent plus souvent les difficultés pouvant survenir; les sages-femmes, quant à elles, en parlent principalement en termes de bienfaits et de liens physiques et affectifs.

1.5.2 La spécificité des services de néonatalogie dans le soutien de l'allaitement

Aux difficultés que peuvent rencontrer de façon « courante » les mères lors de la mise en place de leur allaitement, s'ajoutent celles, souvent nombreuses, occasionnées lors de la naissance d'un enfant prématuré ou porteur d'une pathologie et hospitalisé en néonatalogie.

Les facteurs déterminant le succès de l'allaitement liés au bébé sont dans le rouge : la prématurité ou la pathologie qui a causé l'hospitalisation peuvent rendre sa **technique de succion moins efficace**, la **pression concernant sa prise de poids sera également plus forte** et induit les pratiques d'alimentation à horaires fixes.

De plus, **la durée elle-même de son séjour à l'hôpital et l'aspect plus technique et médicalisé de l'alimentation de son bébé** augmente les risques que la mère soit confrontée à des discours discordants par les soignants en matière d'allaitement.

Quant au **stress maternel**, il sera évidemment majoré par l'état de santé de l'enfant, la séparation, l'enjeu et les difficultés induites par l'initiation de la lactation dans ces conditions.

Or dans les premiers résultats de l'étude menée par SOS Préma³⁰, des parents ont regretté que certaines questions ne soient pas abordées lors de leur premier contact dans le service. Ils ont cité l'allaitement comme information manquante, au même titre que les explications sur la raison de l'hospitalisation, les traitements ou les soins, l'organisation du service et leur place.

Nyqvist a déclaré, lors de son intervention au cours des JIA 2005³¹ : « *Lorsqu'on a interrogé des mères suédoises d'enfants nés prématurément au sujet de l'allaitement, trois thèmes se dégagent : c'est un signe important des capacités vitales de l'enfant ; c'est un pas important vers le retour à la normalité ; et cela amène la mère à se sentir importante en tant que mère. C'est une chose importante, qu'elle seule peut faire.* » Cela démontre que **l'allaitement est bien identifié comme un enjeu dans l'hospitalisation de leur bébé par les parents**.

Il y a peu de statistiques concernant l'allaitement des enfants prématurés, mais celles que nous avons à disposition montrent une **incidence de l'allaitement plus basse, et une durée plus courte** que pour les enfants nés à terme. Le taux d'allaitement à la sortie des services de néonatalogie était de 24 % en Ile de France³² et de 30 % à Toulouse³³ en 2008, et, en 2010, de 58 % à Brest³⁴, service précurseur sur les soins de développement NIDCAP^a et sur l'IHAB.

L'étude ELFE³⁵ de 2011, qui porte sur un échantillon représentatif de la population française générale, a observé un taux d'allaitement de 58,8 % (dont 64,8 % en exclusif) pour les mères ayant accouché entre 33 et 36 SA^b, contre 69,3 % (dont 82,7 % en exclusif) pour celles ayant accouché entre 37 et 39 SA, et 73,4 % (dont 86,9 % en exclusif) pour celles ayant accouché à plus de 40 SA.

^aNeonatal Individualized Developmental Care Assessment Program ou programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement

^bSemaines d'Aménorrhée

Toujours dans son intervention lors des JIA, Nyqvist explique cela par les **restrictions** couramment mises dans les services de néonatalogie **au démarrage des mises au sein** chez les prématurés (terme minimal, poids minimal, attente d'une capacité de succion similaire à un enfant né à terme). Elle rapporte également les obstacles à l'allaitement couramment cités par les mères : **manque d'intimité, gêne, impression d'être observées, niveau d'activité élevé, bruit, équipement technologique**.

Ainsi, cette infirmière pédiatrique suédoise, qui a fait de nombreuses recherches sur la succion et les comportements liés à l'allaitement chez les prématurés, définit en 2008 dans le Journal of Human Lactation³⁶ 13 recommandations essentielles pour le soutenir :

- Décision personnelle de la mère*
- Éducation spécifique des équipes (savoir et compétences)*
- Information en anténatal sur la lactation et la naissance prématurée*
- Favoriser le peau à peau*
- Expression du lait précoce, fréquente*
- Tétées précoces au sein*
- Possibilité de présence de la mère 24h/24*
- Préférer le lait de la propre mère de l'enfant*
- Tétées à la semi-demande puis à la demande de l'enfant*
- Bénéfices spécifiques de la succion non nutritive (même à la sucette)*
- Stratégies pour diminuer les suppléments (= lait non pris au sein)*
- Environnements adaptés et soins centrés sur la famille*
- Soins réalisés très tôt par les parents*

Les résultats de l'étude de FURMAN³⁷ menée en 2002 démontrent également la plus faible incidence de l'allaitement des enfants nés prématurément, ainsi que le rôle déterminant qu'ont l'expression du lait précoce et fréquente et des soins de type kangourou sur la durée de l'allaitement.

Ces 13 recommandations restent la référence aujourd'hui pour le soutien aux prématurés allaités et à leur famille, et elles se retrouvent dans les principes et les recommandations de l'IHAB.

En effet, **l'IHAB met l'accent** dans ses 3 grands principes **sur la place des parents et les soins centrés sur la famille**. Le partenariat avec les parents au sein des services de néonatalogie est reconnu comme une clé de la réussite de l'allaitement et de la prise en charge optimale de ces enfants. Un dossier complet d'articles³⁸ parus en 2012 dans la revue « Devenir » de Cairn. Info traite de ce sujet.

De plus, une étude réalisée à Niort³⁹ et publiée en 2017 a montré l'influence du partenariat établi avec les parents sur leur temps de présence.

1.6 L'Initiative Hôpital Ami des Bébé en France

L'initiative HAB France voit le jour en 2000 suite à un groupe de travail au sein de la CoFAM, qui fût jusqu'en 2010 dépositaire exclusive de ce label. La CoFAM a défini l'état d'esprit du label ainsi :

« L'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) est une démarche destinée aux professionnels pour les aider à évoluer vers un accompagnement de qualité qui respecte le projet des parents, accompagne la naissance et accompagne l'allaitement. C'est une démarche qualité, explicite et évaluable, permettant d'intégrer les recommandations professionnelles dans la pratique quotidienne des maternités pour garantir la qualité des soins délivrés aux nouveau-nés et leurs parents. Il s'agit de comprendre et de respecter leurs besoins physiques, mais aussi psycho-affectifs et culturels. Il s'agit aussi d'organiser les soins en fonction des rythmes biologiques du nouveau-né et de sa mère : les soins sont centrés sur l'enfant et sa famille, tout en respectant les exigences de la sécurité médicale. »⁴⁰

Puis l'association « IHAB France » est créée en 2011 pour se concentrer uniquement sur le programme Ami des Bébé.

Il a été défini 3 grands principes qui résument l'état d'esprit du label et qui garantissent une qualité d'accueil du nouveau-né et de ses parents dans les maternités et les services de néonatalogie :

- 1. Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né.*
- 2. Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille permettant aux parents de prendre totalement leur place dès la naissance de leur enfant. Les professionnels assurent une écoute et un soutien individualisés.*
- 3. Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins en pré, péri et post-natal.*

Ces 3 principes, ainsi que 10 recommandations figurent dans les textes internationaux IHAB et constituent la base de l'esprit IHAB.

Le label en France a adapté ses exigences au contexte français, en n'exigeant pas de taux minimal d'allaitement maternel exclusif. Les taux d'allaitement sont comparés aux statistiques départementales en tenant compte des spécificités locales.

La version française actuelle (juin 2016) comprend donc les 12 recommandations suivantes (l'icône * ne concerne que la néonatalogie.)⁴¹ :

- 1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.*
- 2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le label est attribué pour 4 ans, afin de **garantir la persistance d'un accompagnement de qualité** pour les familles par des réévaluations fréquentes.

Entre 2000 et 2017, 33 établissements ont été labellisés, ce qui représente environ **6 % des naissances en France (soit environ 50 000 naissances/an)**⁴².

Figure 2 : Carte des établissements labellisés "Amis des Bébés" en France en Décembre 2017



De plus en plus d'équipes s'engagent dans la démarche IHAB. En décembre 2017, elles sont 40 à s'être déclarées officiellement en démarche de labellisation. De plus, une quarantaine d'autres équipes a des contacts réguliers avec IHAB France. Des régions ont également exprimé le désir d'évoluer vers une Région Amie des Bébés, avec implication des réseaux de périnatalité. Cela montre **l'intérêt croissant des équipes pour la démarche IHAB.**

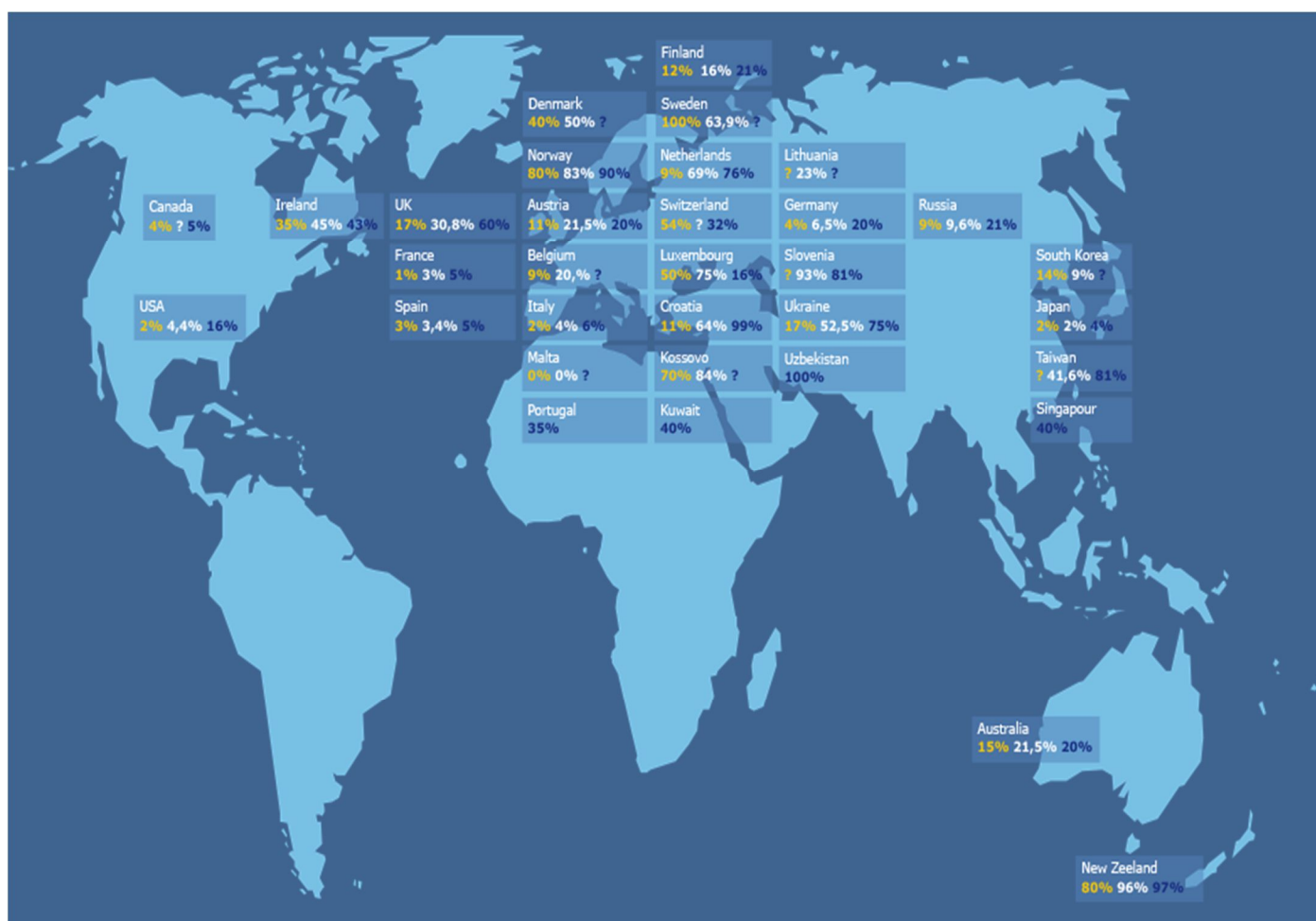
Les programmes français traitant des soins aux nouveau-nés et de l'alimentation du jeune enfant font une large place à l'IHAB, tout comme les programmes internationaux et européens. En effet l'Initiative Hôpital Ami des Bébés figure dans les recommandations de l'ANAES sur l'allaitement maternel et est reprise dans le chemin clinique publié par la HAS¹⁴¹⁵.

Elle est donc **reconnue et mise en avant.**

Mais la France reste un des pays les moins avancés dans cette démarche.

La figure suivante montre l'implantation en 2012 (en jaune), 2014 (en blanc) et 2015 (en bleu) du label dans 33 pays industrialisés participant au réseau IHAB.

Figure 3 : Pourcentage des services labélisés IHAB comparé au nombre de maternités



L'indicateur 2 du [rapport WBTi](#) évalue la progression et la mise en application de l'IHAB. La France a un score de 5/10 pour cet indicateur (Cf. synthèse en annexe I).

Les insuffisances relevées sont :

1. Le critère du taux d'allaitement exclusif > 75% est impossible à respecter.
2. IHAB semble avoir des répercussions faibles sur les taux d'allaitement à la naissance, mais beaucoup plus importantes sur les durées moyennes d'allaitement exclusif. Des études sont nécessaires.
3. Le nombre pourtant modeste de maternités labellisées IHAB correspond à 45000 naissances par an. Les résultats de l'Enquête nationale périnatale ENP pourraient révéler une différence dans les pratiques d'accompagnement à l'allaitement des équipes de maternité en France.
4. Il n'existe pas actuellement de programme gouvernemental pour augmenter le nombre d'établissements IHAB.

WBTi émet donc les recommandations suivantes vis-à-vis de cet indicateur :

- 1. Une promotion nationale de l'allaitement est indispensable, IHAB étant un levier parmi d'autres.*
- 2. Il faut trouver un acteur pour des recherches nécessaires sur l'évolution des taux d'allaitement et l'impact de l'IHAB sur ces taux.*
- 3. Il faut un parrainage du gouvernement pour l'IHAB au niveau national.*
- 4. Il faut mettre sur pied un programme qui vise à augmenter le nombre d'établissements IHAB.*
- 5. Il est nécessaire d'informer les femmes, même si elles sont suivies en libéral hors hôpital.*
- 6. Il est utile d'instaurer des réunions sur les besoins globaux des bébés : rythmes, pleurs du bébé, berceau dans la chambre des parents, etc. comme c'est le cas dans toutes les maternités labellisées IHAB en France.*

Enfin, WBTi a listé les difficultés pour instaurer une démarche IHAB, selon les acteurs en maternité :

- Cela nécessite beaucoup de bénévolat, et des personnes qui soient force motrice.*
- Le coût des formations initiales est élevé.*
- Il y a un manque de moyens financiers en France pour aider les maternités à payer les formations.*
- L'équipe a une charge de travail supplémentaire pendant la démarche.*
- L'obligation de la recertification tous les 4 ans.*
- Pas de programme gouvernemental de soutien et de promotion de l'IHAB en France.*
- Démarche isolée nécessitant d'être volontaire, pas de message national.*
- Importance de se protéger (et de protéger les familles) de la pression commerciale de la part des fabricants des laits industriels (voir aussi indicateur 3, commentaire IHAB France).*

Chapitre 2. Fonctionnement et projets du pôle Femme-Mère-Enfant du Groupement Hospitalier des Portes de Provence (GHPP)

La comparaison des chiffres français aux statistiques européennes et mondiales, la progression effective mais timide du label IHAB, et le dernier rapport WBTI démontrent qu'il reste de nombreux axes à améliorer dans la politique française de protection, promotion et soutien à l'allaitement maternel, ainsi que dans le soutien que les structures hospitalières offrent aux mères.

Ce chapitre détaille comment le Groupement Hospitalier des Portes de Provence-Montélimar (GHPP-Montélimar), son offre de soin faite aux femmes et aux enfants, ainsi que son soutien à l'allaitement maternel, s'inscrivent dans sa région.

2.1 Présentation du GHPP-Montélimar et caractéristiques de son bassin de population

L'Hôpital de Montélimar a fusionné en 2017 avec l'Hôpital de Dieulefit pour créer le Groupement Hospitalier des Portes de Provence, qui est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Sud Drôme Ardèche.

Le bassin d'attraction du GHPP Montélimar concerne une population évaluée à 150 000 personnes en 2016⁴³.

L'analyse des certificats de santé du 8^e jour de l'année 2015⁴⁴ a montré que le GHPP-Montélimar accueillait **24 % des naissances drômoises**. En Drôme, le taux de natalité baisse depuis 2013 (11,7 naissances pour 100 habitants), comme en France métropolitaine. Mais le **nombre de naissances par an se maintient autour de 1700** au GHPP de Montélimar (1773 naissances en 2014, 1785 en 2015, 1665 en 2016 et 1744 en 2017).

Les caractéristiques de la Drôme concernant la périnatalité, selon les données du certificat de Santé du 8^e jour de 2015, sont les suivantes.

L'âge moyen des mères à la naissance de leur enfant, que ce soient les primipares (28 ans et 5 mois) ou toutes mères confondues (30 ans et 3 mois), est en recul, conformément aux données nationales. Le taux de grossesses déclarées tardivement est plus faible que la moyenne française (1.2 % en Drôme contre 5.1 % en France), mais seulement 88.5 % des mères drômoises ont bénéficié d'une échographie morphologique, contre 97 % des mères françaises. Ce chiffre peut s'expliquer par **la couverture médicale très inégale dans notre région**.

En revanche, 62 % des mères de la Drôme ont suivi une préparation à la naissance, alors que la moyenne française est de 50 %.

Le GHPP-Montélimar est organisé en 5 pôles : Urgences et spécialités médicales, Chirurgie, Gériatrie, Femme-Mère-Enfant-pédopsychiatrie, et le pôle transversal.

Les services de Maternité-Obstétrique et Pédiatrie-Néonatalogie font partie du pôle Femme-Mère-Enfant (FME) du GHPP Montélimar, et du réseau périnatal régional Aurore. Situés dans la nouvelle aile sud de l'hôpital de Montélimar, ils ont fait l'objet d'une phase de travaux (agrandissement et rénovation) de 2014 à 2017.

Les équipes ont donc dû faire face à **des réorganisations successives lors des déménagements**.

2.2 Le service de Gynécologie-Obstétrique

Il propose en prénatal des consultations de grossesse assurées par les sages-femmes dans le cadre d'une grossesse physiologique, et/ou par les gynéco-obstétriciens en cas de grossesse à risque. Des consultations d'acupuncture, d'addictologie, des visites de la maternité sont également assurées, en plus des entretiens prénataux du début de grossesse, des échographies et des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Une sage-femme consultante en lactation IBCLC propose des consultations d'allaitement, possibles en pré ou post natal, 2 jours par semaine.

Plusieurs sages-femmes sont formées en psychopérinatalité, et une psychologue est à disposition des mères.

En salle de naissance, l'équipe de sages-femmes s'est formée aux méthodes de Bernadette de Gasquet et propose des ballons, suspensions, tabourets d'accouchements... afin de **favoriser la mobilité pendant le travail et l'accouchement**. Le peau à peau entre la mère et son bébé est favorisé au maximum, dans le cadre d'une **réflexion sur l'accueil du nouveau-né**.

Les statistiques suivantes, qui comparent les données concernant les modalités de naissances au GHPP-Montélimar à celles de la Drôme relatent le travail effectué par l'équipe.

Tableau 1 : Statistiques du GHPP Montélimar comparativement à ceux de la Drôme, concernant les modalités de naissance

	GHPP Montélimar2017	Maternités de la Drôme-2015
Taux de naissances par voie basse sans extraction	73.2	76
Taux de naissances par voie basse avec extraction	10.6	12
Taux de déclenchements	22	18
Taux de césariennes avant travail	5.8	8
Taux de césariennes tout confondus	16.2	13
Naissance sous anesthésie péridurale	83.4	76
Naissance sous anesthésie générale	2	2
Naissance sans anesthésie	10.5	23

Pour le **séjour en maternité**, les chambres sont équipées de baignoire, afin que tous les soins soient effectués dans la chambre, et **la proximité mère bébé** est favorisée 24h sur 24h.

L'équipe a bénéficié d'une formation de 3 jours sur l'allaitement en 2007-2008 (GRIEPS/F. DOMERGUE) conjointement avec l'équipe de Pédiatrie-Néonatalogie. Plusieurs personnes ont également pu suivre une formation en soins de développement avec M. MARTINET en 2011 et une

réflexion sur l'installation des nouveau-nés lors des pesées et des soins en a découlé. Enfin, une formation de 4 h dispensée par la sage-femme consultante en lactation IBCLC du service sur le thème des rythmes du nouveau-né et de l'allaitement a été suivie par l'ensemble du personnel en 2017.

2.3 Le service de Pédiatrie-Néonatalogie

L'équipe du service de Pédiatrie-Néonatalogie tourne sur les différents secteurs, et s'investit dans les projets de chacun (pédiatrie grands, pédiatrie nourrissons, hôpital de jour et consultations pédiatriques, néonatalogie).

Le secteur de néonatalogie s'est vu séparé géographiquement du reste du service en 2014. Il se situe dans le prolongement de la maternité, et l'ouverture de 3 chambres qui constituent l'unité parents enfants vient de conclure cette phase de remaniements importants au printemps 2018. Les parents peuvent y rester 24h/24 dans des conditions d'accueil confortables (un lit, un fauteuil inclinable, une salle de bain et des sanitaires), afin de s'occuper de leur bébé.

Le service « classique » est ouvert en continu aux parents. L'un des deux peut rester dormir auprès de son bébé dans un fauteuil-lit. Une salle de détente est à leur disposition. Elle est équipée d'une table, d'un téléviseur, d'un réfrigérateur, d'un four à micro-ondes, de vaisselle et de quoi se préparer une petite collation (thé, tisane, café, biscottes, beurre, confiture).

Ils peuvent présenter leur(s) bébé(s) aux personnes de leur choix, durant les après-midi, à raison de deux visiteurs par journée au maximum. Les fratries sont admises.

L'équipe a été formée en 2011 par M. Martinet aux soins de soutien au développement sensori-moteur, et met en application ces principes : installation en position d'enroulement avec les cocons, réduction du bruit, de la lumière et des dystimulations, respect des phases de sommeil de l'enfant, bains enveloppés... Elle accompagne les parents dans cet esprit, et propose le peau à peau régulièrement.

Une formation NIDCAP de niveau 1, puis de niveau 2 financée par SOS Préma est en projet.

Concernant l'allaitement, l'équipe soignante de Néonatalogie a reçu la même formation que l'équipe de maternité en 2007-2008 (GRIEPS/F. DOMERGUE). En 2015 et 2016, le réseau Ecl'aur a organisé en E-Learning la formation « fleur de lait » sur l'allaitement du prématuré. Cette formation est construite autour de l'utilisation de l'outil d'observation des compétences du bébé prématuré dans la prise du sein, « la fleur de lait », élaboré initialement par le service de Valenciennes.

Des ateliers pratiques ont ensuite été mis au point, afin de travailler la cotation de la fleur de lait, et de revoir l'expression manuelle, l'expression du lait au tire-lait ainsi que la pratique du DAL^a au sein et au doigt. Depuis, la fleur de lait est expliquée aux mères et utilisée dans le service. Le groupe de travail « allaitement » a également entamé une réflexion et rédigé des écrits à propos des différentes méthodes de supplémentation, et sur l'accompagnement des mères dans l'initiation de leur lactation.

^aDispositif d'Aide à la Lactation

Enfin, la formation qui m'a préparée à la certification de consultante en lactation IBCLC me permet de transmettre des connaissances actualisées et approfondies à l'équipe et aux mères durant mes postes dans le service.

2.4 Initiation de la démarche vers le label IHAB

L'orientation prise par les équipes du pôle FME dans leurs pratiques quotidiennes rejoignant l'esprit de l'IHAB, les cadres de santé ont signé **l'engagement dans la démarche en décembre 2016**.

Une **première réunion de présentation du label pour informer les équipes s'est tenue début 2017**, et le **COPIL^a** a été constitué dans la foulée. Il est composé des cadres de santé des deux services et du pôle, des deux consultantes en lactation IBCLC, d'une auxiliaire de puériculture et une sage-femme de la maternité, ainsi que d'une auxiliaire de puériculture et d'une infirmière puéricultrice de néonatalogie. **Les médecins**, qu'ils soient gynécologues ou pédiatres, **n'ont pas encore réussi à s'y investir** concrètement. Or il est évident que cette catégorie socioprofessionnelle est essentielle à la réussite d'un tel projet, comme N.SARGIACOMO l'avait abordé dans son intervention lors de la première journée nationale IHAB⁴⁵.

Trois groupes de travail ont ensuite été constitués. Le premier travaille sur l'élaboration de la charte et de la politique de soins, ainsi que l'information aux parents. Le second groupe a pour thème les pratiques en salle de naissance, et le troisième celles concernant le séjour en maternité et le service de néonatalogie. Les premiers écrits sont en cours de validation.

La formation du personnel est également en cours d'élaboration. Elle devrait être composée de 6 heures de communication, 14 heures d'apports sur l'allaitement, les rythmes du nourrisson et l'esprit des soins centrés sur la famille, et 3 heures de compagnonnage pour les personnels soignants au contact des mères. Le démarrage de cette formation, prévue pour fin 2018, devrait être un nouveau levier d'évolution des pratiques.

Le **service de maternité** a commencé à élaborer ses statistiques selon le modèle IHAB. Les premiers résultats, élaborés sur les 3 derniers mois de 2017, montrent un **taux d'allaitement maternel de 68 % à la sortie de la maternité, avec 49 % d'allaitement exclusif durant tout le séjour**.

La **néonatalogie** n'a pas encore établi ses données, mais l'étude (Cf. annexe II) que j'ai menée sur 10 mois de l'année 2016, conformément aux statistiques IHAB⁴⁶, nous a fourni des premiers résultats concernant l'allaitement des enfants prématurés dans notre service. Ainsi, les enfants qui y sont nés entre 32 et 35 SA +6 jours étaient **allaités lors de leur sortie à hauteur de 70 %, avec 53 % d'allaitement exclusif**. Au total, **78 % des enfants avaient reçu du lait de leur mère** durant leur séjour.

^aComité de Pilotage

Chapitre 3. Méthodologie de l'étude

L'étude a été conçue afin de mettre en lumière les représentations de l'équipe du service de néonatalogie concernant l'initiative HAB, dans le but d'identifier ce qui pourrait s'avérer être **des freins ou des éléments facilitants** dans l'avancée de ce projet. Dans ce but, j'ai réalisé une **étude transversale descriptive quantitative** dans un premier temps (Cf. questionnaire annexe III) **puis qualitative** dans un second temps (Cf. grilles d'entretien en annexes IV, V et VI). Mon objectif était de **déterminer les axes prioritaires de travail** à l'aube de notre parcours en vue de la labellisation IHAB.

3.1 Objectifs

- Mettre en lumière les représentations de l'équipe soignante concernant le label IHAB, l'allaitement et les soins centrés sur la famille.
- Identifier les sources de craintes vis-à-vis du label IHAB, et les attentes de l'équipe.
- Identifier les idées et principes pouvant être moteur pour l'équipe.

3.2 Population étudiée

- 5 pédiatres,
- 16 infirmières (ce terme désignera durant toute l'analyse les infirmières et infirmières puéricultrices),
- 14 auxiliaires (ce terme désignera durant toute l'analyse les auxiliaires de puériculture).

Soit 35 personnes, ce qui correspond à **la totalité de l'effectif du personnel soignant** intervenant en néonatalogie.

3.3 Modalités du recueil de données

J'ai tout d'abord demandé et obtenu l'autorisation de mener cette étude auprès de Mme Bouschon, cadre de santé du service, et de Mme Leroy, cadre supérieure de santé du pôle FME. J'ai ensuite informé l'équipe de l'étude, de ses objectifs et de sa méthodologie grâce à un courriel et un affichage dans les bureaux infirmiers des secteurs de pédiatrie et néonatalogie.

La première partie de l'étude s'est déroulée du 8 au 31 juillet 2017, **à l'aide d'un questionnaire anonyme présenté sous forme de tableau** qui reprend les critères IHAB concernant notre service de néonatalogie. Chaque participant devait le remplir seul en **cotant ses différents ressentis selon une échelle chiffrée**.

Le questionnaire a été envoyé par mail, et a également été laissé à disposition dans le service, à côté d'une urne fermée pour le retour. Afin d'obtenir une réponse de chacun, je leur ai demandé de bien vouloir cocher leur nom sur la liste reprenant tout le personnel lorsqu'ils avaient rempli le questionnaire. Cela m'a permis de relancer les retardataires.

J'ai ainsi pu obtenir 35 questionnaires, soit une réponse de la totalité des soignants exerçant en néonatalogie durant cette période.

La seconde partie de l'enquête a **consisté en un entretien, dont la grille a été établie suite à l'analyse des questionnaires**. J'ai réalisé 8 entretiens audio-enregistrés (2 pédiatres, 3 infirmières et 3 auxiliaires) au cours du mois de septembre 2017, en face à face.

3.4 Biais éventuels

Mon appartenance à l'équipe faisant l'objet de l'étude pourrait avoir entraîné une gêne à évoquer ses ressentis, principalement lors des entretiens en face à face.

Certains ont évoqué des difficultés à remplir le questionnaire à l'aide d'une échelle chiffrée sur le modèle des échelles numériques de la douleur utilisées quotidiennement par les soignants (« noter à quel point vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes sur une échelle de 0 à 5 : 0 = pas du tout d'accord, 5 = tout à fait d'accord »). Tous les questionnaires ont cependant été remplis de façon adéquate.

Chapitre 4. Résultats et analyse des questionnaires

La présentation des résultats est organisée en deux parties :

- analyse des ressentis globaux, tout item confondu,
- analyse des ressentis item par item.

Pour obtenir les scores globaux de ressenti de chaque participant, j'ai commencé par additionner les scores donnés à chacun des 14 items reprenant les critères IHAB pour un même ressenti, les ressentis portant sur les 5 déclarations suivantes (Cf. annexe III) :

- Je pense avoir compris ce que cela veut dire/ implique
- Cela m'inquiète
- Cela va être facile à mettre en place/ à respecter
- Cela va augmenter notre charge de travail
- Cela m'intéresse/ me motive

J'ai ensuite divisé le chiffre obtenu par 14 pour obtenir le score global individuel de chaque ressenti.

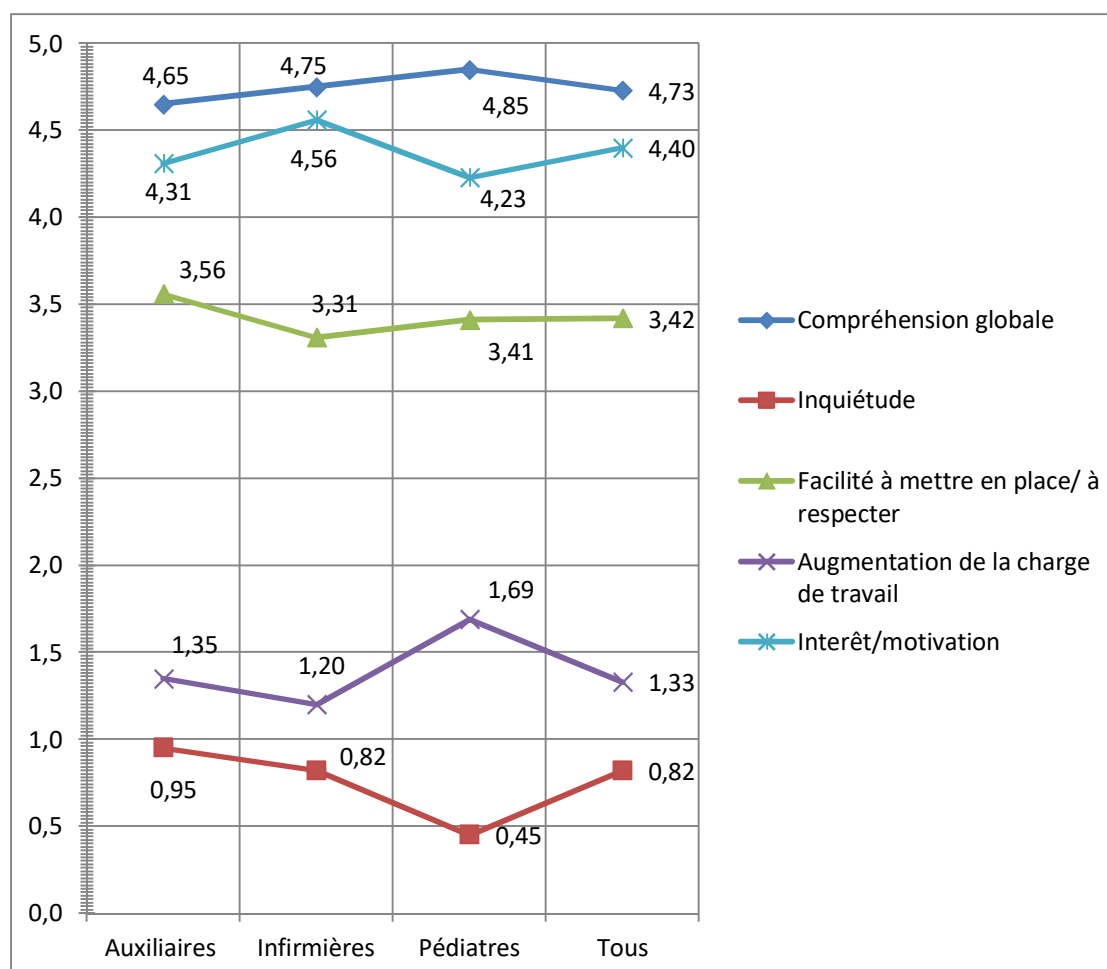
Ces scores individuels m'ont ensuite permis de calculer des moyennes ou des médianes pour l'ensemble du service, ou par catégories socioprofessionnelles.

Ainsi tous les résultats suivants sont des scores exprimés sur une échelle de 0 à 5.

4.1 Ressentis et perceptions globales vis-à-vis du label IHAB

Le diagramme 1 reprend les scores moyens pour chaque ressenti vis-à-vis du label IHAB, selon chaque catégorie socioprofessionnelle.

Diagramme 1 : Scores moyens des ressentis vis à vis du label IHAB selon les catégories socioprofessionnelles



4.1.1 Score global de compréhension des recommandations IHAB

Avec une moyenne globale de 4.73, l'équipe avait donc le **sentiment d'avoir bien compris le label IHAB**. Trois personnes sur 4 estimaient leur taux de compréhension du label supérieur ou égal à 4.6, et seules deux personnes (1 infirmière et 1 auxiliaire) ont donné un score inférieur à 4.

4.1.2 Score global d'inquiétude vis-à-vis des recommandations IHAB

Diagramme 2 : Médianes et moyennes du score global d'inquiétude vis à vis du label IHAB

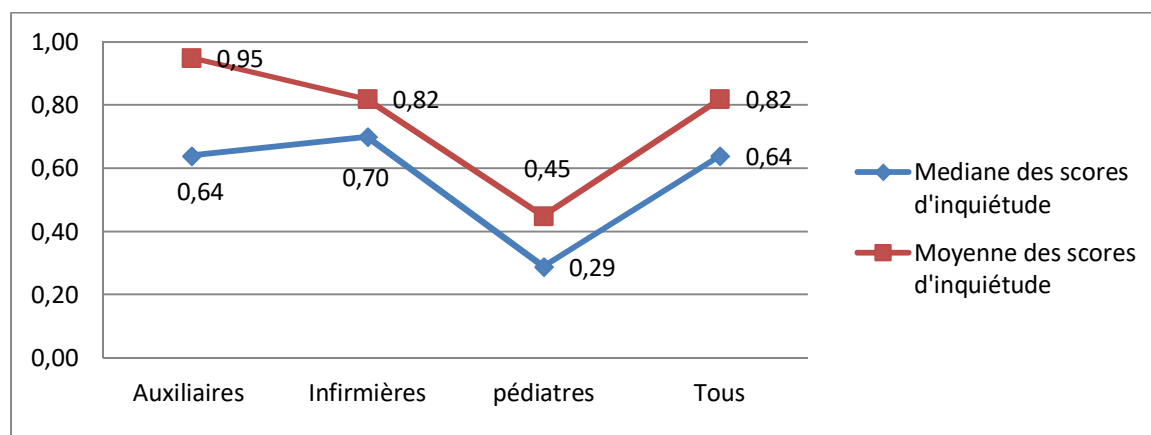
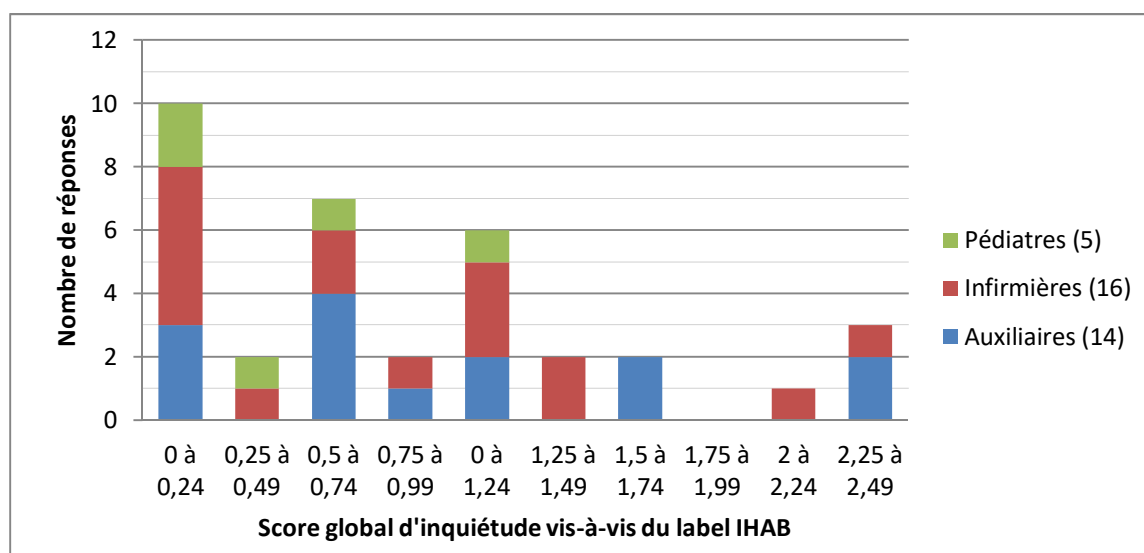


Diagramme 3 : Répartition des réponses pour chaque catégorie socioprofessionnelle selon le score global d'inquiétude vis-à-vis du label IHAB



Les infirmières et les auxiliaires présentaient des minimums (0 et 0), des maximums (2.35 et 2.40) et des médianes (0.70 et 0.64) très proches. Le fait que le score moyen des **auxiliaires** soit plus élevé (0.95) que celui des infirmières signifie qu'il y avait plus de collègues très inquiets (**4 personnes sur 14, soit 29 %, étaient inquiètes à plus de 1.5** dans cette catégorie socioprofessionnelle) que chez **les infirmières (2 personnes sur 16, soit 12 %, étaient inquiètes à plus de 1.5)**. Les pédiatres se sont déclarés bien moins inquiets.

4.1.3 Évaluation de la facilité d'application globale des recommandations IHAB

Diagramme 4 : Médianes et moyennes du score global évaluant la facilité d'application du label IHAB

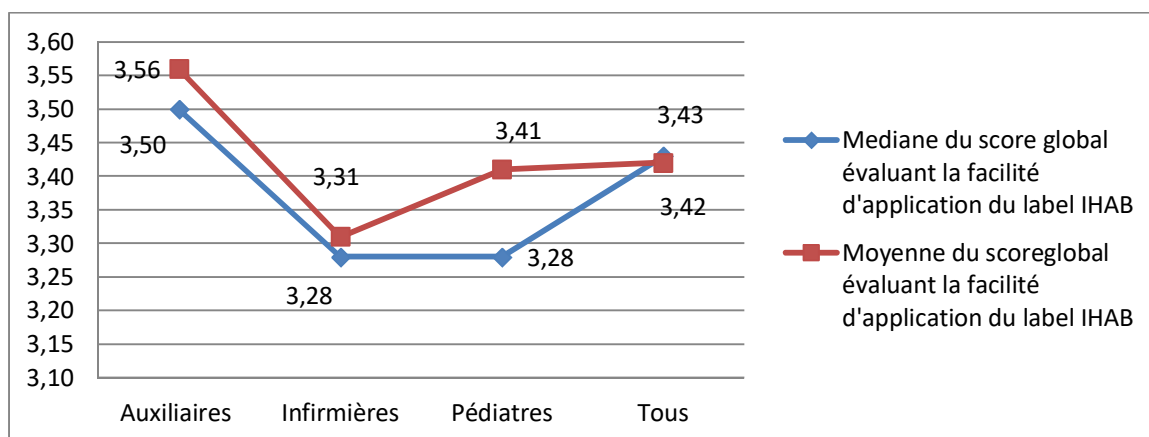
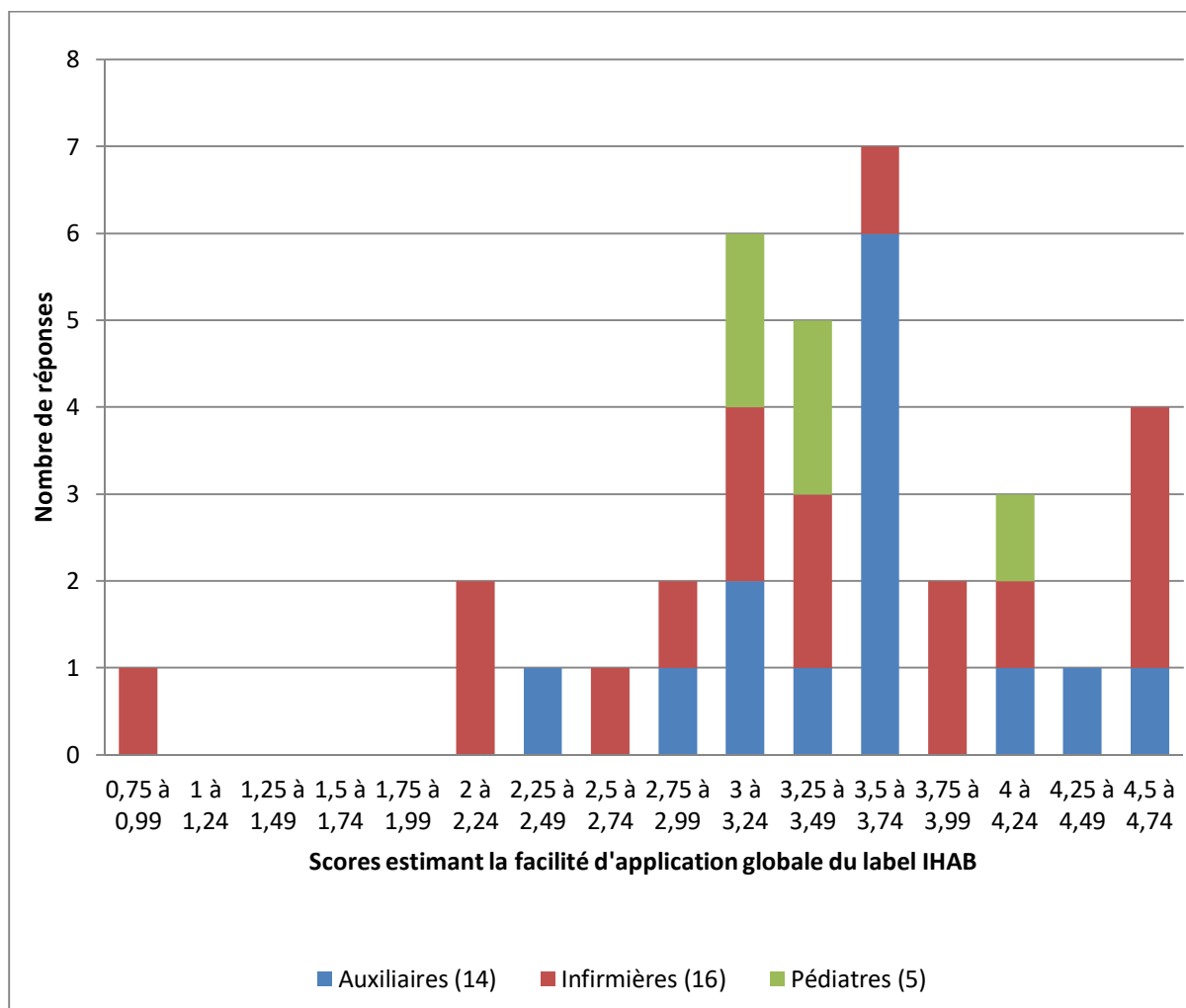


Diagramme 5 : Répartition des réponses pour chaque catégorie socioprofessionnelle selon le score global estimant la facilité d'application du label IHAB



Bien que la perception du degré de facilité d'application des critères de l'IHAB ait un écart très important entre le minimum et le maximum (0.78 à 4.73), les résultats restent homogènes car le score de la moitié des membres du service se situe entre 3,1 et 3,9, soit une fourchette de 0.8 point.

Pour ce ressenti, ce sont les auxiliaires qui étaient les plus positives, évaluant le degré de facilité d'application à 3.5 (médiane), alors que les pédiatres et les infirmières l'estimaient à 3.25. On peut noter également que 5 infirmières figuraient parmi les 7 personnes ayant donné un score de facilité le plus bas (inférieur à 3), et évaluaient donc la mise en application de l'IHAB difficile à plus de 2/5.

4.1.4 Évaluation de l'augmentation de la charge de travail suite aux recommandations IHAB

Diagramme 6 : Médianes et moyennes du score global évaluant l'augmentation de la charge de travail engendrée par le label IHAB

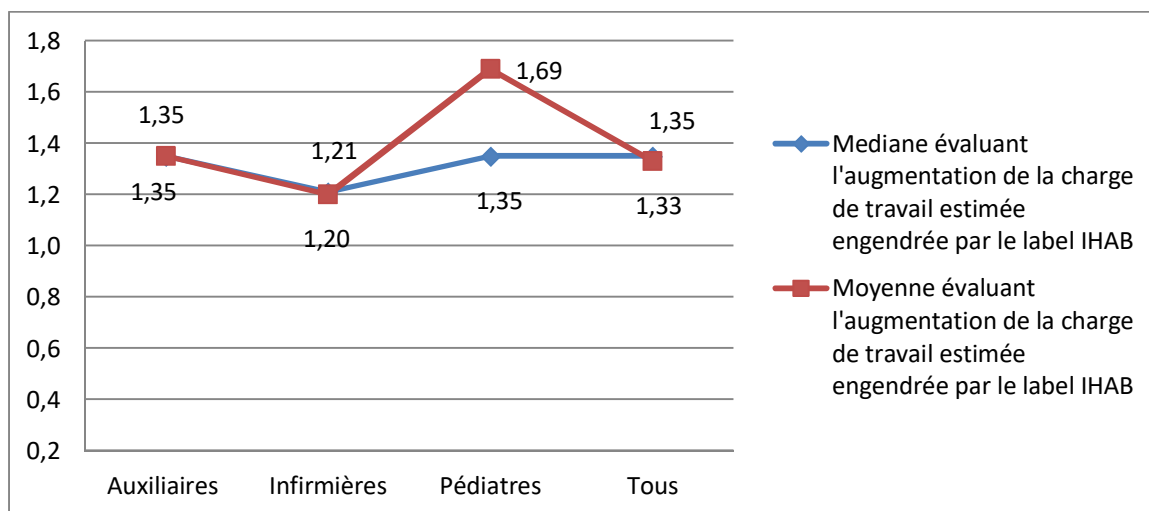
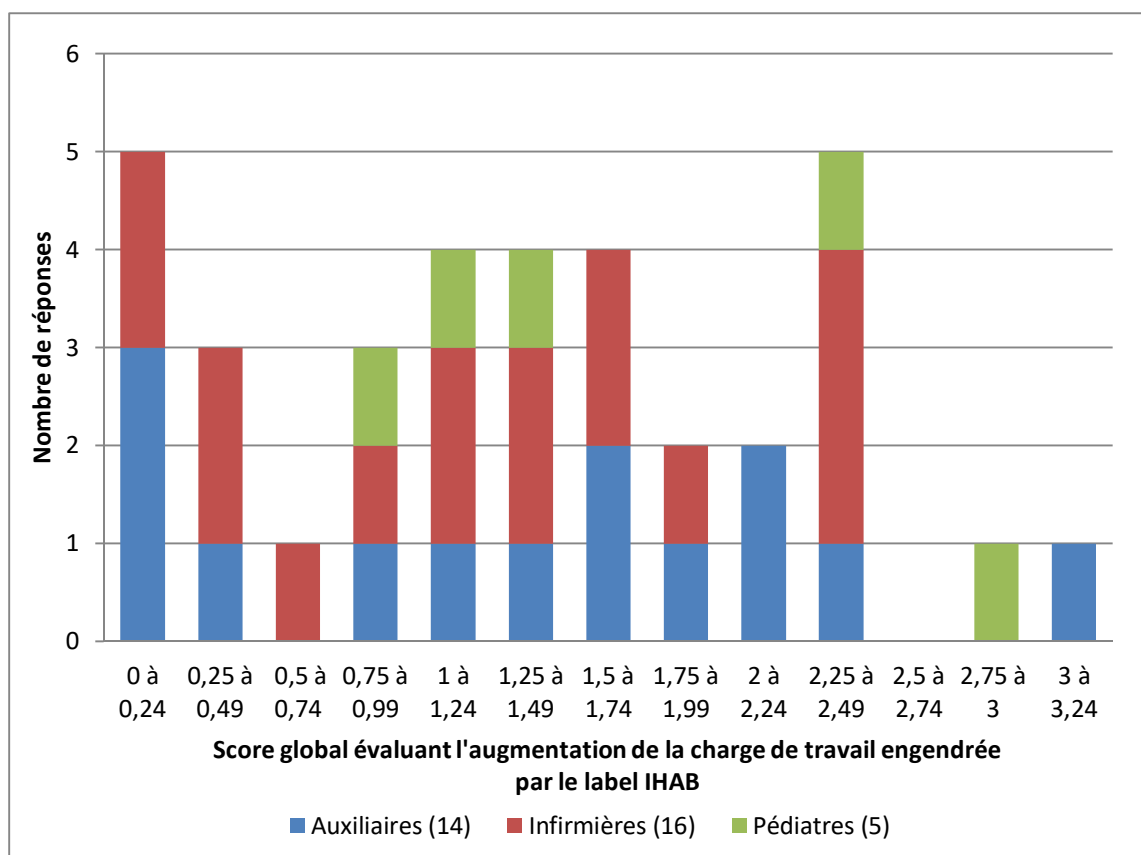


Diagramme 7 : Répartition des réponses pour chaque catégorie socioprofessionnelle selon le score global évaluant l'augmentation de la charge de travail engendrée par le label IHAB



Ce ressenti était **le plus hétérogène dans l'équipe**, car le score de la moitié des membres du service se situait entre 0.64 et 2.13, soit une fourchette de 1.49 points (contre 0.85 à 1 point pour les autres ressentis).

4.1.5 Intérêt et motivation globale vis-à-vis des recommandations IHAB

Diagramme 8 : Médianes et moyennes du score global évaluant l'intérêt et la motivation vis-à-vis du label IHAB

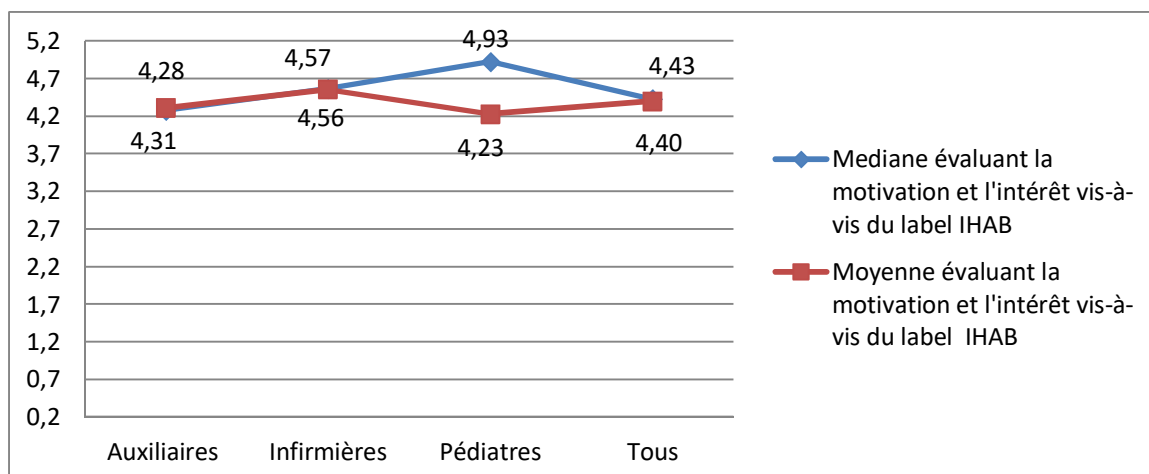
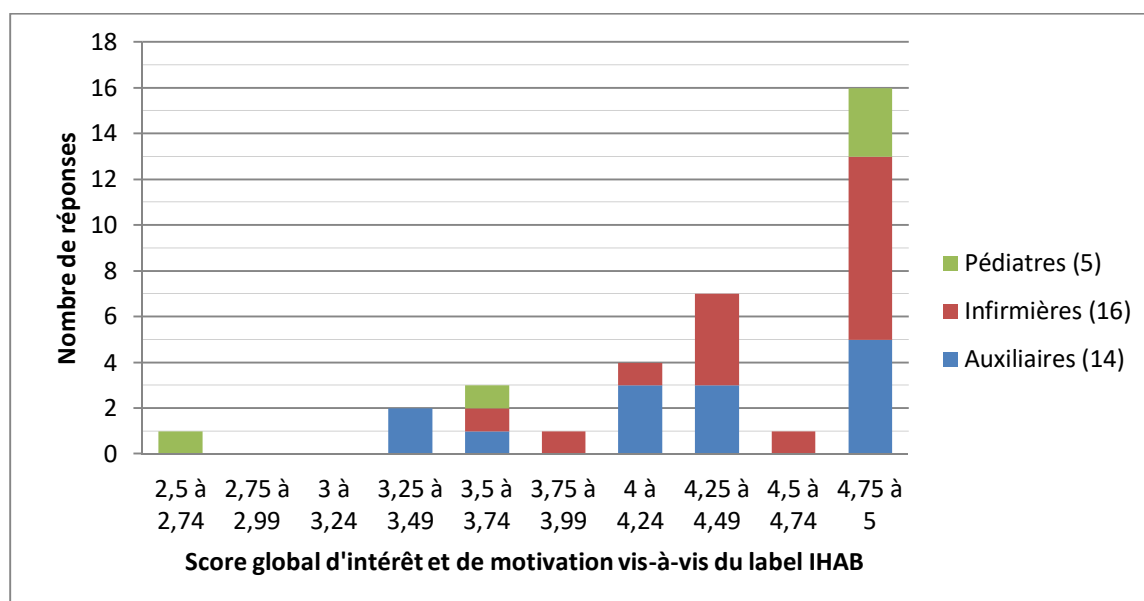


Diagramme 9 : Répartition des réponses pour chaque catégorie socioprofessionnelle selon le score global d'intérêt et de motivation vis-à-vis du label IHAB



L'intérêt et la motivation vis-à-vis du label IHAB étaient importants, car trois quarts du personnel avaient des scores supérieurs à 4, et supérieurs à 4.4 pour la moitié. Le dernier quart avait des scores compris entre 3.35 et 4, hormis un pédiatre qui a noté ses motivations et intérêt à 2.5. Les infirmières se disaient sensiblement plus intéressées et motivées que les auxiliaires.

4.1.6 Ressenti global vis-à-vis des recommandations IHAB

Les chiffres présentés dans les diagrammes 10 et 11 ont été obtenus en additionnant les points des ressentis « positifs » (« cela va être facile à mettre en place/à respecter » et « cela m'intéresse/ me motive ») avec le delta des points des ressentis « négatifs » (« cela m'inquiète » et « cela va augmenter notre charge de travail »).

Par exemple, en additionnant les réponses des seize infirmières au ressenti « cela m'inquiète » pour chaque critère, on obtient 188 sur les 1120 points possibles. Ce ressenti étant « négatif », on calcule les points positifs ainsi : $1120 - 188$, soit 932 points positifs, ce qui correspond à un score moyen de $4.16/5$. ($932/14(\text{nombre de critères}) \times 16(\text{nombres d'infirmières})$).

Diagramme 10 : Médiane du ressenti positif global vis à vis du label IHAB

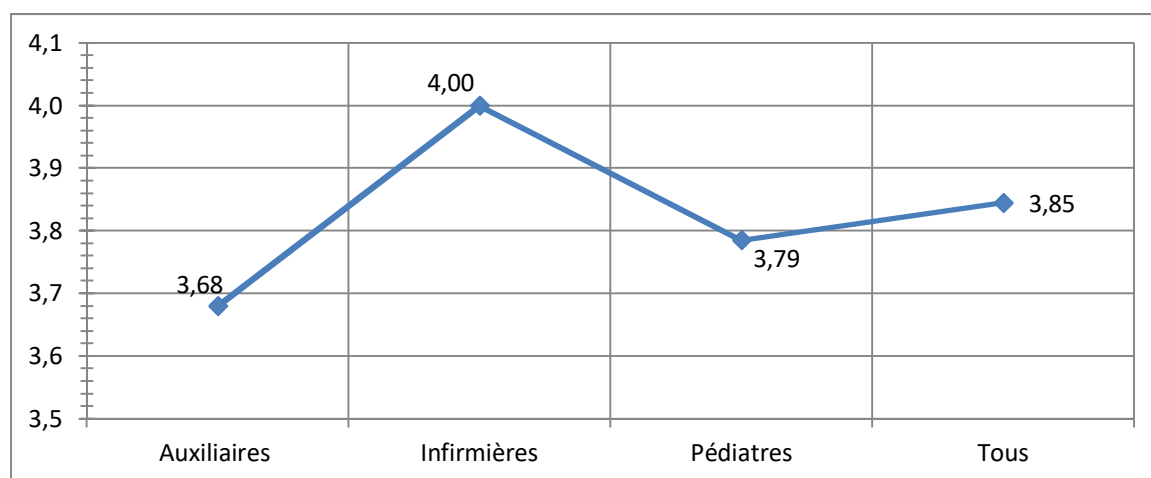
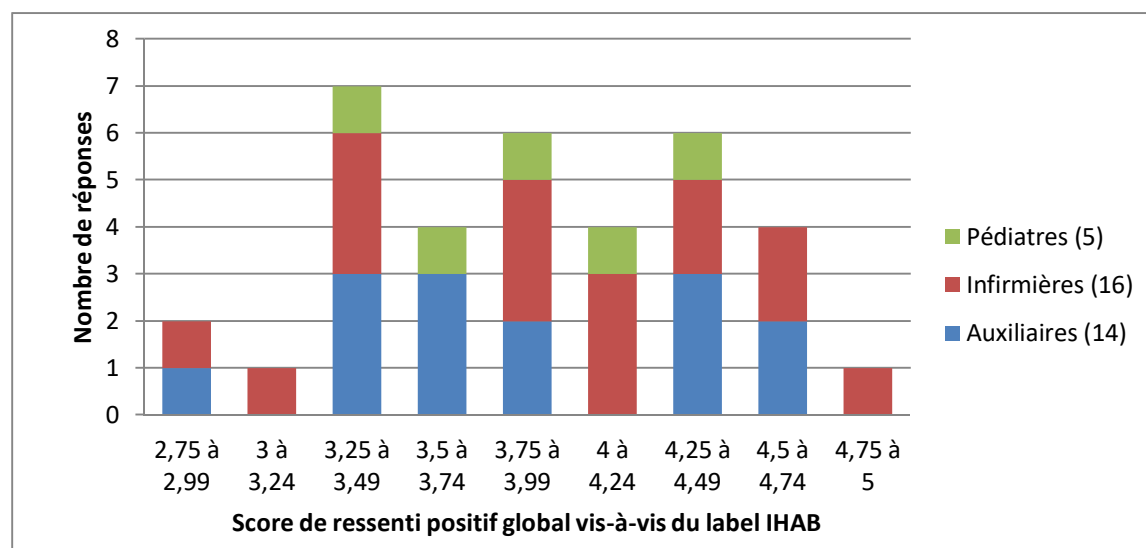


Diagramme 11 : Répartition des réponses pour chaque catégorie socioprofessionnelle selon le score de ressenti positif global vis à vis du label IHAB



On voit ainsi que même si le ressenti global vis-à-vis du label IHAB est important (les scores étant tous supérieurs à 2.5), il ne l'est pas dans les mêmes proportions pour tous, car sa moyenne est comprise entre 2.93 et 4.78 selon les professionnels.

Les auxiliaires étaient légèrement les moins «positives», avec une médiane à 3.68.

4.2 Résultats pour chaque recommandation de l'IHAB

Dans cette partie sont présentées les réponses des participants pour chaque critère issu des recommandations de l'IHAB (Cf. annexe III). Il y avait 3 critères sur l'information des femmes enceintes hospitalisées, 3 critères sur les pratiques favorisant la proximité mère-enfant, 2 critères sur les pratiques dans les 6 heures suivant la naissance et 6 critères sur les pratiques pendant le séjour en néonatalogie. Pour plus de clarté, les critères sont numérotés de 1 à 14 (Q1 à Q14). Pour chaque critère, les participants ont coté leur ressenti de 0 à 5 pour les 5 déclarations :

- Je pense avoir compris ce que cela veut dire/ implique
- Cela m'inquiète
- Cela va être facile à mettre en place/ à respecter
- Cela va augmenter notre charge de travail
- Cela m'intéresse/ me motive

Pour chaque déclaration, le résultat sur le ressenti est présenté avec son mode (résultat le plus fréquemment obtenu), sa médiane (valeur qui sépare le groupe en deux sous-groupes de même effectif) et sa moyenne.

4.2.1 Les critères sur l'information systématique des femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade.

Tableau 2 : Résultats des ressentis cotés de 0 à 5 concernant l'information systématique des femmes enceintes hospitalisées

	Je pense avoir compris ce que cela veut dire / implique	Cela m'inquiète	Cela va être facile à mettre en place / à respecter	Cela va augmenter ma charge de travail	Cela m'intéresse / me motive
Pour les femmes enceintes hospitalisées à risques d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade, les informer de manière <u>systématique</u> :					
Des bénéfices de l'allaitement maternel (Q1)	Mode 5	Mode 0	Mode 3	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0	Médiane 3	Médiane 1	Médiane 5
	Moyenne 4,9	Moyenne 0,1	Moyenne 2,8	Moyenne 1,1	Moyenne 4,5
De la possibilité de nourrir leur enfant en tirant le lait (Q2)	Mode 5	Mode 0	Mode 5	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0	Médiane 4	Médiane 0	Médiane 5
	Moyenne 4,9	Moyenne 0,7	Moyenne 3,4	Moyenne 1,1	Moyenne 4,3
De la conduite de l'allaitement et la lactation en néonatalogie (Q3)	Mode 5	Mode 0	Mode 4	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0	Médiane 4	Médiane 1	Médiane 5
	Moyenne 4,6	Moyenne 0,7	Moyenne 3,5	Moyenne 1,2	Moyenne 4,4

L'ensemble du personnel estimait avoir bien compris ces trois critères (Q1, Q2 et Q3) concernant l'information systématique des femmes enceintes hospitalisées.

Ces critères les inquiétaient peu, et les motivaient. Ils envisageaient par contre une augmentation sensible de leur charge de travail, et estimaient que l'information concernant les bénéfices de l'allaitement maternel sera la recommandation, parmi toutes, la moins facile à mettre en place et à respecter.

Les pédiatres ont donné des chiffres totalement similaires à l'ensemble pour les ressentis de compréhension et de facilité de mise en œuvre, mais n'étaient absolument pas inquiets (scores =0). Ils évaluaient par contre l'augmentation de la charge de travail de façon plus importante (avec les moyennes suivantes : Q1= 1.8, Q2= 1.6, Q3= 1.8) et se disaient moins motivés (avec les moyennes suivantes : Q1= 4.4, Q2=3.4, Q3= 3.8) que l'ensemble du personnel pour ces 3 critères concernant l'information des femmes enceintes hospitalisées.

4.2.2 Les critères ayant pour but de maintenir une proximité maximale mère/nouveau-né

Tableau 3 : Résultats des ressentis cotés de 0 à 5 concernant les recommandations ayant pour but de maintenir une proximité maximale mère/nouveau-né

	Je pense avoir compris ce que cela veut dire / implique	Cela m'inquiète	Cela va être facile à mettre en place / à respecter	Cela va augmenter ma charge de travail	Cela m'intéresse / me motive
Dans le but de maintenir une proximité maximale mère/nouveau-né :					
Informers les parents de l'intérêt essentiel de leur présence auprès de leur enfant (Q4)	Mode 5	Mode 0	Mode 5	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0	Médiane 4	Médiane 0	Médiane 5
	Moyenne 4,9	Moyenne 0,25	Moyenne 3,9	Moyenne 0,3	Moyenne 4,7
Porter une attention particulière et continue à l'accueil et au bien-être des parents dans le service (Q5)	Mode 5	Mode 0	Mode 5	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0	Médiane 4	Médiane 0	Médiane 5
	Moyenne 4,9	Moyenne 0,9	Moyenne 3,5	Moyenne 1,3	Moyenne 4,7
Les accompagner dans les soins de leur enfant (dans l'esprit des soins centrés sur la famille) (Q6)	Mode 5	Mode 0	Mode 5	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0	Médiane 4	Médiane 1	Médiane 5
	Moyenne 4,8	Moyenne 0,65	Moyenne 3,8	Moyenne 1,7	Moyenne 4,7

Pour ces recommandations concernant l'accueil et la place des parents dans le service, l'équipe a exprimé une compréhension et **une motivation importantes**.

Le fait de porter une attention particulière et continue à l'accueil et au bien-être des parents dans le service (Q5) suscitait malgré tout une légère inquiétude, et obtient également le score le plus faible dans la perception de facilité d'application de ces 3 recommandations.

Accompagner les parents dans les soins de leur enfant (Q6) obtient le 3^e score du questionnaire le plus élevé vis-à-vis de la perception d'une augmentation de la charge de travail.

4.2.3 Les critères sur les pratiques à mettre en place dans les 6 heures suivants la naissance

Tableau 4 : Résultats des ressentis cotés de 0 à 5 concernant les critères sur les pratiques à mettre en place dans les 6 heures suivant la naissance

	Je pense avoir compris ce que cela veut dire / implique	Cela m'inquiète	Cela va être facile à mettre en place / à respecter	Cela va augmenter ma charge de travail	Cela m'intéresse / me motive
À mettre en place dans les 6 heures suivants la naissance:					
Aider à démarrer la lactation (tétées et/ou simulation-expression du colostrum, peau à peau si possible) (Q7)	Mode 5	Mode 0	Mode 3	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0	Médiane 3,5	Médiane 1	Médiane 5
	Moyenne 4,8	Moyenne 1,2	Moyenne 3,3	Moyenne 1,5	Moyenne 4,5
Démontrer l'expression manuelle à toutes les mères (Q8)	Mode 5	Mode 0	Mode 3	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0	Médiane 3	Médiane 1,5	Médiane 4
	Moyenne 4,6	Moyenne 1,3	Moyenne 2,9	Moyenne 1,9	Moyenne 3,9

Les scores d'inquiétude étaient légèrement élevés, mais il y avait surtout 14 personnes (soit 40 % du service) qui exprimaient une inquiétude suscitée par la recommandation « démontrer l'expression manuelle à toutes les mères » (Q8). Cette inquiétude est corrélée avec une facilité d'application la deuxième plus faible du questionnaire, une estimation de l'augmentation de la charge de travail la deuxième plus forte et une des trois seules moyennes de motivation en dessous de 4.

Pour cette recommandations (Q8), voici les ressentis selon les 3 catégories socioprofessionnelles :

Tableau 5 : Résultats des ressentis cotés de 0 à 5 concernant le critère sur l'expression manuelle (Q8)

	Cela m'inquiète	Cela va être facile à mettre en place / à respecter	Cela va augmenter ma charge de travail	Cela m'intéresse / me motive
Score Pédiatres	Moyenne 0	Moyenne 3,4	Moyenne 1,6	Moyenne 3,8
Scores Infirmières	Moyenne 1,4	Moyenne 2,45	Moyenne 1,9	Moyenne 4,1
Scores Auxiliaires	Moyenne 1,35	Moyenne 3,5	Moyenne 2,1	Moyenne 3,6

On constate que les pédiatres n'étaient pas inquiétés par cette recommandation, et que ce sont eux qui estimaient une charge de travail la moins augmentée. Les auxiliaires étaient les moins intéressées et motivées par le fait de démontrer l'expression manuelle à toutes les mères dans les 6 heures suivant la naissance. Les infirmières étaient les plus motivées, bien qu'elles pensaient que cela ne serait pas facile.

4.2.4 Les critères sur les pratiques à mettre en place durant tout le séjour en néonatalogie

Tableau 6 : Résultats des ressentis cotés de 0 à 5 concernant les critères sur les pratiques à mettre en place durant tout le séjour en néonatalogie.

	Je pense avoir compris ce que cela veut dire / implique	Cela m'inquiète	Cela va être facile à mettre en place / à respecter	Cela va augmenter ma charge de travail	Cela m'intéresse / me motive
À mettre en place durant tout le séjour en néonatalogie:					
Privilégier le contact peau à peau et le proposer régulièrement en le présentant aux parents comme un soin (Q9)	Mode 5	Mode 0	Mode 5	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0	Médiane 4	Médiane 0	Médiane 5
	Moyenne 4,8	Moyenne 0,2	Moyenne 4,1	Moyenne 1	Moyenne 4,6
Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter (Q10)	Mode 5	Mode 0 0	Mode 5 5	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0 0	Médiane 4 4	Médiane 1	Médiane 5
	Moyenne 4,7	Moyenne 0,2	Moyenne 4	Moyenne 1,3	Moyenne 4,9
Proposer/utiliser des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome (Q11)	Mode 5	Mode 0 0	Mode 3	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0 0	Médiane 3	Médiane 1	Médiane 5
	Moyenne 4,3	Moyenne 1,2	Moyenne 3,1	Moyenne 1,5	Moyenne 4,7
Utiliser des moyens alternatifs d'alimentation et accompagner les parents dans leur utilisation (Q12)	Mode 5	Mode 0	Mode 3	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 1	Médiane 3	Médiane 1	Médiane 5
	Moyenne 4,9	Moyenne 1,2	Moyenne 3,1	Moyenne 2	Moyenne 4,4
Réserver l'usage de la sucette aux situations particulières (Q13)	Mode 5	Mode 0	Mode 5	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 0	Médiane 4	Médiane 0	Médiane 5
	Moyenne 4,4	Moyenne 1,2	Moyenne 3,3	Moyenne 1,2	Moyenne 3,8
Réserver l'usage du biberon aux situations particulières (Q14)	Mode 5	Mode 0	Mode 3	Mode 0	Mode 5
	Médiane 5	Médiane 1	Médiane 3	Médiane 0	Médiane 4
	Moyenne 4,5	Moyenne 1,6	Moyenne 3,4	Moyenne 1,4	Moyenne 3,8

Les critères « privilégier le contact peau à peau ... » (Q9) et « observer le comportement de l'enfant... » (Q10), très en lien avec les soins de développement, suscitaient un intérêt important, très peu d'inquiétude, et sont ceux qui ont été estimés comme générant le moins de surplus de travail par l'équipe.

La mise en place de stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome (Q11) était le critère le moins bien compris. Les pédiatres estimaient que ce critère serait celui qui va provoquer la plus grosse augmentation de la charge de travail (score de 2.6) à égalité avec celui qui demande d'accompagner les parents dans les soins de leurs enfants (Q6).

Le fait de devoir utiliser des moyens alternatifs d'alimentation et d'accompagner les parents dans leur utilisation (Q12) a suscité le score le plus élevé concernant l'augmentation de la charge de travail, et n'était pas jugé comme très facile à respecter.

Ces deux critères (Q11 et Q12) ont suscité une inquiétude modérée, mais chez 50 % de l'effectif, soit le nombre d'inquiets le plus importants.

Enfin, réserver la sucette (Q13) et le biberon (Q14) à des situations particulières étaient les critères les moins compris après la Q11, et ils inquiétaient le plus et motivaient le moins.

Pour ces deux critères, les auxiliaires se montraient les plus inquiètes (avec les moyennes respectives de 1.6 et 1.7 contre 1.4 et 1.6 pour les infirmières et 0 et 1.4 pour les pédiatres), et les moins motivées et intéressées (avec les moyennes respectives de 3.4 et 3.5 contre 4 et 3.6 pour les pédiatres et 3.9 et 4.05 pour les infirmières).

4.3 Analyse et interrogations

4.3.1 Une motivation importante mais...

Cette enquête sur le ressenti des professionnels du service de néonatalogie vis-à-vis de la démarche IHAB en cours dans le service a suscité un vif intérêt : tous les collègues sollicités ont répondu et bien que certains aient déclaré qu'il n'était pas toujours facile de remplir le questionnaire, aucun n'a été écarté au dépouillement.

L'analyse des résultats du questionnaire montre globalement une motivation et un intérêt importants pour l'IHAB.

Il y a malgré tout un quart du personnel qui avait un score de motivation et d'intérêt inférieur à 4, dont 2 pédiatres sur 5...

Il est donc important que les trois autres quarts soient moteurs, afin que les projets puissent avancer. En effet, être informé des actions du comité de pilotage et des groupes de travail, lire les protocoles rédigés, participer aux formations prévues, voir l'effet des changements de pratique sur la satisfaction des parents peuvent augmenter l'intérêt du personnel encore un peu réservé sur la démarche IHAB.

Le score global de compréhension du label est très élevé (médiane à 4.85, moyenne à 4.73), celui sur le ressenti positif l'est également mais un peu moins : la médiane est à 3.84, et le quartile inférieur^a à 3.48. Il est possible que les personnes qui ont exprimé des inquiétudes quant à la faisabilité de certains critères ou quant à la charge de travail occasionnée par certains changements de pratique demandés pour le label IHAB n'aient pas interprété correctement les implications concrètes de ces critères, tout en ayant le sentiment de les avoir compris. Il serait donc souhaitable d'ouvrir le dialogue au sein de l'équipe **pour éclaircir les éventuelles incompréhensions** (conscientes ou non) et **apaiser les inquiétudes**. Ce travail pourrait permettre **de débiter une réflexion sur ce qui paraît difficile à mettre en place ou porteur d'augmentation de la charge de travail**.

La communication dans le service est sans doute un point essentiel pour avancer dans ce travail. La présentation des résultats de cette étude pourrait être l'occasion de mettre en évidence les éléments qui restent difficiles pour une partie de l'équipe. Les professionnels dont les réticences seront reconnues pourraient se sentir plus à l'aise pour en parler et ceux qui sont plus enthousiastes pourraient expliquer les raisons de leurs motivations et de leur confiance dans la bonne marche de l'équipe vers le label.

4.3.2 Des recommandations qui posent plus de problèmes que d'autres

On peut se demander **pourquoi les recommandations Q13 et Q14 stipulant respectivement de réserver l'usage de la sucette et du biberon aux situations particulières ont suscité beaucoup d'inquiétude, d'incompréhension et peu de motivation**. Elles n'étaient pas associées à une crainte particulière d'augmentation de la charge de travail, ni à une estimation de difficulté de mise en œuvre parmi les plus élevée.

Ces difficultés vis-à-vis du non usage ou d'un usage différent du biberon en particulier **se retrouvait également** dans les résultats pour le critère Q12 qui stipule **d'utiliser des moyens alternatifs d'alimentation** : l'évaluation importante de la difficulté à la mise en œuvre et de l'augmentation de la charge de travail le confirme.

Une partie de ces ressentis négatifs vis-à-vis de ce critère Q12 peut également être imputable au fait d'accompagner les parents dans l'utilisation de ces moyens alternatifs d'alimentation. En effet, la question de la place des parents dans le service génère également des inquiétudes et une crainte de difficulté à la mise en œuvre du critère Q5 (porter une attention... à l'accueil des parents dans le service), ainsi qu'une estimation d'augmentation assez importante (1.71/5) de la charge de travail pour le critère Q6 (les accompagner dans les soins de leur enfant).

Pourtant, les critères Q4 (informer les parents de l'intérêt essentiel de leur présence auprès de leur enfant) et Q9 (privilégier le contact peau à peau et le proposer régulièrement en le présentant aux parents comme un soin) ont généré des pourcentages forts de ressentis positifs.

^a Un **quartile** est chacune des trois valeurs qui divisent les données triées en quatre parts égales, de sorte que chaque partie représente 1/4 de l'échantillon de population. Ici, le quartile inférieur est celui qui délimite le quart des scores les plus faibles.

Il me semble donc que si la place des parents dans le service auprès de leurs enfants est reconnue comme primordiale, une partie de l'équipe se sent un peu en difficulté pour les impliquer de façon active dans les soins.

Les critères qui sont explicitement en relation avec les soins de développement (Q10 «observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter», Q9 concernant le peau-a-peau) ont été les mieux accueillis par l'équipe. Ces résultats reflètent sans doute l'intérêt massif des professionnels du service pour les soins de développement. Il est possible aussi que l'adhésion à ces critères soit liée au fait qu'ils impliquent des actions à mettre en place pour tous les parents et enfants, et pas seulement pour ceux ayant un souhait d'allaitement ou de don de lait maternel.

À l'inverse, un critère concernant spécifiquement l'allaitement - informer de façon systématique les femmes enceintes hospitalisées des bénéfices de l'allaitement maternel (Q1) - a recueilli le score le plus élevé de difficulté de mise en œuvre. Ce critère peut sembler délicat car il implique de discuter de l'intérêt de l'allaitement (ou du don de lait) avec les futures mères hospitalisées dont certaines peuvent avoir décidé de ne pas allaiter. Ceci requiert du temps et de la disponibilité de la part des soignants afin d'utiliser une communication appropriée, ouverte, non jugeante et soutenante quelle que soit la décision finale de la mère. Il est donc possible que les résultats de l'enquête pour ce critère soient liés à la crainte de culpabiliser les mères ne souhaitant pas allaiter. D'autre part, respecter ce critère nécessite de travailler en étroite collaboration avec le personnel de la maternité qui est en première ligne pour donner ces informations. Or, la coordination entre les services de maternité et de néonatalogie est un point sur lequel le pôle a besoin de progresser.

Cette difficulté des services à travailler ensemble pourrait également être corrélée à l'inquiétude concernant les deux critères à mettre en place dans les 6 heures suivants la naissance (Q7 sur le démarrage de la lactation et Q8 sur l'expression manuelle).

Mais c'est bien la Q8, concernant l'expression manuelle qui a généré le plus de ressentis négatifs. Pourtant, cette technique a été démontrée et expliquée récemment lors des ateliers de la formation fleur de lait qui se sont déroulés fin 2015 et début 2016, mais il y a manifestement des freins à son utilisation dans le service.

Enfin, le critère Q11 « proposer/utiliser des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome » inquiète, était relativement mal compris et paraissait difficile à mettre en place pour l'équipe. Cela peut s'expliquer par le fait que c'est une notion nouvelle dans le service, abordée par le groupe de travail allaitement qui a commencé à y réfléchir, mais n'a pas encore communiqué à ce propos à l'équipe. Malgré tout, c'est un critère qui motivait et intéressait le personnel, ce qui est un résultat encourageant pour la suite.

4.3.3 Des différences de ressentis selon les catégories socioprofessionnelles

Les pédiatres estimaient l'augmentation de la charge de travail pour les critères Q1, Q2, Q3 (l'information systématique des femmes enceintes hospitalisées) et Q11 (la mise en œuvre des stratégies menant à l'alimentation autonome) bien plus importante que le reste de l'équipe. Ils sont en effet les premiers concernés, car ce sont les critères qui entrent le plus dans leurs attributions. Par contre, ces 3 critères concernant les femmes enceintes hospitalisées les motivaient et intéressaient peu.

Sinon, en considérant la globalité des résultats, ils se montraient les moins inquiets et estimaient le plus faiblement l'augmentation de la charge de travail générale : peut-être se sentaient-ils la catégorie socioprofessionnelle la moins concernée par les recommandations de l'IHAB en dehors de celles précédemment cités ?

Les auxiliaires avaient plus de ressentis négatifs que les infirmières de façon générale, et plus particulièrement concernant les recommandations qui ont suscité le plus de réactions : l'expression manuelle à démontrer à toutes les mères dans les 6 heures suivant la naissance, le fait de réserver l'usage de la sucette et du biberon aux situations particulières, et l'utilisation de moyens alternatifs d'alimentation.

Chapitre 5. Résultats et analyse des entretiens

Suite aux interrogations et constats engendrés par l'analyse des questionnaires, j'ai établi une grille d'entretien (Cf. annexe 2, 3 et 4) afin d'aborder certains points sous un **angle qualitatif**.

La première partie des entretiens est axée sur les ressentis vis-à-vis de l'IHAB en globalité et le partenariat avec les familles.

Dans la seconde partie, les thèmes ont été différenciés selon les catégories socioprofessionnelles.

Les échanges ont porté sur :

- l'expression manuelle, l'usage de la sucette et du biberon, et les méthodes alternatives d'alimentation pour les infirmières et les auxiliaires,
- l'information à donner en systématique aux mères hospitalisées et les stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome, pour les pédiatres.

J'ai pu effectuer 8 entretiens durant le mois d'octobre 2017^a, au calme dans les offices du service au moment d'une pause ou juste après les temps de relève, auprès des personnes présentes à ces moments-là. Je me suis ainsi entretenue avec 3 infirmières (nommées A, B et C), 3 auxiliaires (D, E, F) et 2 pédiatres (G et H). Nous étions en face à face, porte fermée (le reste de l'équipe était prévenu pour éviter au maximum les interruptions). Ils ont duré en moyenne 20 minutes, et ont été **propices à de nombreux échanges**.

En voici les résultats.

5.1 Première partie de l'entretien, commune à tous

5.1.1 Ressentis généraux vis à vis de l'IHAB

Au début de chaque entretien, j'ai présenté rapidement les résultats de l'enquête par questionnaire. Les réactions lorsque j'ai énoncé les résultats concernant les ressentis généraux ont été variées :

- Les trois infirmières (A, B et C), les auxiliaires D et E, et le pédiatre G, ont principalement retenu **les ressentis positifs et la motivation** suscités par ce label: « *ça montre que tout le monde a envie de s'investir, et les difficultés ne sont pas énormes, il faut s'allier à ça* » (infirmière A), « *c'est ce que les filles attendent* » (infirmière C).
- L'auxiliaire E et le pédiatre G ont exprimé que ces résultats **reflétaient leurs propres ressentis**.
- Le label était vécu comme une **opportunité de faire avancer le service** dans ses pratiques par l'infirmière C : « *ça peut motiver, le label IHAB. Après, c'est juste un « label », mais ça permet d'avoir du mieux auprès des parents et de l'enfant, ça permet de progresser* ».

Il y a également eu des réactions suite aux ressentis plus négatifs, ou mitigés, mis en lumière par les résultats du questionnaire, et pour lesquels l'explication fournie par le professionnel interviewé a été **un manque de connaissances, de formation ou d'informations** :

^a Les entretiens se sont donc déroulés avant l'ouverture des chambres mères enfants.

- L'infirmière C interprétait le score de 1.6/5 de difficulté d'application et l'inquiétude des soignants comme une réaction à quelque chose de nouveau et d'inconnu, un manque de connaissance du label. Elle pense aussi que beaucoup de formation et d'information sont nécessaires.
- L'infirmière B pensait qu'une augmentation de la charge de travail estimée n'était pas justifiée et que cela était dû à une mauvaise compréhension des recommandations du label.
- L'auxiliaire F émettait quant à elle des réserves sur les résultats, et pensait qu'ils ne reflétaient pas la réalité des choses, notamment sur le sentiment de compréhension du label. Elle considérait qu'une formation importante du service était nécessaire : *« J'attends de voir...on n'est pas parfait, il va falloir que l'on se remette beaucoup en question pour arriver à faire quelque chose de bien ».*

L'infirmière C a également estimé que *« la plus grande difficulté sera les relations avec la maternité ».*

Le pédiatre G dit avoir ressenti initialement de *la réticence et un sentiment d'intrusion avec ce label* : *« j'ai des craintes vis-à-vis de gens qui viennent voir comment on fonctionne, un discours extrême de certains ».* *« D'emblée, je me barricade, j'attends de voir et discuter ».*

5.1.2 Leur vision du partenariat avec les familles

Lorsque je les ai questionnés sur la façon dont ils envisageaient le partenariat avec les familles, tous se sont appuyés sur ce qui était déjà mis en place dans le service, afin de me faire part des principes qui leur tenaient à cœur dans ce partenariat.

Des conditions favorables

L'infirmière B pensait *qu'avec les chambres mères enfant*, l'accueil des parents ressemblerait moins à du *« camping »*, et serait donc *plus envisageable 24h sur 24h*. Ces futures chambres mères enfants étaient également présentes dans le discours des autres professionnels interrogés.

De l'écoute

L'auxiliaire E insistait sur l'importance d'*« écouter leurs craintes »*, tandis que pour l'auxiliaire F, *« l'empathie, c'est très important je pense. Faire sentir aux parents que tu es là pour leur enfant, mais aussi surtout pour eux ».*

La volonté d'impliquer les parents

Le pédiatre G a dit qu'il faut *« impliquer les parents »*. Pour l'infirmière C *« il faudrait qu'ils soient acteurs (...) s'ils savent l'heure des tétées, que ce soient eux qui anticipent de faire les soins, comme le change, à l'avance, tout en nous prévenant parce qu'il faut qu'on sache qu'ils sont descopés, mais qu'ils n'attendent pas « l'autorisation de ».* L'auxiliaire E s'interrogeait *« il faudrait essayer de faire venir les mamans à chaque tétée si possible, mais c'est plus difficile pour les mamans césariées, et la nuit car le créneau est long entre le réveil, la tétée puis le tire-lait, et ça les fatigue »*, puis elle a ajouté *« mais tout se travaille ».*

Leur « rendre leur place de parents »

C'est une idée qui est revenue dans le discours de l'auxiliaire D *« ça leur permettrait de se sentir parents de leur enfant qui est là (nb : en néonatalogie) certes, mais c'est le leur »*, de l'infirmière A *« Je trouve qu'ils sont souvent mis de côté, c'est leur bébé, c'est un passage difficile d'être en*

néonatalogie(...), c'est important que les parents se sentent parents, qu'on leur laisse le temps et la possibilité de prendre leur place en tant que parents », et de l'infirmière C « Qu'on leur laisse peut-être plus de place en tant que parents pour faire les soins (...) C'est laisser un peu le pouvoir aux parents, c'est faire le deuil de ce que nous on peut faire... on peut être plus dans l'accompagnement et l'éducation au final. »

Leur présence et leur aide dans les soins techniques

L'auxiliaire D : « *c'est important les parents pour tout, on les inclut encore pas assez dans les soins invasifs », « certaines collègues n'aiment pas, mais moi je laisse les parents être présents lors des prises de sang, pour qu'ils soutiennent leur bébé »* (infirmière C).

Les infirmières B et C y ajoutaient la nuance de s'assurer que les parents souhaitent y assister. Pour le pédiatre H : « *ma crainte ce serait qu'on leur ait forcé la main, parce que pour des parents, il y a des soins qui leur font peur. Il faudrait les connaître un peu, et faire en fonction de ce qu'ils peuvent et de ce qu'ils se sentent de faire.* »

Mettre un cadre à ce partenariat

L'infirmière C : « *ce n'est pas mettre des règles, parce que des parents vont le faire d'eux-mêmes (nb : venir nous demander pour descoper un bébé avant un change), mais c'est pour pouvoir l'appliquer à tout le monde, parce qu'on sait que pour certains parents il faudra mettre des limites »*.

5.1.3 Réactions à des exemples concrets de partenariat avec les familles

Je leur ai ensuite demandé s'il était envisageable selon eux de mettre en place certaines façons de faire pratiquées dans des services de néonatalogie avancés dans les soins centrés sur la famille.

La procédure debout^a :

Tous (sauf l'auxiliaire F) pensaient *que c'est une technique qui peut aider les parents à prendre leur place*. Les infirmières et les auxiliaires précisaient toutes qu'il est nécessaire pour elles d'accompagner les parents, avec les fils. Lorsque l'enfant est plus techniqué (C-pap^b, KTVO^c), l'infirmière C et l'auxiliaire D étaient en premier lieu un peu réservées, puis ont déclaré que c'est *une technique à travailler*.

L'auxiliaire F a dit ne pas être contre, mais préférerait le sortir couvert de la couveuse et le mettre dans les bras de la maman qui est bien installée, ainsi « *elle est prête à l'accueillir dans sa tête* ».

Le fait que les deux parents puissent dormir dans le service :

Cette suggestion a soulevé la question des conditions d'accueil et des locaux chez chaque soignant interrogé.

Tous trouvaient que *cela serait bien et normal* : « *Ils le font à la maternité, c'est leur bébé à tous les deux* » (infirmière A). L'infirmière B pensait que c'était déjà possible dans les conditions actuelles, tandis que les autres apportaient *des nuances* :

^aDans plusieurs services de néonatalogie, les parents prennent eux-mêmes l'enfant dans l'incubateur fermé ou ouvert avant de s'asseoir et de s'installer avec lui en peau à peau par exemple. Le soignant est là pour accompagner et gérer les fils (scope, perfusion, ventilation) si nécessaire.

^b Mode de support ventilatoire qui utilise la pression positive continue.

^c Cathéter Veineux Ombilical.

Le pédiatre H, l'infirmière C et les auxiliaires D et F pensaient ainsi que les conditions d'accueil de façon générale (condition de repas, etc.) étaient à réfléchir, ainsi qu'un « règlement » de service: « ça (nb : que les parents dorment dans le service) *ne m'a jamais dérangé(e). Ce qui dérange, c'est quand ça perturbe le travail* » (pédiatre H).

L'auxiliaire E et le pédiatre G pensaient que cela *serait possible dans les chambres mères enfant*, et l'infirmière A se demandait s'il serait possible d'aménager un salon où le deuxième parent pourrait dormir (nb : un parent peut dormir dans le fauteuil dépliant auprès du bébé dans les chambres classiques actuelles).

L'accueil et la prise en compte des fratries :

Cette phrase du pédiatre H résume les sentiments de plusieurs personnes interrogées : « Il faut que ça soit cadré, *que l'on se retrouve pas dans un souk. En dehors des risques de contamination, mais ça, ça se gère et s'organise... mais quand les choses sont bien établies, au contraire, ça détend l'atmosphère, les parents se sentent mieux...* ». En effet, les 3 infirmières et l'auxiliaire E n'y voyaient que du positif, envisageaient de les impliquer (prise dans les bras, peau à peau). L'auxiliaire D pensait qu'il serait possible de laisser plus de lest au cas par cas au niveau des horaires de visites, tandis que l'auxiliaire F considérait que ce que nous mettons en place était déjà largement suffisant, aux *risques de perdre l'atmosphère sereine et tranquille du service* : « *l'accompagnement, faut que ce soit un moment de sérénité pour nous aussi. Si les parents ne sont pas sereins et qu'il y a tout le monde, à mon avis ça vaut pas le coup* ».

Les animations à destination des fratries étaient difficilement envisageables pour tous, au vu du petit nombre d'enfants accueillis (néonatalogie de 6 berceaux). L'infirmière C s'interrogeait sur une façon d'améliorer notre prise en compte des frères et sœurs car « *on ne prend pas assez le temps de leur expliquer, suivant leur maturité... on laisse beaucoup ce rôle aux parents* ».

La gestion de l'APS^a par les parents :

Dans plusieurs services de néonatalogie, l'alimentation par sonde n'est pas effectuée au pousse seringue électrique. C'est le parent, ou un soignant en leur absence, qui régule le débit de l'alimentation en fonction des signes de confort ou d'inconfort du bébé, en tenant plus ou moins haut la seringue branchée à la sonde nasogastrique.

Cette façon de faire a également suscité de nombreuses réactions. Pour l'auxiliaire F, c'était *un non catégorique* « *j'aurais trop peur (...) je ne sais même pas si nous on a le droit de le faire* ». Pour les deux autres auxiliaires et les 3 infirmières, c'était *envisageable et intéressant* : « *C'est les investir dans l'alimentation de leur enfant : ils donnent le sein, et puis ils vont au bout des choses, ils donnent la fin de l'alimentation* » (infirmière A), « *je trouve dommage que quand c'est au pousse seringue électrique (...)il y en a peu (nb : des parents) qui restent pour continuer le peau à peau, ils disent « ils est branché, je le pose », alors que c'est important le contact pendant l'alimentation alors ça les obligerait un peu à rester pendant l'alimentation* » (auxiliaire D).

Mais c'est un soin qui *nécessite une formation et un accompagnement* : « *si on leur apprend, si on leur montre, pourquoi pas.* » (Infirmière A) ; « *si le parent est bien formé, s'il l'a déjà vu, s'il se sent à l'aise, et s'il réagit bien comme il faut quand l'enfant se sent pas bien* » (Infirmière B) ; « *Ça ne me*

^a Alimentation Par Sonde

dérangerait pas d'expliquer aux parents. Après, à nous de vérifier la sonde, mais au final, il y a bien des parents qui sortent avec la sonde à domicile » (Infirmière C) ; pédiatre G : « **il faudrait les encadrer, au moins au début, et vérifier la sonde** ». Le pédiatre H a déclaré être d'accord sur le principe, mais se posait **la question de la façon de l'organiser car il estimait que cela prendrait du temps** si c'est fait par les soignants, et que les parents doivent être formés.

Je leur ai ensuite demandé s'ils avaient des idées sur d'autres façons de travailler en partenariat avec les parents. L'infirmière A a pensé au bain en famille, en présence des frères et sœurs : « *peut-être pas au tout début, mais quand le bain est bien rodé, qu'ils se retrouvent tous en famille, et que la maman montre le bain du bébé, comme elle le montrerait à son grand s'ils étaient à la maison* ». L'auxiliaire F souhaitait la mise en place en néonatalogie d'« **une équipe fixe, qui pourrait discuter (...) parce qu'on se connaîtrait bien** ».

Les deux pédiatres ont évoqué que l'examen des enfants se faisait déjà au maximum en présence des parents. Le pédiatre G a discuté la possibilité que les parents assistent aux soins techniques : « *sur une pose de KTVO, ça ne me dérange pas que les parents soient là, au contraire. Après il y a des parents, je n'aime pas qu'ils soient là, parce qu'ils sont dans la panique, c'est perturbant (...) ça dépend comment ça se présente, comment ça se passe, comment les parents ressentent les choses.* »

5.2 Seconde partie de l'entretien, avec les infirmières et auxiliaires

5.2.1 L'expression manuelle

Concernant les causes des ressentis négatifs liés à l'expression manuelle, les infirmières A et B, et l'auxiliaire E évoquaient **la pudeur des soignants et des mamans** : « *C'est plus compliqué qu'avec le tire-lait qui va faire le travail lui-même, alors que l'expression, c'est nous, vraiment(...)* Quand il y a la tétérèlle, ça cache un peu, alors que là **il y a la nudité, ça touche plus à l'intimité** », tandis que l'auxiliaire D supposait que certaines soignantes pouvaient être mal à l'aise avec l'allaitement en général. L'une des 6 soignantes interrogées, l'auxiliaire E, a clairement avoué ne pas savoir comment dépasser cette gêne.

L'infirmière A et l'auxiliaire F pensaient également **que beaucoup de soignants n'ont pas compris tous les intérêts de cette technique**, et pour l'infirmière C, de nombreux soignants estimaient que le tire-lait était plus efficace que l'expression manuelle.

L'infirmière A et B ainsi que l'auxiliaire F pensaient que « *c'est un **manque de connaissance ou de pratiques pour démontrer à la maman comment faire le geste*** », et donc qu'il y avait une « *peur de faire mal et de mal faire* ».

Les solutions envisagées à cette pudeur et au manque de connaissance et de pratiques étaient « *de montrer le geste sur des faux seins* (Infirmières A et B), et si « *la maman n'y arrive pas malgré nos explications, je le montrerai en mettant mes doigts sur les siens après lui avoir demandé* » (infirmières B et C). L'auxiliaire D a suggéré **de multiplier les supports** (vidéos, faux seins, dépliants) mis à disposition de l'équipe pour l'aider dans les explications à fournir aux mères.

Enfin, 3 des soignantes interrogées souhaitaient une **formation à cette technique**, sous forme d'**ateliers** pour l'infirmière A et l'auxiliaire D, et **par compagnonnage** pour l'infirmière B.

L'infirmière C évoquait aussi la difficulté à dégager du temps dans les 6 heures après la naissance pour le démontrer. Elle proposait **de l'expliquer en systématique dans le même temps que le tire-lait**, et exprimait qu'il serait important de mieux **travailler en collaboration avec la maternité**.

5.2.2 Sucette, biberon et méthodes alternatives d'alimentation

Face à ce **thème qui anime depuis longtemps les discussions au sein du service**, les réponses des 6 infirmières et auxiliaires interrogées ont fait ressortir les notions suivantes :

La prépondérance du choix des parents :

Les 3 infirmières et 2 auxiliaires ont dit spontanément que **c'est le choix des parents qui prime** et qui doit être pris en compte. Pour l'infirmière A : « *Écouter les parents déjà, savoir s'ils veulent la sucette et le biberon ou pas, et qu'ils soient les premiers décideurs* ».

L'infirmière B pensait que « *c'est le choix du parent, je n'imposerai pas la sucette ou le biberon si les parents sont contre, au contraire je ferai différemment* », et pour l'infirmière C « *C'est à voir avec les parents pour la technique à utiliser* ».

L'auxiliaire E : « *faire un protocole, le problème c'est qu'il y a aussi l'avis des parents qui compte (...) peut-être que la première équipe qui reçoit l'enfant en discute avec les parents, et après on s'y tient* ».

Auxiliaire F : « *On n'est pas là pour imposer (...), il suffit de se fier à ce que les parents pensent, il suffit de voir **dans quel domaine ils sont plus à l'aise** pour mettre en place cette alimentation* ».

L'importance de la présence des parents :

L'auxiliaire D, concernant la sucette, a dit : « *si les mamans étaient tout le temps là, le besoin de succion des bébés serait satisfait au sein, c'est tout. Il faudrait que les parents soient plus là, on en revient toujours à la même chose* » et pour l'infirmière A « **on peut le mettre au sein à la place** (nb : de la sucette), **si sa maman est là, il aura la succion du sein**. »

L'infirmière B pensait que « *si le parent avait une chambre et était tout le temps à côté de son bébé, **la question de la sucette et des moyens alternatifs à l'alimentation ne se poserait même pas***. »

Le problème de divergence de discours et de pratiques au sein du service :

Plusieurs soignantes en ont fait part, et les termes employés, assez tranchés, laissaient transparaître **l'importance du problème** pour elles.

L'infirmière A s'exprimait ainsi : « *il y a **depuis toujours** celles qui sont pour le biberon, celles qui sont pour le DAL, et on ne fait pas toutes pareil* ».

Pour l'infirmière C : « **Le souci** dans le service, ce qui **inquiète beaucoup**, c'est qu'on a la seringue, le DAL au doigt, le biberon, et **que chacun fait à sa sauce** », et l'auxiliaire E allait dans le même sens : « **on y met toutes notre avis et notre grain de sel**, et à la fin, le petit il a eu la seringue, la sucette, le biberon, le sein, le DAL. »

L'auxiliaire F a expliqué sa façon de faire : « *Moi je ne ferai pas le DAL au doigt par choix* », et a poursuivi en évoquant que certaines choses sont à clarifier pour elle dans l'utilisation de ces

techniques : « mais le DAL au sein, à ma formation on m'a dit que c'était que pour les enfants matures, je demande à en savoir plus. »

Le manque de pratiques des méthodes alternatives d'alimentation :

Alors que l'auxiliaire F souhaitait des compléments d'information, d'autres soignantes ont également évoqué un manque de connaissance et de pratiques : « Concernant le DAL, il y a beaucoup de filles qui ne le font pas parce qu'elles ne savent pas, elles ne l'ont jamais fait, et du coup elles ont peur de pas savoir faire et faire mal. » (Infirmière A)

« Il y a un manque de connaissances et de mises en pratiques de ces méthodes d'alimentations alternatives. Ils ne sont pas à l'aise parce qu'ils ne l'ont pas beaucoup pratiqué. » (Infirmière B)

« Quand on n'est pas à l'aise avec quelque chose, ça prend du temps, on s'en fait tout un monde ». (Auxiliaire D)

Des interrogations concernant leurs utilisations possibles et ce qui est préconisé dans les recommandations IHAB :

Face aux résultats du questionnaire concernant l'utilisation des biberons et sucette à réserver aux situations particulières, l'infirmière C s'interrogeait sur la compréhension des collègues vis-à-vis de ces recommandations : « Est-ce que les filles ont pensé que les situations particulières des recommandations, c'était juste pendant les soins et qu'on ne pouvait pas mettre la sucette en dehors ? Est-ce qu'elles ont pensé que les restrictions sur le biberon, c'était que pour les bébés à terme ? (...) Le bébé prématuré a besoin de succion et de réconfort, c'est déjà une situation particulière pour moi pour la sucette (...) et ça ne me gêne pas de donner un biberon à un prématuré. ». Cette interrogation de la part de l'infirmière C rejoignait celle émise par l'auxiliaire F concernant le sentiment de compréhension important de l'équipe vis-à-vis des recommandations du label (Cf. p 48).

L'auxiliaire E exprimait ses difficultés face aux différents discours auxquels elle est confrontée sur ce thème : « Il y en a qui disent que c'est compliqué de mettre une sucette ou un biberon quand c'est un allaitement maternel, parce que l'enfant peut s'habituer et faire une confusion sein/tétine (...) Il y a trop de divergences d'avis là-dessus, je trouve que c'est vachement compliqué ».

L'auxiliaire F a expliqué que son expérience était contradictoire avec ce qui est recommandé par l'IHAB concernant l'utilisation des biberons : « S'il doit y avoir un biberon, en dehors d'une situation particulière, ça ne m'inquiétera pas particulièrement, parce que j'ai eu affaire à des situations comme ça et je sais que l'allaitement ne se compliquera pas pour autant. » Elle se questionnait également sur les moyens alternatifs d'alimentation : « Après c'est vrai que 30 (ml) en seringue c'est difficile, il y a des enfants qui le prennent, quel est le mieux, quel est le moins bien ?... »

L'infirmière C faisait remonter quant à elle des divergences entre nos pratiques et ce qui ressort des réflexions des groupes de travail IHAB : « On voit encore des petits à la seringue avec 15 ml, alors qu'on avait vu que la seringue ce n'était que pour les premiers millilitres. »

Des habitudes de service tenaces :

Comme l'infirmière C, l'infirmière B constatait des façons de faire dans le service différentes de ce que l'IHAB recommande, et elle l'expliquait par un effet de « routine », « d'habitude de service » : « Ici c'est tellement pratiqué lors d'un allaitement que les parents soient ok pour faire sucette et

biberon, qu'on ne se pose même pas la question de faire autrement. L'inquiétude c'est d'enlever quelque chose qui est ancré dans le service et qui a du mal à partir ». Elle ajoutait « les soignants pensent que c'est plus facile de donner un biberon que de mettre en place des solutions alternatives, ce qui n'est pas forcément vrai (...). C'est juste une question d'habitude ou de mise en pratique ou non pratique dans le service. »

5.3 Seconde partie de l'entretien avec les pédiatres

Information aux mères hospitalisées

Le pédiatre G a expliqué que cela n'était pas fait car les pédiatres ne sont pas interpellés par les sages-femmes sur cette problématique-là. Ils rencontrent les mamans hospitalisées seulement lorsque surviennent des problèmes aigus (prématurité, maladie X), et l'allaitement ne leur vient pas à l'esprit à ce moment-là, car « il n'est pas la priorité ».

Le pédiatre H exprimait les mêmes difficultés que le pédiatre G, et estimait que cela n'était pas le plus judicieux que cela soit lui qui apporte ces informations, en tant que pédiatre et homme.

Après discussion et échanges avec ces pédiatres lors de ces deux entretiens, ils reconnaissaient qu'il serait intéressant qu'ils abordent l'allaitement de façon systématique lorsqu'ils rencontrent ces mères hospitalisées, principalement sur le versant scientifique et médical (composition du lait maternel, bénéfices...) et qu'ils renvoient sur les soignantes de la maternité et de la néonatalogie pour poursuivre l'apport d'informations sur les aspects plus pratiques de l'allaitement et du don de lait.

Le pédiatre G soulignait alors l'importance de travailler plus étroitement avec la maternité pour que les informations circulent mieux.

Stratégies menant à l'alimentation autonome

Le pédiatre G pensait que la mise en place de telles stratégies était envisageable et se disait intéressé, il attendait de voir ce que les groupes de travail allaient proposer.

Pour le pédiatre H, il était nécessaire de le faire en mettant des garde-fous afin que des enfants ne se retrouvent pas à perdre du poids. Mais il souhaitait aussi que « cela ne rende pas l'alimentation trop compliquée et scientifique, que cela ne soit pas trop complexe ».

5.4 Analyse des entretiens

Voici les notions qui ont émergé lors des 8 entretiens qui ont eu lieu suite à l'enquête par questionnaire auprès de tous les professionnels du service de néonatalogie

5.4.1 Une équipe pleine de ressources

L'analyse des questionnaires avait montré des ressentis globalement positifs concernant l'IHAB, à hauteur de 3.84/5. Cette positivité s'est retrouvée dans les entretiens à travers plusieurs éléments.

En effet, suite à la question leur demandant un retour concernant les résultats du questionnaire, 6 personnes se sont montrées enthousiasmées et en accord avec ces résultats.

Dans cette même question, les **termes positifs** utilisés pour qualifier le label **prédominaient** clairement : « envie de s'investir », « s'allier à ça », « motiver », « avoir du mieux », « progresser »...

Tout au long de nos entretiens, et notamment dans la partie qui abordait les façons de faire de services avancés dans les soins centrés sur la famille, tous ont adopté une **attitude ouverte, basée sur la réflexion et l'échange, même s'ils avaient des réserves à émettre**. Ces réflexions et échanges n'ont abouti qu'une seule fois à l'expression d'un refus catégorique d'une technique présentée (l'APS géré par les parents pour l'auxiliaire F).

Les 8 personnes interrogées ont montré à travers leurs nombreuses connaissances, pistes de réflexions et propositions de solutions combien l'équipe était pleine de ressources et prête à les mobiliser pour avancer dans la démarche IHAB.

5.4.2 Des freins possibles

Les entretiens ont également mis en lumière des freins possibles.

Tout d'abord, alors que 6 personnes se sont montrées globalement enthousiasmées, 2 ont émis quelques réserves au cours des entretiens. Un des pédiatres a exprimé **la peur d'un jugement de valeur et de se voir imposer des pratiques** par les représentants du label. Il avouait adopter une **attitude de mise en retrait** vis-à-vis du label, il « *attend de voir* ». L'auxiliaire F s'est positionnée de façon similaire à plusieurs reprises. Le second pédiatre, bien que plus enthousiaste de façon générale, exprimait quant à lui qu'« *il est impatient de voir comment vous allez le mettre en place* ». Les paroles de ces trois personnes semblaient traduire l'adoption d'une attitude réservée, avant de décider s'ils se lançaient complètement dans « l'aventure » du changement vers le label.

Des interrogations persistantes concernant les recommandations du label IHAB ont été soulevées lors des entretiens : les circonstances particulières auxquelles l'utilisation du biberon et de la sucette doivent se limiter, l'utilisation des différents moyens alternatifs d'alimentation et l'intérêt de l'expression manuelle ont été décrits comme mal compris et interprétés au sein du service.

Accompagner les mères dans leur allaitement et leur transmettre des gestes et techniques mettant en jeu leurs seins peuvent créer une **gêne et un malaise** chez certains soignants. Ces derniers peuvent également **redouter de faire mal ou de porter atteinte à la pudeur de la mère** lors de leurs interventions. Cette crainte a été évoquée à propos de l'allaitement de façon générale par les pédiatres interrogées qui sont tous les deux des hommes, et de façon plus spécifique sur la technique de l'expression manuelle par les soignantes.

Les échanges concernant **la place à donner, laisser ou rendre aux parents et à la famille** ont dévoilé deux craintes chez les soignants entretenus. La première était que cela entraîne une **désorganisation du service, des soins et une dégradation de l'atmosphère calme et sereine** souhaitée dans le service. La seconde crainte des soignants était **une perte de qualité des soins techniques**, suite à la participation des parents lors des soins (procédure debout, APS gérée par les parents), ou engendrée par leur **présence qui peut être vécue comme perturbante** par le soignant.

Les soignants ont aussi exprimé à plusieurs reprises qu'il était important pour eux de **ne pas « forcer les parents »** : soit à faire quelque chose qu'ils n'auraient pas souhaité (comme le fait d'assister à un soin technique, ou faire eux-mêmes certains soins qui leur feraient peur ou les stresseraient), soit

leur imposer la sucette, le biberon, une méthode alternative d'alimentation ou le sein. Il semblerait qu'il y ait là une croyance que le label IHAB requiert d'imposer des pratiques aux parents, alors qu'en réalité, il demande aux soignants de proposer et d'informer les parents pour leur permettre de prendre la décision la plus adaptée, et de les accompagner dans ce choix.

Le travail en collaboration avec la maternité inquiétait et interrogeait : ce souci a été mentionné à trois reprises. En effet, l'infirmière C l'a évoqué à deux occasions : lorsqu'elle s'est exprimée sur le label en général (« *la plus grande difficulté sera les relations avec la maternité* ») et sur la difficulté à démontrer l'expression manuelle dans les 6 heures suivant la naissance. Les deux pédiatres ont également cité cette difficulté lors des échanges sur la recommandation concernant les informations à donner en systématique aux mères hospitalisées en maternité.

Enfin, plusieurs soignants ont mentionné des problèmes de divergence de discours et de pratiques, d'habitudes de service tenaces, et exprimé des interrogations sur la compréhension de leurs collègues concernant les recommandations IHAB. Il me semble que cela témoigne d'un certain **manque de communication au sein même de l'équipe**, qui ne permet pas de « mettre à plat » ces **nombreux points de divergence**. La suggestion de l'auxiliaire F d'« **une équipe fixe, qui pourrait discuter (...) parce qu'on se connaîtrait bien** », (évoquer dans le cadre du partenariat avec les familles, p.51), semble également aller dans ce sens.

5.4.3 Des solutions et des pistes à creuser

Les 8 soignants interrogés ont fréquemment évoqué des solutions aux freins que je viens de lister.

Les infirmières et les auxiliaires ont montré **qu'elles possédaient déjà de très nombreuses réponses aux problèmes techniques** engendrés par les soins autour de l'allaitement, les soins de développement et les soins centrés sur la famille. La démonstration de différentes techniques sur un sein factice, sur vidéo, en apposant les doigts du soignant sur ceux de la mère sont déjà des notions largement intégrées dans le service. Leur réflexion sur les façons de rendre possible la procédure debout ou l'APS par les parents a confirmé que les aspects techniques, même concernant des pratiques nouvelles, ne poseront pas de problèmes majeurs.

Concernant les incompréhensions du label et les divergences de discours et de façons de faire, les auxiliaires et infirmières ont évoqué à de nombreuses reprises **un besoin de formation et d'information** (formation, ateliers, compagnonnage).

Enfin, tous les soignants interrogés ont mis en avant **l'importance d'écouter les parents et de chercher à identifier leurs souhaits et leurs attentes**, pour éviter de « forcer les parents » à faire quelque chose qu'ils n'auraient pas souhaité, ou de leur « imposer » une pratique.

Chapitre 6. Analyses croisées et perspectives

L'étude transversale descriptive quantitative et qualitative, visant à mettre en lumière les ressentis de l'équipe du service de néonatalogie du GHPP-Montélimar à l'initiation du label IHAB, a été réalisée de juillet à octobre 2017. Ses buts étaient d'identifier ce qui pourrait s'avérer être des freins ou des éléments facilitant dans l'avancée de ce projet, et de permettre ainsi de déterminer les axes prioritaires de travail à l'aube de notre parcours en vue de la labellisation IHAB.

L'analyse successive des questionnaires et des entretiens a mis en lumière **un ressenti global positif élevé et une motivation importante de la part de la majorité de l'équipe pour cette démarche, ainsi que plusieurs points qui cristallisent les craintes de l'équipe.**

6.1 Travailler avec les parents ?

Le principe des **soins centrés sur la famille** semblait générer deux craintes : **une dégradation de l'atmosphère calme et sereine** souhaitée dans le service et **une perte de qualité des soins techniques**. Les soignants craignaient également, en laissant plus de place aux parents, de leur « **forcer la main** », notamment dans l'accomplissement de certains soins. Or l'étude de SOS Préma précédemment citée³⁰ a montré au contraire le souhait d'implication des parents dans les soins de leurs enfants. De même, plusieurs études⁴⁷ ont mis en avant l'intérêt du partenariat entre parents et soignants sur le développement de l'enfant, la qualité de ses interactions avec ses parents à long terme, la durée d'hospitalisation et, bien sûr, la satisfaction des parents et la diminution de leur stress. Cette **implication précoce et importante des parents dans les soins et leur présence 24h/24 sont des conditions essentielles** pour soutenir l'allaitement des bébés prématurés (cf. p. 16-17), et les soignants les ont également évoquées à plusieurs reprises lors des entretiens. Ainsi il me semble nécessaire de **poursuivre la réflexion** sur ce thème dans le service de néonatalogie du GHPP Montélimar, afin de dépasser ces craintes. Une étape utile serait peut-être d'interroger les parents afin de recueillir leurs propositions pour faciliter leur participation aux soins et leur présence dans le service ; une telle enquête pourrait permettre d'identifier plus aisément les changements dans l'organisation du service à mettre en œuvre en priorité.

6.2 Bien travailler, ensemble ?

Démontrer l'expression manuelle, semble être un point activant de façon importante les **freins socioculturels** ayant trait à la pudeur et l'intimité. De nombreuses solutions ont été proposées de façon spontanée lors des entretiens, et la formation en cours de préparation aura pour objectif de venir **asseoir les connaissances techniques associées à cette pratique, et de permettre à chacun de travailler ses représentations** afin de dépasser ces difficultés.

Le fait d'avoir à démontrer l'expression dans les 6 premières heures suivant la naissance a également soulevé de façon importante la question de **travailler conjointement avec la maternité**, tout comme les informations sur l'allaitement à donner en systématique aux futures mères hospitalisées en maternité. Bien que cette difficulté à travailler ensemble ait été mentionnée à plusieurs reprises, les soignants interrogés en entretien n'ont pas proposé de stratégie pour y faire face. Pourtant, plusieurs actions peuvent faciliter ce rapprochement entre services : par exemple, inclure des soignants des

deux services dans chaque groupe de formation, élaborer des documents communs au sein de groupes de travail mixtes, diffuser des informations sur les changements de pratique mis en œuvre dans un service aux soignants de l'autre, etc.

Lors des entretiens, et principalement concernant les différentes **techniques d'alimentations alternatives**, ainsi que sur l'utilisation de la **sucette et du biberon**, **une difficulté de communication au sein même de notre service** a également été suggérée. Elle a émergé au travers des évocations de divergences de discours et de pratiques, d'habitude de services tenaces, et des interrogations sur la compréhension fine des recommandations IHAB.

Il me semble prioritaire de garder à l'esprit ces difficultés à communiquer et à travailler ensemble, en intra et inter service tout au long du processus menant au label IHAB, et d'être également attentif à la communication du comité de pilotage du projet.

6.3 Le cercle vertueux de l'enthousiasme

De façon générale, cette étude a montré que **l'intérêt et la motivation de l'équipe vis-à-vis du label étaient importants**, bien que plusieurs personnes soient plus réservées. **Les auxiliaires montraient globalement des ressentis un peu moins positifs**. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce résultat.

On peut se demander si les auxiliaires sont moins à l'aise pour se projeter dans ce label qui va entraîner de nombreux changements de pratiques, compte-tenu de leur formation initiale plus succincte. Il est aussi possible que cette catégorie socioprofessionnelle soit une de celles qui souffrent le plus du manque de reconnaissance actuelle du personnel hospitalier, et se trouve ainsi en plus grande difficulté à envisager ou accepter les changements.

Sur les 5 **pédiatres**, deux ont donné les scores d'intérêt parmi les plus faibles du questionnaire, ce qui souligne leur difficulté à s'investir dans l'IHAB. L'attitude de réserve et d'attente que les deux pédiatres ont montrée lors des entretiens vient également renforcer l'idée que cette catégorie socioprofessionnelle ne **s'est pas encore identifiée motrice et indispensable dans ce projet**.

La prise en compte de ces personnes encore réservées vis-à-vis du projet IHAB me semble fondamentale, afin de ne laisser personne au bord de la route. Ainsi, le « cercle vertueux de l'enthousiasme », évoqué par N. SARGIACOMO dans son intervention « comment faire pour démarrer concrètement l'IHAB ? »⁴⁵, pourra s'amplifier après le démarrage de la formation proposée à toute l'équipe en fin d'année.

6.4 Pour conclure, soyons bienveillants

Les questions subsistantes à la fin de cette étude sont les suivantes :

Comment améliorer notre partenariat avec les parents des bébés hospitalisés en néonatalogie à Montélimar ?

Comment améliorer notre façon de communiquer et de travailler ensemble, au sein du service et au sein du pôle Femme-mère-Enfant ?

Enfin, comment maintenir et étendre l'enthousiasme généré par ce projet de pôle afin d'avancer, de rebondir et de travailler encore à l'amélioration de nos pratiques pour tendre à une prise en charge optimale des bébés et de leurs parents ?

Il me semble que la bienveillance est une disposition fondamentale permettant de trouver des réponses pertinentes à chacune de ces interrogations. De nombreuses définitions existent pour ce terme un tantinet à la mode, mais j'aimerais retenir celle-ci :

« Disposition affective qui amène une personne à veiller avec égard et humanité au bien-être d'une autre (...) Elle est fondée sur la capacité à ressentir, de manière empathique, ce dont l'autre aurait besoin pour une évolution favorable. Dans l'éducation, elle permet de renforcer l'estime de soi et la construction de soi afin de favoriser l'évolution espérée. »⁴⁸

Ce positionnement bienveillant, à l'écoute, reconnaissant les compétences de la personne concernée et qui s'appuie sur ces compétences pour lui permettre d'évoluer, est un des grands principes de l'IHAB. Il est donc évident de l'utiliser vis-à-vis des parents des bébés hospitalisés pour favoriser notre partenariat.

Adopter et prôner cette attitude entre soignants me paraît également pouvoir favoriser la communication pour mieux travailler ensemble.

Enfin, la bienveillance de la part de toutes les personnes du pôle FME impliquées dans le projet IHAB et dans la future formation de l'équipe soignante me paraît également essentielle. Ceci afin que chacun puisse se sentir respecté dans son rythme d'évolution, et puisse se raccrocher au wagon à tout moment s'il en éprouve le souhait. De plus, être dans une attitude bienveillante ne peut être que facilité lorsque l'on en bénéficie. Ainsi la démarche vers l'IHAB ne sera pas ressentie comme subie et imposée, mais comme une vraie opportunité de se recentrer vers ses motivations de soignant, comme en témoignent ces trois services déjà labélisés dans le rapport WBTi 2017 (Cf. Annexe VI).

Synthèse

Dans un contexte français peu soutenant vis-à-vis de l'allaitement, le GHPP-Montélimar s'est engagé dans la démarche vers la labellisation IHAB depuis décembre 2016. Une étude transversale descriptive quantitative-qualitative a été menée de juillet à octobre 2017 auprès de l'équipe du service de néonatalogie, afin de mettre en lumière ses ressentis à l'initiation du label IHAB.

La première partie de cette étude a consisté en un questionnaire rempli individuellement par tous les pédiatres, infirmières et auxiliaires du service. Elle a montré les points suivants.

L'équipe, motivée par les principes de ce label, a exprimé malgré tout des craintes face à ce projet de grande ampleur. Tout en se déclarant globalement motivés, les pédiatres étaient la catégorie socioprofessionnelle se sentant la moins concernée par le label. Ils estimaient une augmentation importante de la charge de travail pour les critères qui les concernaient directement, et les informations à donner aux mères à risque et hospitalisées étaient le critère qui les motivait le moins. L'équipe était positive concernant l'accueil des parents dans le service, mais semblait craindre des difficultés et une augmentation de sa charge de travail engendrées par leur accompagnement dans les soins de leurs enfants.

L'utilisation de la sucette, du biberon et des moyens alternatifs d'alimentation, ainsi que l'expression manuelle, suscitaient de nombreuses craintes.

Dans un second temps, l'entretien avec 8 membres du personnel de néonatalogie a eu pour but d'approfondir et d'expliquer ces premiers constats, en apportant un volet qualitatif à l'étude. Ainsi les entretiens ont confirmé le ressenti global positif vis-à-vis du label, et a mis en évidence une équipe pleine de ressources et capable de propositions constructives.

Il a malgré tout émergé plusieurs craintes et difficultés liées à l'initiation de la démarche vers le label IHAB.

Il existait une attitude d'attente, de réserve vis-à-vis de l'IHAB, ainsi qu'une peur que cela entraîne des jugements de valeurs et des changements de pratiques imposés, notamment de la part des pédiatres. Cette même peur de devoir imposer des pratiques mais cette fois aux parents, mais a été également exprimée de la part des soignants.

La pudeur suscitée par la dimension intime et la proximité du corps de l'autre dans l'allaitement semblait générer un malaise, en particulier autour de la pratique de l'expression manuelle du lait.

La question de la place des parents dans le service était associée à une peur de perturber l'atmosphère sereine souhaitée dans le service et de perdre en qualité dans les soins.

Enfin, il apparaît une difficulté à travailler et à communiquer en inter service, avec la maternité, ainsi qu'en intra-service, entre collègues.

Ainsi, face à ces résultats, il paraît essentiel d'insuffler une dynamique de communication bienveillante permettant de travailler ensemble : entre soignants et parents, entre différentes catégories socioprofessionnelles (médecins, infirmières, sages-femmes, cadres, auxiliaires et aides-soignantes), en intra et inter services du pôle femme –mère- enfant, ainsi qu'avec un réseau élargi de toutes les personnes qui gravitent autour des parents et de leurs bébés (psychologues, ASH, personnels du bloc opératoire, associations de parents, personnels de la PMI, etc.).

Ce beau et imposant projet doit être porté par tous, pour arriver plus loin, durablement.

Liste des diagrammes

Diagramme 1 : Scores moyens des ressentis vis à vis du label IHAB selon les catégories socioprofessionnelles.....	31
Diagramme 2 : Médianes et moyennes du score global d'inquiétude vis à vis du label IHAB.....	32
Diagramme 3 : Répartition des réponses pour chaque catégorie socioprofessionnelle selon le score global d'inquiétude-vis-à-vis du label IHAB.....	32
Diagramme 4 : Médianes et moyennes du score global évaluant la facilité d'application du label IHAB	33
Diagramme 5 : Répartition des réponses pour chaque catégorie socioprofessionnelle selon le score global estimant la facilité d'application du label IHAB	33
Diagramme 6 : Médianes et moyennes du score global évaluant l'augmentation de la charge de travail engendrée par le label IHAB	35
Diagramme 7 : Répartition des réponses pour chaque catégorie socioprofessionnelle selon le score global évaluant l'augmentation de la charge de travail engendrée par le label IHAB.....	35
Diagramme 8 : Médianes et moyennes du score global évaluant l'intérêt et la motivation vis-à-vis du label IHAB	36
Diagramme 9 : Répartition des réponses pour chaque catégorie socioprofessionnelle selon le score global d'intérêt et de motivation vis-à-vis du label IHAB.....	36
Diagramme 10 : Médiane du ressenti positif global vis à vis du label IHAB	37
Diagramme 11 : Répartition des réponses pour chaque catégorie socioprofessionnelle selon le score de ressenti positif global vis à vis du label IHAB.....	37

Liste des tableaux

Tableau 1 : Statistiques du GHPP Montélimar comparativement à ceux de la Drôme, concernant les modalités de naissance	25
Tableau 2 : Résultats des ressentis cotés de 0 à 5 concernant l'information systématique des femmes enceintes hospitalisées	38
Tableau 3 : Résultats des ressentis cotés de 0 à 5 concernant les recommandations ayant pour but de maintenir une proximité maximale mère/nouveau-né	40
Tableau 4 : Résultats des ressentis cotés de 0 à 5 concernant les critères sur les pratiques à mettre en place dans les 6 heures suivant la naissance.....	41
Tableau 5 : Résultats des ressentis cotés de 0 à 5 concernant le critère sur l'expression manuelle (Q8)	41
Tableau 6 : Résultats des ressentis cotés de 0 à 5 concernant les critères sur les pratiques à mettre en place durant tout le séjour en néonatalogie.....	42

L'état de l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Scores sur 10 correspondant aux couleurs suivantes : 0-3.5 4-6.5 7-9 >9

Score global de la France (indicateurs 1 à 15) : 74,5 / 150

Politiques et programmes (indicateurs 1 à 10)

Score sur 10

1. Politiques, programme et coordination au niveau national

Concerne la politique nationale, les plans d'action, le financement et la coordination.

2

2. Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB)

Concerne pourcentage d'hôpitaux en IHAB, la formation, évaluation et recertification.

5

3. Mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Concerne la mise en oeuvre du Code dans la législation, l'évaluation et le renforcement.

5

4. Protection de la maternité

Concerne congé maternité payé, pause allaitement rémunérée, législation nationale encourageant les aménagements au travail pour l'allaitement et/ou la garde des enfants, ratification OIT Convention 183.

7

5. Système de santé et de nutrition

Concerne la formation initiale et continue des professionnels de santé, les standards et guidelines pour des protocoles de naissance centrés sur les besoins de la mère.

5,5

6. Soutien de mère à mère et actions communautaires

Soutien pour les femmes enceintes et les femmes qui allaitent
Concerne des services qui donnent des informations compétentes en ANJE, et qui sont accessibles à toutes les femmes (durant la grossesse et après la naissance).

7

7. Appui en information

Concerne la stratégie nationale d'information, éducation et communication (ICE) pour améliorer l'ANJE (allaitement et diversification) et sa mise en oeuvre au niveau local.

4

8. ANJE et VIH

Concerne politique et programmes pour faire face à des problèmes concernant l'alimentation de l'enfant et le VIH, l'évaluation continue des effets d'intervention sur les pratiques d'alimentation et l'état de santé des mères et des enfants.

7

9. ANJE en situation d'urgence (ANJE-U)

Concerne politique et programmes ANJE-U, et l'intégration de documents sur l'ANJE-U dans les formations pour la gestion de crises (emergency management).

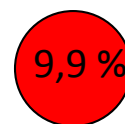
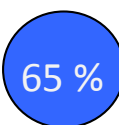
0

10. Système de suivi et d'évaluation

Concerne les systèmes de suivi et d'évaluation pour collecte, l'analyse et l'utilisation systématiques de données pour améliorer les pratiques d'ANJE (allaitement).

5

Pratiques ANJE (indicateurs 11 à 15)

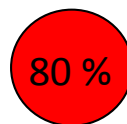


Indicateur 11:
Initiation précoce de
l'allaitement4
(score 9/10)

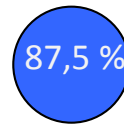
Indicateur 12:
Allaitement exclusif durant
les 6 premiers mois
(score 3/10)



Indicateur 13: Durée médiane de l'allaitement
(score 3/10)



Indicateur 14:
Alimentation au
biberon
(score 3/10)



Indicateur 15:
Alimentation de
complément
(score 9/10)

Insuffisances principales

1. Absence d'un Comité national pour l'allaitement.
2. Absence de financements pour initier une politique d'allaitement sur le long terme.
3. Absence of de message national pour promouvoir l'allaitement.
4. Formation insuffisante des professionnels de santé (PS) pour soutenir et accompagner l'allaitement.
5. Pas de mutualisation nationale de "bonne pratique".
6. Mise en oeuvre et suivi insuffisants du Code.
7. Statistiques non compatibles avec standards de l'OMS.

Recommandations principales

1. Créer un Comité national pour l'allaitement.
2. Allouer des finances pour initier une politique d'allaitement sur le long terme avec des campagnes nationales pour banaliser l'allaitement.
3. Créer un cursus de base pour former les PS.
4. Rédiger un Guide national de "bonne pratique".
5. Mise en oeuvre complète du Code, assurer le suivi afin d'éviter les conflits d'intérêt de politiques d'allaitement avec le secteur pharmaceutique et agro-alimentaire.
6. Adopter des indicateurs selon le standard de l'OMS.
7. Allonger le congé de maternité à 6 mois.
8. Rédiger la politique ANJE-U, organiser des formations.

Annexe II : Pré-enquête statistique concernant l'allaitement maternel des bébés prématurés de 32 SA à 35 SA +6j, accueillis en néonatalogie au GHPP de Montélimar

1. Modalités de l'étude

Afin d'établir un premier état des lieux de l'accompagnement à l'allaitement des enfants prématurés dans notre service, j'ai réalisé une étude rétrospective quantitative, par reprise de dossier, sur le modèles des statistiques de l'IHAB.

J'ai ainsi respecté les définitions suivantes :

t = nombre d'enfants de la cohorte

tlm = nouveau-nés ayant reçu des tétées et/ou du lait de leur propre mère

tp = nouveau-nés non allaités à la sortie de néonatalogie

ta = nouveau-nés nourris au lait maternel au moment de la sortie de néonatalogie (et depuis plus de 24h)

dont **te** = nouveau-nés en allaitement maternel exclusif

ou **tc** = nouveau-nés en allaitement partiel (ou complété)

tb = nouveau-nés allaités à la sortie qui reçoivent des biberons, quel que soit le contenu des biberons (y compris le lait de la mère)

J'ai souhaité compléter ces définitions tirées des statistiques IHAB par les définitions suivantes :

tbu = nouveau-nés allaités à la sortie de néonatalogie, recevant le lait par biberon

tsb = nouveau-nés allaités à la sortie recevant le lait maternel par biberon et au sein

donc $tb = tbu + tsb$

ts = nouveau-nés allaités à la sortie recevant le lait maternel au sein

Ainsi $ta = tb (tbu + tsb) + ts$

La population étudiée a été définie par les critères suivants :

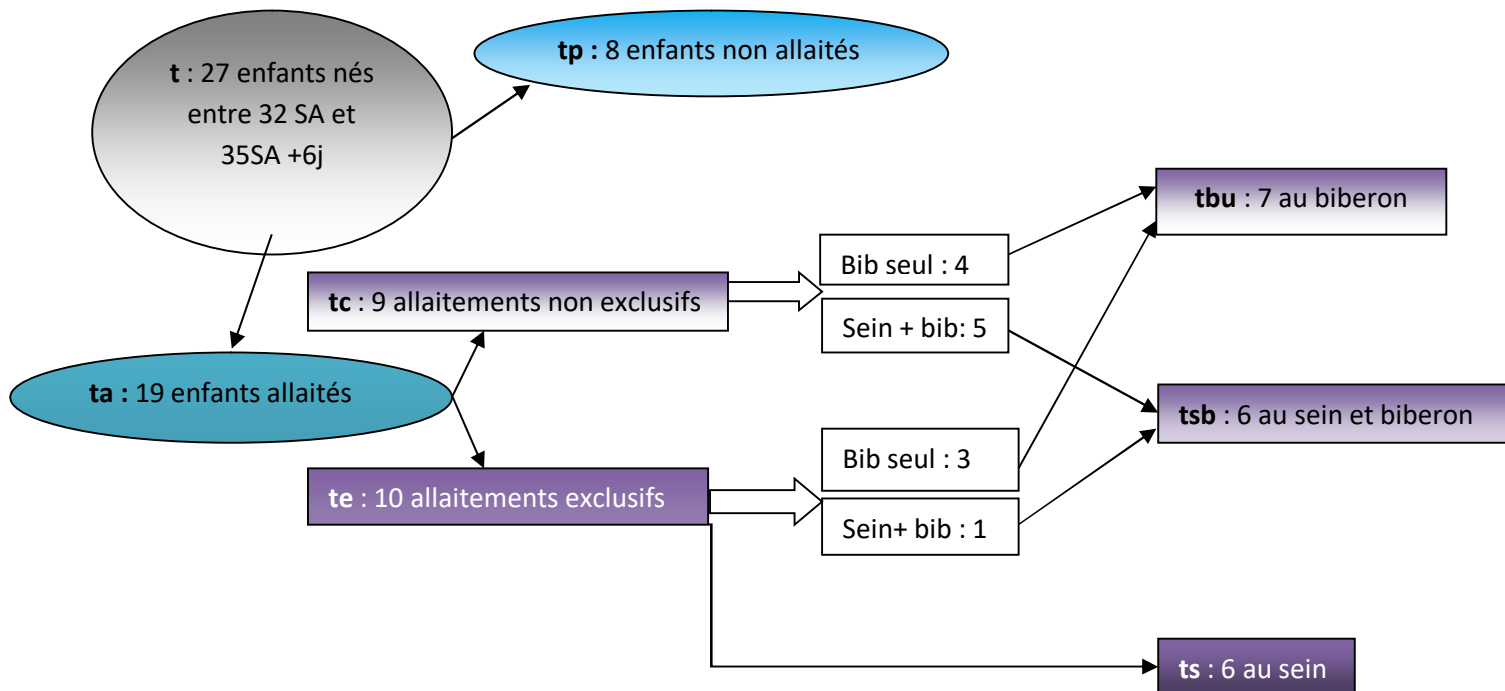
- Enfants nés avec un terme compris entre 32 SA et 35 SA +6j.
- Enfants ayant été admis dans notre service au plus tard à 48h de vie.
- Enfants qui sont sortis du service entre le 1/1/16 et le 31/10/16 (soit une étude sur 10 mois).

2. Résultats

La cohorte (**t**) étudiée comportait 27 enfants répondant aux critères définis.

Sur ces 27 enfants, 21 ont reçu du lait de leur mères (**tlm**) au cours de leur séjour en néonatalogie, soit 77,8 % des enfants. 2 mères ont cessé complètement l'allaitement durant le séjour.

→ Soit à la sortie du service :



Ainsi, sur les 19 enfants recevant du lait de leur mère :

- 10, soit 52.6 %, étaient allaités exclusivement (**te**), et 9, soit 47.4 %, l'étaient partiellement (**tc**)
- 6 étaient allaités exclusivement au sein (**ts**), soit 31.6 % et 22 % de la cohorte totale **t**
- 6 recevaient leur lait par le sein et le biberon, (**tsb**), soit 31.6 %, 7 recevaient le lait uniquement à l'aide du biberon (**tbu**), soit 36.8 %.

Le chiffre **tb** (**tsb**+**tbu**) qui représente le nombre d'enfants allaités recevant tout ou partie du lait maternel à l'aide d'un biberon était de 13, soit 68.4 %.

Tableau comparatif des variations de durée de séjour et de terme de sortie du service suivant les différents modes d'alimentation :

Mode d'alimentation	Terme de naissance moyen	Durée de séjour moyen en jours	Terme de sortie moyen
Tp : bébés non allaités	34 SA +4 j	10,75	36 SA+1j
Tbu : bébés recevant du LM (+/- du LA) au biberon	34 SA+1j	16,1	36 SA+3j
Tsb : bébés recevant le LM (+/- LA) au sein et au biberon	34 SA+4j	11	36 SA+1j
Tb : bébés recevant tout ou partie du LM (+/- LA) au bib	34 SA +3j	13,8	36SA +3j
Ts : recevant le LM au sein exclusif	34SA+4j	13,6	36 SA+4j

Annexe III : Questionnaire

Voici une liste de critères émanant des recommandations de l'initiative Hôpital ami des Bébé qui concernent tout particulièrement nos pratiques de soins dans le service de néonatalogie. Merci de noter entre 0 et 5 (0 : pas d'accord / 5 : totalement d'accord) vos ressentis concernant chaque critère. Je suis :

☐ Auxiliaire de puériculture

☐ Infirmière/Infirmière Puéricultrice

☐ Pédiatre

	Je pense avoir compris ce que cela veut dire/ implique	Cela m'inquiète	Cela va être facile à mettre en place/ à respecter	Cela va augmenter notre charge de travail	Cela m'intéresse/ me motive
Pour les femmes enceintes hospitalisées à risques d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade, les informer de façon <u>systématique</u> :					
des bénéfices de l'allaitement maternel (Q1)					
de la possibilité de nourrir leur enfant en tirant leur lait (Q2)					
de la conduite de l'allaitement et la lactation en néonatalogie (Q3)					
Dans le but de maintenir une proximité maximale mère/nouveau-né :					
Informar les parents de l'intérêt essentiel de leur présence auprès de leur enfant (Q4)					
Porter une attention particulière et continue à l'accueil et au bien-être des parents dans le service (Q5)					
Les accompagner dans les soins de leur enfant (dans l'esprit des soins centrés sur la famille) (Q6)					

Dans les 6 heures suivant la naissance :					
Aider à démarrer la lactation (tétées et/ou stimulation-expressions du colostrum, peau à peau si possible) (Q7)					
Démontrer l'expression manuelle à toutes les mères (Q8)					
Durant tout le séjour en néonatalogie :					
Privilégier le contact peau à peau et le proposer régulièrement en le présentant aux parents comme un soin (Q9)					
Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter (Q10)					
Proposer/utiliser des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome* (Q11)					
Utiliser des moyens alternatifs d'alimentation et accompagner les parents dans leur utilisation ** (Q12)					
Réserver l'usage de la sucette aux situations particulières (Q13)					
Réserver l'usage du biberon aux situations particulières (Q14)					

* Tétées au sein à l'éveil non complémentées sur une plage horaire définie +/- « rattrapage » à la fin de cette plage horaires (la quantité de la ration non prise au sein est répartie sur les tétées restantes pour que l'enfant ait sa ration complète sur 24h). Progression sur plusieurs jours en augmentant la durée de la plage « tétées au sein à l'éveil » et suppression du « rattrapage ». (Protocole médical)

** Méthodes alternatives d'alimentation : DAL, seringue, tasse

MERCI DE PENSER À COCHER VOTRE NOM ET À PRÉCISER SI VOUS ACCEPTEZ DE PARTICIPER À L'ENTRETIEN SUR LA LISTE DU PERSONNEL EN DÉPOSANT LE QUESTIONNAIRE DANS LA BOÎTE PRÉVUE À CET EFFET (bureaux des infirmières, pédiatrie et néonatal)

Annexe IV : Grille d'entretien commune à tous

1- De façon générale, les questionnaires ont donné les résultats suivants :

Retour de 100 % (35) : 5 pédiatres, 14 auxiliaires et 16 infirmières

Ressenti global vis-à-vis de l'IHAB (exprimé en score moyen) :

- Sentiment de compréhension : 4.75/5
- Inquiétude 0.8/5
- Sentiment de facilité d'application : 3.4/5 (et donc 1.6 de difficulté)
- Estimation de l'augmentation de la charge de travail : 1.4/5
- Intérêt et motivation : 4.4/5

□ Qu'en pensez-vous ?

2- Concernant l'accueil et la place des parents dans le service :

L'analyse des questionnaires a montré d'importants ressentis positifs liés aux recommandations concernant l'accueil des parents, mais l'équipe semble avoir des craintes et interrogations quant aux façons de leur donner leur rôle de partenaire de soins.

□ Comment envisagez-vous le partenariat avec les familles en néonate ?

□ Dans les services avancés dans la philosophie des soins centrés sur la famille, les façons de faire suivantes sont utilisées. Que pensez-vous de chacune d'elles ? Vous semblent-elles envisageables dans notre service ?

- Accompagnement puis autonomie des parents pour prendre leur bébé dans les bras (procédure debout), et/ou en peau à peau

- Possibilité de dormir dans le service pour les deux parents

- Prise en compte des fratries (peau à peau, animations)

- Les parents procèdent à l'alimentation par la sonde

Annexe V : Grille d'entretien spécifique aux pédiatres

A- Concernant l'information à donner en systématique aux mères hospitalisées (bénéfices de l'allaitement maternel, la possibilité de nourrir leur enfant en tirant leur lait, la conduite de l'allaitement et la lactation en néonatalogie)

Les pédiatres estimaient l'augmentation de la charge de travail bien plus importante que le reste de l'équipe. Par contre, les 3 recommandations étaient parmi celles qui les motivaient et les intéressaient peu.

☐ Comment envisagez-vous leur mise en application ?

☐ Qu'est ce qui pourrait la faciliter ?

B- Concernant le fait de proposer/utiliser des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome

Cette recommandation a également suscité une estimation de la part des pédiatres d'une importante augmentation de la charge de travail, mais cette recommandation les intéressait et les motivait.

☐ Comment envisagez-vous sa mise en application ?

☐ Qu'est ce qui pourrait la faciliter ?

C- Avez-vous des commentaires ?

Annexe VI : Grille d'entretien spécifique aux infirmières et aux auxiliaires

I- Concernant l'expression manuelle

Le fait de **démontrer l'expression manuelle à toutes les mères dans les 6 heures a provoqué le plus de ressentis négatifs** (cela inquiétait 40 % des personnes, et elle faisait partie des 3 recommandations les plus inquiétantes, les plus difficiles à mettre en place et les moins motivantes).

- ☐ Pourquoi selon vous ?
- ☐ Comment envisagez-vous sa mise en application ?
- ☐ Qu'est-ce qui pourrait la faciliter ?

II- Concernant l'usage de la sucette, du biberon et des alternatifs d'alimentation et accompagner les parents

Réserver l'**usage de la sucette et du biberon** aux situations particulières motivait le moins l'équipe. Cela a également suscité de l'incompréhension et de l'inquiétude.

Utiliser des **moyens alternatifs d'alimentation et accompagner les parents** dans leur utilisation inquiétait, et était estimé assez difficile à mettre en place, et susciter du travail en plus.

- ☐ Pourquoi selon vous ?
- ☐ Comment envisagez-vous sa mise en application ?
- ☐ Qu'est ce qui pourrait la faciliter ?

III- Avez-vous des commentaires ?

Annexe VII : Trois témoignages

- 1) Comment avez-vous décidé d'engager votre établissement dans la démarche IHAB ?
- 2) Quels sont les bénéfices pour vous, votre équipe et pour les familles que vous accueillez ?

Réponse Clinique de la Sagesse, Rennes (35), 3 300 naissances/an (IHAB depuis 2016)

1) Nous avons depuis longtemps chez nous un terreau favorable à l'implantation d'un tel programme, c'est-à-dire des équipes motivées, soudées, intéressées par le "mieux prendre soin" des bébés, des parents. Nous avons donc rencontré l'équipe de Ploërmel, labellisée depuis peu, fin 2012 début 2013.

Ensuite nous avons fait des rencontres avec chaque corps de métier de notre établissement (puéricultrices, médecins, sages-femmes, direction, CME, syndicats, ASH, AP AS) pour savoir si le "oui on y va" l'emportait. Ce fût le cas ! Le directeur de l'époque a ensuite signé l'entrée dans la démarche en 2013, puis nous avons lancé un groupe projet de trois personnes (2 pédiatres, 1 puéricultrice) et un comité de pilotage. Les groupes de travail ont démarré jusqu'au passage des experts en juin 2016.

2) Les bénéfices sont multiples à savoir que ce projet a fédéré l'équipe, l'a aussi redynamisée. Nous avons pu revoir nos protocoles, harmoniser nos pratiques. Nous avons systématisé le peau à peau en césarienne, quand le bébé va bien !! Les personnes du bloc ont été fort intéressées par la physiologie du peau à peau et ses effets immédiats pour le bébé et les mamans !! Le retour des parents est très positif. Il y a moins de discours contradictoire nous disent-ils !

Bien sûr tout est à travailler encore et encore, mais le socle semble plus solide !

Dr Nolwenn Decaux-Ferré pour le groupe projet de la Sagesse, Rennes (35)

Réponse du CH de Mont de Marsan (40), (IHAB depuis 2006, néonate depuis 2016)

1) La maternité de notre établissement était déjà labellisée et les modifications de certaines pratiques qui devenaient plus physiologiques montraient l'intérêt pour les bébés et les familles.

La néonate était déjà engagée dans un travail sur les soins de développement, beaucoup de thèmes de travail sont communs avec les recommandations de l'IHAB (peau à peau, présence et intégration des parents dans les soins et dans le service, respect des rythmes et besoins des nouveau-nés...).

2) La démarche qualité que propose l'IHAB a structuré notre démarche et nous a aidé à nous organiser. Souvent il y a de bonnes idées dans les services mais on ne sait pas par où commencer, l'IHAB nous donne une méthode et une personne nous soutient par contact téléphonique tous les mois. Ce qui est très stimulant pour le COPIL. Les pratiques soignantes ont été discutées au sein du pôle et formalisées dans un référentiel commun maternité-néonate.

Nous avons ainsi pu harmoniser des pratiques et des protocoles. Les équipes peuvent se référer à cet outil. Les équipes sont mieux formées de par les formations imposées aux nouveaux membres de l'équipe (dans les 6 mois) et de par l'accompagnement des pratiques cliniques de chacun, que nous avons choisi de faire par compagnonnage.

Enfin, l'obtention du label a été vécue comme une reconnaissance d'un travail de qualité fait par toute l'équipe auprès des nouveaux nés et de leur famille.

Caroline TAUZIN, Cadre de santé Pédiatrie-Néonatalogie

Réponse de la maternité du CH d'Hazebrouck (59), 850 naissances/an (IHAB depuis 2016)

Pour faire suite à votre demande, voici quelques renseignements concernant notre maternité d'Hazebrouck qui a été labellisée en décembre 2016. C'est une maternité publique de niveau 1, réalisant environ 850 naissances par an, et rattachée au réseau de périnatalité OMBREL, dans le Nord.

Nous avons décidé d'engager notre établissement dans la démarche suite à un séminaire sur l'IHAB organisé par le réseau OMBREL à Lille en juin 2012. Une gynécologue-obstétricienne, une puéricultrice coordinatrice et moi-même sage-femme consultante en lactation y avons participé.

Plusieurs maternités étaient déjà labellisées dans notre région... pourquoi pas nous ?

Nous avons par ailleurs réalisé que nous respections déjà certaines recommandations dans nos pratiques et que nous étions en adéquation avec l'état d'esprit de l'IHAB (respect des rythmes, individualisation, soutien à l'allaitement...)

C'est ainsi que nous avons engagé notre démarche, avec le soutien de notre administration et de l'ensemble de l'équipe.

Concernant les bénéfices

•Pour l'équipe :

-une formation de qualité par l'organisme Co-Naître pour l'ensemble du personnel qui a permis d'harmoniser les pratiques

-un changement dans les pratiques avec un rôle plutôt d'accompagnement des familles

-un état d'esprit qui respecte davantage les besoins individuels de chaque famille

-un cheminement vers le respect de la physiologie en salle de naissance avec la création d'une salle nature, le développement de l'utilisation de l'homéopathie, de l'acupuncture, mais aussi les massages , le portage en écharpe...

-le travail en réseau avec davantage de liens créés avec les partenaires extérieurs (Médecins, sages-femmes libérales, PMI et associations de soutien à l'allaitement)

-une dynamique d'équipe qui valorise aussi les professionnels

-davantage de cohésion dans l'équipe...

•Pour les familles :

-une prise en charge plus respectueuse des besoins de chaque couple (les projets de naissance sont encouragés), avec un respect de la physiologie

-un plus grand respect des rythmes et du sommeil du nouveau-né et de ses parents

-des soins réalisés par les parents (changes, soins de cordon, bains...), accompagnés d'un soignant qui les guide vers l'autonomie

-davantage de papas présents et impliqués pendant le séjour en maternité

-une meilleure information pendant la grossesse

-de nombreux couples nous témoignent leur satisfaction, ont remarqué les changements et apprécient cette évolution dans l'accompagnement

Voici, pêle-mêle, quelques bienfaits que cette démarche nous a apportés.

Nous sommes à votre disposition pour tout autre renseignement

Manuella Bafcop (Sage-femme Consultante en lactation IBCLC), pour le comité de pilotage

Bibliographie

¹Didierjean-Jouveau C. Histoire de l'allaitement au 20^esiècle. 2016.

<http://www.claude-didierjean-jouveau.fr/2016/06/12/histoire-de-lallaitement-20-siecle/>

²Rocques N. Au sein du monde. Paris : L'Harmattan ; 2006.

³ Boycott de Nestlé. https://fr.wikipedia.org/wiki/Boycott_de_Nestlé

⁴ HAZAN P. Le lait pour bébé, plaie des pays pauvres. 1,5 million de nourrissons meurent chaque année faute d'être alimentés au sein ; 25 Mai 1998.

http://www.liberation.fr/planete/1998/05/25/le-lait-pour-bebe-plaie-des-pays-pauvres-15-million-de-nourrissons-meurent-chaque-annee-faute-d-etre_236961

⁵OMS. Code International de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève. OMS ; 1981.

http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf

⁶ OMS & UNICEF. Protection, encouragement et soutien à l'Allaitement maternel, le rôle spécial des services liés à la maternité. Genève : OMS ; 1989

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39875/9242561304_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁷ OMS&UNICEF. Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel. 1990. www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html

⁸ OMS. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement. Genève.1999.

http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf

⁹ OMS. Allaitement. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>

¹⁰ OMS&UNICEF. Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève : OMS ; 2003.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42680/9242562211.pdf;jsessionid=0619FDD1C038288702B5BE6B5DA68DD5?sequence=1>

¹¹ Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. Deuxième Plan d'action Européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, Copenhague : OMS ; 2008.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74407/E91309.pdf

¹² OMS&UNICEF. Déclaration Innocenti sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 2005.

www.innocenti15.net/declaration_french.pdf

¹³Société Française de Pédiatrie& Ministère de la Santé, des Solidarités et de la famille. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère.2005.

www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf

¹⁴ANAES / Service recommandations et références professionnelles / mai 2002/Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf

¹⁵HAS. Favoriser l'allaitement maternel. Processus-évaluation. 2006.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser_lallaitement_maternel_processus_-_evaluation_guide_2006.pdf

¹⁶Pr Truck D. Plan d'action : Allaitement maternel. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Rapport. Juin 2010.

¹⁷ HCSP. Pour une Politique Nationale Nutrition Santé (PNNS) 2017-2021 – Septembre 2017
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=632>

¹⁸ Résultats du Rapport 2016 de l'Observatoire national de la petite enfance. Dossier de presse. Décembre 2016
<https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/DCom/Presse/Communiqu%C3%A9s%202016/06122016DossierPresse.pdf>

¹⁹Le Monde. Le recours au congé parental en forte baisse. Juin 2017.
http://www.lemonde.fr/societe/article/2017/06/16/le-recours-au-conge-parental-en-forte-baisse_5145446_3224.html

²⁰ Darmangeat V. Blog A tire d'Ailes. Vos réponses : vos collègues et l'allaitement. Février 2018.
<http://www.lactissima.com/a-tire-d-ailes/vos-collegues-et-lallaitement/>

²¹Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, and Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2012.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/20150623_cnnse_epifane.pdf

²²INSERM et DREES. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017.
http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

²³ PNNS 2011-2015.
<http://www.mangerbouger.fr/pro/le-pnns/pnns-106/connaitre-le-pnns/le-pnns-2011-2015.html>

²⁴ Noirhomme-Renard et al. Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ? UCL-RESO Unité d'éducation pour la santé. Juillet 2006.

²⁵ Coussement C. Il est nécessaire de former les équipes soignantes. Les dossiers de l'obstétrique (Février) 2000.

²⁶ Bell L. Enquête sur la situation de l'allaitement maternel en Estrie. Octobre 2006.

²⁷ Pour le droit au soutien à l'allaitement maternel. Lire les témoignages des mères.
<https://sites.google.com/site/droitausoutienpourelallaitement/lire-quelques-extraits-des-temoignages>

²⁸ Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, Miroshnik I, Lieu TA. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*, Vol. 113, N°4, 2004.

²⁹Sautriau H. Représentations sociales de l'allaitement maternel. Mémoire de DIU en lactation humaine et allaitement maternel. Faculté de médecine de Grenoble.2009-2010.

³⁰ SOS Préma, Société Française de Néonatalogie. Premiers contacts avec les unités de néonatalogie et participation des parents aux soins de leur enfant- Enquête sur le ressenti des parents d'enfants hospitalisés à la naissance. Dossier n°1. Janvier 2015.

³¹ Nyqvist K.H. Allaiter l'enfant prématuré ou malade.6^e Journée Internationale de l'Allaitement. Paris, 18 mars 2005.

³²Bonet M, Blondel B, Zeitlin J et Mosaic research group INSERM, UMR S 146, IFR 69.Communication orale, journées de recherche en néonatalogie. Paris 2008.

-
- ³³ Montjoux-Regis N et al. Allaitement maternel du prématuré. Archives de pédiatrie 2009 ;16 : 833-834
- ³⁴ Vessiere-Varigny M., Garlantezer R., Gremmo-Feger G., Collet M., Sizun J. Allaitement maternel du nouveau-né prématuré : évaluation prospective dans une maternité universitaire. Archives de Pédiatrie 2010 ;17:1416-1424
- ³⁵ Kersuzan c, Gojard S, Tichit c, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête elfe maternité, France métropolitaine, 2011. Bull épidémiol hebdomadaire. 2014;(27):440-9.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html
- ³⁶ Nyqvist KH, Kylberg E. Application of the Baby Friendly Hospital Initiative to Neonatal Care: Suggestions by Swedish Mothers of Very Preterm Infants. J Hum Lact. 1 août 2008;24(3):252-62.
- ³⁷ Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. Pediatrics. 2002 Apr;109(4):e57.
- ³⁸ Casper C. Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie ? Médecine et Hygiène. Revue Devenir, Volume 24. 2012/1.
- ³⁹ Durand A. Tessier A. Fort M. Jacquet C. Lacroix M. Rousseau K. Hay F. Influence des pratiques de soins sur le temps de présence des parents en néonatalogie. Cahiers de la puéricultrice n°311. Novembre 2017.
- ⁴⁰ COFAM. L'historique de l'association.
<http://www.coordination-allaitement.org/index.php/la-cofam/presentation/l-historique/8-l-historique>
- ⁴¹ IHAB France. Les 12 recommandations. www.amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf
- ⁴² IHAB France. Communiqué de presse du 11 Décembre 2017.
https://www.coordination-allaitement.org/images/actualites/actudivers/CDP_DEC_17-11.12.pdf
- ⁴³ Groupement Hospitalier de Territoire Sud Drôme Ardèche. Avenant N°2 à la convention constitutive du GHT SDA. 30/06/2016
https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2017-11/Avenant2_partie%201_GHT%20Sud%20Drome%20Ardeche.pdf
- ⁴⁴ Fontaine Gavino K. Gonon V. La santé de la mère et de l'enfant dans la Drôme-Données 2015- Données issues des certificats de santé du 8^{ème} jour. Observatoire Régional de la Santé Rhône Alpes. 2017.
- ⁴⁵ Sargiacomo N. Comment faire pour démarrer concrètement l'IHAB ? 1^{ère} journée nationale IHAB. 28 Novembre 2007.
<https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Comment-faire-pour-demarrer-IHAB-Journee-IHAB-2007.pdf>
- ⁴⁶ IHAB. Données statistiques sur l'alimentation des nouveau-nés à recueillir en néonatalogie dans le cadre de l'IHAB. <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/2014/STATS-IHAB-NEONAT-avril2014.pdf>
- ⁴⁷ Glorieux I, Montjoux N, Bloom MC, Casper C. Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents. Devenir 2012/1 (Vol. 24), p. 45-53.
- ⁴⁸ Graine de paix. Bienveillance. <http://www.grainesdepaix.org/fr/ressources-de-paix/dictionnaire-paix-education/bienveillance>