

Comment faire pour démarrer concrètement l'IHAB ?

Nadine SARGIACOMO

Sage-femme, CH Mont de Marsan.

Les 10 conditions ont été écrites dans un ordre logique mais qui ne correspond pas à leur mise en place au sein d'un service. Il n'est pas possible de mettre en route ce projet condition après condition. L'IHAB est avant tout un état d'esprit, une remise en question permanente du « on a toujours fait comme ça » et ce dans le but de toujours s'améliorer. Cette envie de nouveauté, de travailler différemment est indispensable à la réussite du projet.

Et si on commençait demain ? Oui ! Par quoi ?

Idée première : Tous les nouveau-nés du monde naissent avec des réflexes archaïques et des besoins fondamentaux, qui dépendent du cerveau primitif et non pas du cortex.

Les réflexes sont systématiquement recherchés par tous les pédiatres, le reste étant le plus souvent dédaigné. Pourquoi ? Pourquoi la médecine moderne a-t-elle occulté une partie du « patrimoine génétique » de cet individu qui arrive et dont les besoins sont les mêmes partout sur la planète, depuis toujours et encore d'actualité en 2007.

L'accueil du tout-petit est différent selon l'endroit où il naît, alors que tous s'attendent à recevoir la même chose. Nos bébés ne savent pas qu'ils naissent en France au début du XXI^{ème} siècle.

Comparons en quelques mots clés les besoins du nouveau-né avec le quotidien de la plupart de nos maternités:

- contact, odeur de la mère, chaleur, lait.....
- séparation, aspiration, pleurs, froid, dextros, compléments.

Pourquoi tant d'opposition ? Pour la technicité ? Pour la sécurité ?

Pour montrer que nous ne sommes ni en Afrique, ni au Moyen Age ?

Concrètement, est-il possible d'instaurer dans nos maternités le respect des besoins du nouveau-né tout en restant à la pointe de la technologie médicale ?

Pouvons-nous être « amis des bébés » et « amis de la médecine » ? C'est toujours à ce niveau que les détracteurs nous attendent, lorsqu'on se lance dans le projet IHAB. Soyons donc irréprochables.

Avant de choisir par quels moyens commencer dans un service, posons-nous d'abord les bonnes questions.

Voici comment nous avons commencé à la maternité de Mont de Marsan : en nous réunissant d'abord en petit groupe (4 à 5 personnes, les plus motivées...) pour réfléchir sur nos pratiques, et en dégagant des réponses concrètes que nous expérimentons.

1) Pourquoi faisons-nous des dextros ?

Pour rechercher une hypoglycémie éventuelle. Pourquoi rechercher cette hypoglycémie ? Parce qu'elle existe, parfois, indéniablement.

Pourquoi existe-t-elle ? Parce que le nouveau-né a subi un stress excessif, qu'il a eu froid et qu'il a surconsommé ses réserves.

Qu'avons-nous fait pour qu'elle survienne ? Nous avons exposé ce bébé au froid, à la douleur et au stress, et ce volontairement, pour sa propre sécurité.

Avons-nous donc provoqué sciemment cette hypoglycémie ? Que faire maintenant ? Donner un complément de lait. Quel lait ?

2) Pourquoi sépare-t-on le nouveau-né et sa mère dès la naissance ?

Pour l'examiner, l'aspirer, puis le laver et enfin le surveiller.

Pourquoi l'aspirer ? Pour vider son estomac (pourquoi ?), et rechercher une atrésie de l'oesophage éventuelle. Fréquence ? Intérêt du « systématique » ? Peut-on aspirer un enfant sans le séparer de sa mère ?

Pourquoi l'examine-t-on ? Parce que parfois, c'est vrai, on retrouve une anomalie. Peut-on examiner un enfant sans le séparer de sa mère ?

Pourquoi lave-t-on un nouveau-né ? Parce qu'il est sale ? Il est sale de quoi ? De liquides biologiques, certes stériles, mais inconfortables. Peut-on enlever ces liquides biologiques sans le séparer de sa mère ?

Et enfin, pourquoi le surveiller ? Parce qu'après lui avoir fait subir tout ça, il vaut mieux ! Peut-on surveiller un enfant sans le séparer de sa mère ?

Reprenons au début et essayons de trouver des solutions concrètes

Comment supprimer les dextros ? En ne trouvant que des résultats normaux et non en décidant de les supprimer tout bonnement...

Comment faire pour qu'ils soient normaux ? En ne provoquant pas d'hypoglycémies iatrogènes, donc en supprimant toutes les causes de pleurs, refroidissement, douleurs et autres stress. Comment faire ?

Voici quelques propositions:

- Tout d'abord en salle des naissances :

Laisser l'enfant en peau à peau avec sa mère : oui MAIS sans interruption du contact, dans une pièce chauffée, sans courants d'air, bien le sécher, l'examiner (sommairement) sur le ventre de sa mère, puis le couvrir avec un linge chaud, lui mettre un bonnet et le SURVEILLER. Il est très important d'informer les parents sur la surveillance, notamment les primipares. On peut aussi prendre sa température, prélever du liquide gastrique, sans le séparer de sa mère.

Si on soupçonne qu'une atrésie de l'oesophage est possible, (hydramnios, signes échographiques, grossesse non suivie, hypersalivation), on **doit** faire une aspiration gastrique doublée d'un test à la seringue (soyons irréprochables), mais toujours sur le ventre de sa mère.

Voilà, il est propre, sec, examiné, parfois aspiré, toujours surveillé et il n'a pas quitté sa mère, n'a pas eu froid, n'a pas pleuré. Il aura un bon dextro et... il est là où il doit être.

En pratique très concrète : la température de la pièce aura été augmentée et le père pourra donc être torse nu sous sa blouse, les portes auront des grooms pour éviter les courants d'air, on aura chauffé des serviettes éponges apportées de la maison pour sécher le bébé, les électrodes maternelles du scope seront placées de façon à ne pas le blesser, la table de réanimation sera prête au cas où, l'aspiration sera mobile de façon à pouvoir atteindre le ventre de la mère, on aura différé les soins de routine : poids, collyre, vitamines, (+/-bain) donc l'organisation du travail des aides soignantes et des sages-femmes en sera modifiée (lavage des instruments, constitution du dossier...).



- Puis en suite de couches :

Respecter les rythmes du bébé (sommeil, repas, éveil calme ou agité) et toujours éviter le froid, les pleurs, la douleur.

Concrètement : **Comment limiter le refroidissement?**

Est-on obligé de peser un enfant à J1 ? Il aura forcément perdu du poids.

N'est-il pas plus judicieux d'attendre le lendemain ? Le jour où il sera forcément déshabillé pour la visite du pédiatre ? Et en attendant le pédiatre, faut-il déshabiller tous les bébés à la chaîne, quitte à les laisser ¼ d'heure tout nu ? Oui, pour gagner du temps. Le temps de qui ?

Un bébé qui dort paisiblement dans son berceau est-il sale en dehors du siège qui est lavé à chaque change ? Puisqu'on ne l'a pas déshabillé pour le peser, faut-il le déshabiller pour le baigner ?

Comment limiter les pleurs ?

Pourquoi attendre qu'un bébé pleure pour le nourrir ?

Pourquoi le laisser pleurer dans son berceau ? Pourquoi le faire patienter s'il a envie de téter ? À cause de l'heure du bain ? Ou sous prétexte qu'il a déjà tété ?

Ne peut-il pas, par exemple, être baigné après la tétée ?

N'aura-t-il pas le droit de prendre « son petit dessert » un peu plus tard, comme la plupart d'entre nous ?

Les rythmes normaux des bébés (fréquence des tétées, besoin de contact...) sont inconnus de la majorité des mamans (et des soignants), et les périodes de pleurs sont souvent mal vécues. Peut-on l'installer en sécurité dans le lit de sa mère ? Oui, mais sous certaines conditions (barrières, matelas ferme, quelles positions etc...). Ne pas oublier non plus qu'il y a des contre-indications formelles au sommeil partagé (tabac, grande fatigue, obésité...).

Si on conseille le portage pour les moments difficiles de la journée, il faut montrer aux mères la technique et donc avoir des écharpes dans le service.

Comment limiter la douleur?

Un nouveau-né qui a subi un accouchement long et difficile aura déjà consommé beaucoup de ses réserves. Faut-il le laisser avoir mal s'il est douloureux ? Non, il existe des médicaments.

Y a-t-il dans le service des protocoles antalgiques systématiquement proposés aux bébés douloureux ?

Peut-on diminuer la douleur d'une simple prise de sang ? Oui, en faisant téter le bébé. Il est facile de faire un bilan sanguin à des bébés nourris au biberon qui tètent un tétine de «canadou* ». Il sera moins aisé de faire une prise de sang à celui qui sera au sein..... Cela va nécessiter un aménagement du matériel et de l'installation du soignant (ex : tabouret pour le préleveur et matériel de ponction à la bonne hauteur)

Chaque question ou réflexion de ce texte peut-être une piste pour que vous puissiez démarrer, et peut faire l'objet d'un thème de réunion dans votre service. Il en existe bien d'autres, à vous de trouver ce qui vous convient le mieux.

Tout ce que j'ai écrit dans ce texte est déjà mis en place dans notre service, et bien d'autres choses encore.

Nous avons commencé en décembre 2001 à réfléchir sur nos façons de travailler, et nous n'avons jamais arrêté depuis !

Il n'est pas possible de tout démarrer en même temps, c'est un travail de longue haleine. L'IHAB est un projet qui avance à petit pas, et chaque nouvel acquis est une grande victoire.

JE SAIS QUE JE N'AI PAS ENCORE PARLE D'ALLAITEMENT MATERNEL ! Volontairement, pour deux raisons :

La première est que les meneurs du projet sont souvent des personnes convaincues de l'intérêt de l'allaitement, connues pour cela dans leur service, et aimées ou pas pour les mêmes raisons. Je suis personnellement de plus en plus persuadée qu'on peut démarrer un projet IHAB sans parler d'allaitement, sujet qui cristallise toutes les passions ! Pourquoi? Parce qu'au départ, il est absolument nécessaire de trouver un thème qui va fédérer toute une équipe, et ce n'est sûrement pas celui là, malheureusement.

Tout ce qui améliore le bien-être du bébé donne des résultats satisfaisants, rapidement, avec un bon retour de la part des parents, ce qui valorise le travail des soignants.

Il n'est pas non plus nécessaire de convaincre tout le service pour démarrer, et heureusement d'ailleurs ! Un petit groupe peut commencer avec une expérience, et devant des résultats positifs, les autres suivront. Il est clair qu'avoir l'appui d'un cadre du service ou d'un médecin est hautement facilitateur, et s'il s'agit du chef de service, ce n'est que mieux.

A défaut d'appui, il sera bon d'avoir au moins son accord pour remplir une déclaration de mise en route, que vous enverrez à la CoFAM.

La deuxième raison est que le projet est mis en place pour tous les bébés du service, car il profite à tous. Je dirais même qu'il est encore plus utile pour les bébés nourris au biberon qui auront forcément moins de proximité avec leur mère. Ce n'est pas un label « ami de l'allaitement », c'est le label « ami des bébés », de tous les bébés, ne l'oublions pas.

Voilà pour ce qui concerne le démarrage.

Une fois les petites expériences débutées dans le service, la clé de la réussite,

C'est LA FORMATION

C'est alors le bon moment pour parler d'allaitement.

Si des changements (même petits !) ont déjà été mis en place, le premier groupe qui va recevoir la formation va revenir « encore plus convaincu qu'avant » et va vouloir partager les connaissances avec ses collègues et les appliquer. Ceci entraînera une demande de la part des autres et fera enchaîner les séances de formation, le tout provoquant un effet boule de neige. Je pense donc qu'il faut avoir déjà débuté concrètement le projet, ou au minimum être dans l'envie de nouveauté, de changement, pour que démarre le cercle vertueux de l'enthousiasme, provoqué par la formation.

Il n'y a rien de pire pour le projet qu'un «flop» au retour du premier groupe formé.

Imaginez l'amertume de ces personnes, essayant de mettre en pratique leurs nouvelles connaissances dans l'indifférence, voire l'incompréhension générale.

Maintenant que vous avez bien démarré le projet et que la formation est en cours, il est temps de vous réunir pour remplir votre première auto-évaluation ! Pas de panique, il y aura bien plus de «non» que de «oui» ! Le plus important, c'est de progresser, peu importe si l'arrivée est loin. N'ayez pas honte d'envoyer ce premier état des lieux, les suivants seront mieux. Je vous conseille d'en remplir une chaque année pour suivre l'évolution du projet et re-mobiliser toute l'équipe !

Vient ensuite le moment d'écrire la politique du service et d'afficher votre charte de l'allaitement. Vous assumez alors clairement et aux yeux de tous, votre façon de travailler. C'est un grand pas en avant.

Ensuite, tout n'est qu'une question de temps. Deux ans ? Cinq ans ? Peu importe.

Le principal c'est d'avancer, toujours avancer, convaincre, passer les moments de découragement, rebondir, travailler encore, jusqu'au jour où il n'y aura que des «oui» à cocher sur la fiche d'auto-évaluation.

Alors, lancez-vous dans cette belle aventure, nous vous attendons!