CANDIDATURES

PRIX POSTER 2018

L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF
Intérêt et Facteurs de risque d'administration des compléments de lait artificiel chez le nouveau-né

BARBARIA Sarah, Sage-Femme D.E., DIU Lactation Humaine et Allaitement Maternel
Directeur de Mémoire : GALMICHE Florence, Sage-Femme D.E., Consultante en Lactation IBCLC

Contexte

L'intérêt et l'importance de l'allaitement maternel exclusif (AME) , notamment lors du démarrage de l'allaitement maternel, ne sont plus à prouver. Cependant, l'apport de compléments de lait artificiel est une pratique courante en maternité.

Problématique

Quelle est la proportion de nouveau-nés « complétés » au service de maternité ? Comment et pourquoi le sont-ils ? Quels sont les facteurs de risque pouvant entrainer l'usage de compléments ?

Objectifs

✓Connaitre le taux d'AME
✓Dépister les facteurs de risque pouvant entrainer l'utilisation de compléments
✓Identifier les facteurs influençant l'allaitement à la sortie.

Méthode

✓**Type de recherche** : Étude descriptive prospective
✓**Terrain** : Maternité "Le Parc", Hôpitaux Civils de Colmar (68), niveau 2B, 2000 accouchements/an
✓**Durée** : 1er janvier au 30 avril 2016
✓**Population** : tous les nouveau-nés allaités séjournant en maternité
✓**Mode d'intervention** : document de suivi de l'enfant depuis la salle de naissance jusqu'à la sortie de maternité, placé dans le dossier médical et rempli par chaque soignant
✓**Méthodologie** : analyses monovariées et multivariées réalisées par régression logistique

Résultats

Échantillon : **324** nouveau-nés sur 615 accouchements en 4 mois

Allaitement Maternel exclusif (AME)	VS	Allaitement Maternel « complété » (AMC)
55,86%		**44,14%**

Facteurs favorisant l'AME en maternité :

✓Multiparité
✓Antécédent d'allaitement et sa durée
✓Naissance à terme
✓Meilleur score d'Apgar à 1 minute de vie
✓Mode d'accouchement par voie basse normale
✓Absence d'anesthésie
✓Précocité et efficacité de la 1ère tétée

Les indications de recours aux compléments sont à **90% des indications non médicales**

Facteurs influençant l'AME à la sortie de maternité :

✓Multiparité
✓Antécédent d'allaitement
✓Accouchement par voie basse normale
✓Absence d'anesthésie
✓Meilleur score d'Apgar à 5 minutes de vie
✓1ère tétée efficace
✓Absence de recours au biberon pour administrer un complément
✓Nombre de compléments donnés à l'enfant

Stratégies d'actions

✓S'assurer d'une 1ère tétée précoce et efficace en salle de naissance
✓Organiser un suivi personnalisé de chaque enfant allaité par une consultation de lactation
✓Organiser la formation continue et s'assurer de la disponibilité du personnel soignant
✓Etablir un protocole d'indications de compléments afin de mieux encadrer leur administration
✓Elaborer un document d'informations pour les mères allaitantes expliquant l'intérêt de l'AME
✓Créer un groupe de parole permettant aux mères d'échanger leur vécu et difficultés

Un **accompagnement adapté et personnalisé** reste l'élément essentiel pour assurer le meilleur pour chaque enfant.

Respect de la physiologie de la naissance

Bibliographie
-Bigot S, Lionnet C, Perrotin F, Saliba E. Recours aux compléments à la maternité chez les nouveau-nés allaités, Arch Ped 2012; 19 : 1282-1288.
-Gremmo-Feger G. Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ?, Journée Nationale sur l'IHAB en France, Paris, 2007.
-Haute Autorité de Santé. Favoriser l'allaitement maternel : Processus et évaluation. HAS 2006.
-World Health Organisation. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. Geneva, 2001.
-World Health Organisation/UNICEF, Acceptable medical reasons for use of breast milk substitutes, 2009.

1er prix 2018 - Jelouemontirelait.com

Alice BOCOGNANO
Sage-femme Maternité CH La Ciotat
Formateur Co-Naître©

INTRODUCTION

Les récentes recommandations de pratiques cliniques qui tendent vers une prise en charge du travail raisonnablement médicalisée sont devenues une préoccupation quotidienne dans nos salles de naissance. Pour adopter une attitude moins interventionniste, la participation active des femmes et de leur partenaire durant le travail est nécessaire. La maternité concernée par l'étude est une structure de type 1 qui voit naître environ 900 enfants par an. Elle détient le label « Initiative pour un Hôpital Ami des Bébés » (IHAB) depuis 2011.

A l'occasion d'une session de travail, le constat a été fait de la nécessité de trouver un outil, permettant une évaluation de la douleur, qui mutualiserait douleur et comportement et qui pourrait soutenir la participation active des futurs parents.
Inspiré de l'algorithme « The Coping With Labor Algorithme » créé en 2001 à l'Hôpital Universitaire de l'Utah, nous avons implementé un outil adapté à notre unité et nos pratiques locales.

On parle de « coping » (faire face) pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive.

L'IMPLÉMENTATION D'UN ALGORITHME D'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT DE LA FEMME EN TRAVAIL CONSTITUE-T-ELLE UNE AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS APPORTÉS PAR LES SAGES-FEMMES ?

OBJECTIF DE L'ETUDE

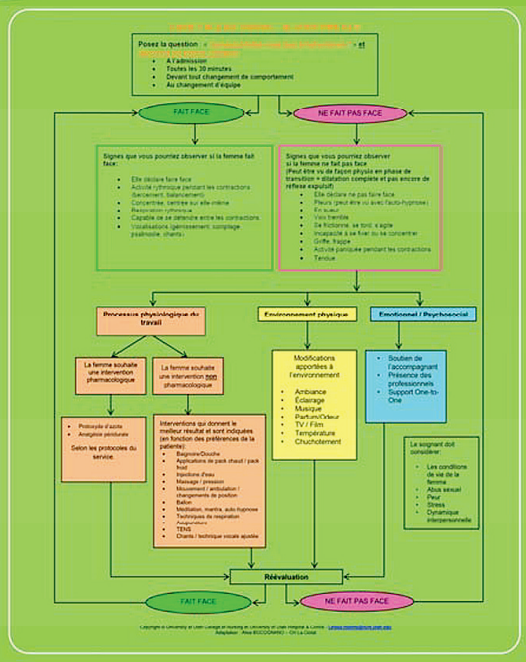
Un outil d'évaluation du comportement de la femme en travail permet-il de soutenir la participation active et constitue-t-il une amélioration de la qualité des soins du point de vue des sages-femmes?

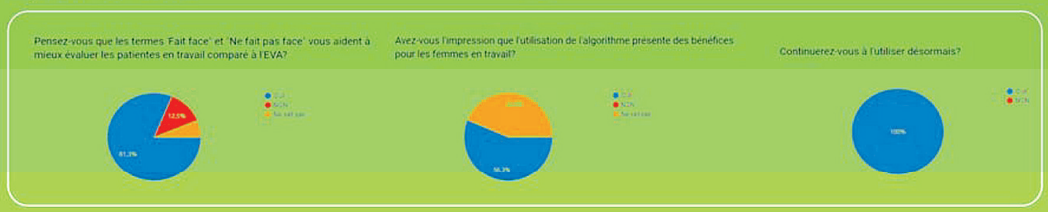
MATÉRIEL ET MÉTHODE

Etude rétrospective, qualitative, de satisfaction de l'utilisation de l'outil auprès des sages-femmes de la maternité du CH de La Ciotat à partir d'un questionnaire en ligne.

RÉSULTATS

L'implémentation de l'algorithme s'est faite sans difficultés et sans formation spécifique.
Plus de 80% des sages-femmes considèrent que l'algorithme est plus pertinent pour évaluer la douleur que l'échelle visuelle analogique (EVA) et qu'il constitue en cela une amélioration dans l'évaluation de la capacité des femmes à « faire face » à leur travail.
Les sages-femmes considèrent majoritairement que l'algorithme présente des bénéfices pour les femmes en travail notamment en leur permettant de prendre conscience de leurs propres ressources et de les mobiliser.
La majorité des sages-femmes considère que l'algorithme les aident à proposer un accompagnement de meilleure qualité centré sur la personne.
La totalité des sages-femmes souhaitent continuer à utiliser l'algorithme dorénavant.





CONCLUSION

L'utilisation de cet algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail comparé à l'EVA est plus pertinente et constitue une amélioration dans l'évaluation de la capacité des femmes à « faire face » au travail de l'accouchement.
Les sages-femmes considèrent que l'utilisation de l'algorithme permet de soutenir la confiance des parents en leurs capacités à mettre au monde leur enfant grâce à une stratégie « d'empowerment ». Il favorise la participation active des femmes.
L'unanimité des sages-femmes souhaitent continuer à l'utiliser et optimiser son usage en le présentant aux couples en anténatal.
L'algorithme est donc adapté à leur pratique et constitue une amélioration de la qualité des soins qu'elles apportent aux femmes durant le travail.

2ème prix 2018 - Jelouemontirelait.com

Influence du label « Initiative Hôpital Ami des Bébés » sur l'application des bonnes pratiques cliniques d'allaitement durant le séjour à la maternité

Agathe LAPORTE (Ecole de sages-femmes, Université et CHU de Bordeaux)
Julie GOMEZ-FERNANDEZ (Ecole sages-femmes, Université et CHU de Bordeaux)
Thomas BARNETCHE (Docteur en épidémiologie, CHU Bordeaux)
Christine MORIN (Sage-femme enseignante, Ecole de sages-femmes Bordeaux, CHU Bordeaux)

Secteur : Allaitement

INTRODUCTION

Les recommandations actuelles font état d'une durée souhaitable d'allaitement maternel exclusif (AME) d'au moins 6 mois [1]. Le pourcentage d'allaitement en France reste faible [2], malgré qu'il ait de nombreux bénéfices pour la mère et le nouveau-né [3,4]. Des difficultés de succion du nouveau-né [5], l'absence de peau à peau à la naissance, l'usage de tétine [6] ou la séparation mère/enfant [7] ont été identifiés comme des facteurs d'arrêt d'allaitement. En 1991, l'OMS et l'UNICEF ont crée le label « Initiative Hôpital Ami des Bébés » (IHAB) basé sur les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » [8]. L'IHAB France a fait le choix d'utiliser 12 recommandations de bonnes pratiques cliniques à mettre en œuvre pour l'obtention du label [9]. Selon plusieurs études, la formation du personnel soignant à l'IHAB et l'exposition des femmes aux conditions de bonnes pratiques cliniques d'allaitement semblent augmenter le pourcentage et la durée de l'allaitement [10,11].

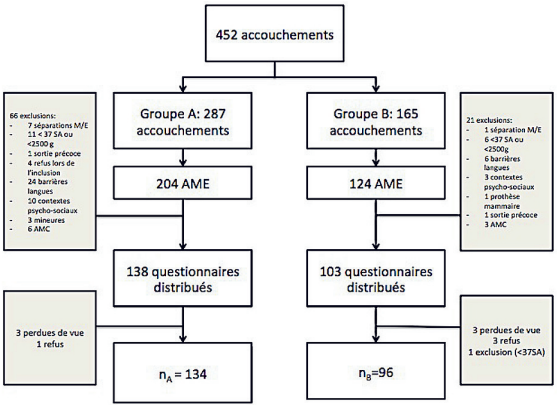
Objectif de la démarche

Comparer le taux de mise en place, durant le séjour à la maternité, de chacun des critères de bonnes pratiques cliniques d'allaitement définis par l'IHAB selon que la femme ait accouché dans une maternité labélisée IHAB (Groupe B) ou non labélisée (Groupe A).

Méthode

- **Schéma d'étude**

Enquête par questionnaire réalisée auprès de 230 femmes âgées d'au moins 18 ans ayant donné naissance à un nouveau-né à terme, de plus de 2500 grammes et en bonne santé entre le 1er novembre 2016 et le 26 février 2017.



- **Critère de jugement**

Taux de réalisation de chacun des critères de bonnes pratiques cliniques d'allaitement au sein de chaque groupe.

- **Ethique**

L'étude a été conduite selon la déclaration d'Helsinki. Une lettre d'information et un délai de réflexion ont été donnés aux femmes et l'anonymisation des données recueillies a été garantie. L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

Résultats

Le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité était de 80,2%. Le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité était plus important dans le groupe IHAB (75,6% non IHAB vs 86,8% IHAB, p = 0,039). L'information antépartum, celles sur l'entretien de la lactation, sur l'utilisation de tétine ou de sucette et sur l'aide que l'on peut trouver à la sortie de la maternité ont été plus fréquemment délivrées dans l'hôpital IHAB. Il y a également eu moins d'utilisation de compléments de lait donnés aux nouveau-nés dans cette structure. La condition concernant le respect du code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été plus respectée dans le groupe des patientes n'ayant pas accouché dans l'hôpital IHAB (Tableau 1).

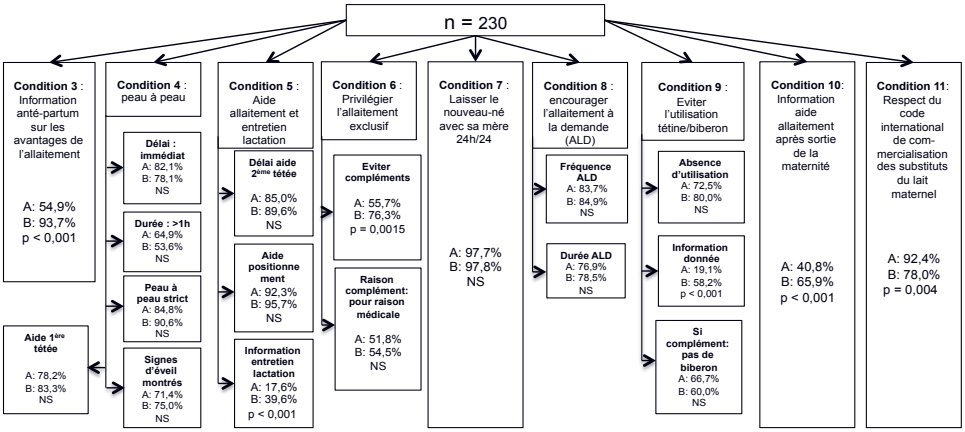


Tableau 1. Respect du taux d'application des bonnes pratiques cliniques d'allaitement selon les deux groupes

Conclusion

Le taux d'allaitement maternel exclusif est plus important dans la maternité labélisée IHAB et les femmes y accouchant bénéficient plus fréquemment du respect des bonnes pratiques cliniques favorisant l'allaitement maternel recommandées par l'OMS et l'UNICEF. Ainsi, il semble important de sensibiliser les personnels soignants des établissements de santé à l'importance des conditions de bonnes pratiques cliniques favorisant l'allaitement et de la nécessité de les respecter que ce soit dans des hôpitaux labélisés ou non.

Références :

[1] WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding-Report of an expert consultation. 2001.
[2] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2010.
[3] Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2012.
[4] Victora CG et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. janv 2016;387(10017):475-90.
[5] Righard L, Alade MO. Sucking Technique and Its Effect on Success of Breastfeeding. Birth. 1 déc 1992;19(4):185-9.
[6] Ayton J et al. Cumulative risks and cessation of exclusive breast feeding: Australian cross-sectional survey. Arch Dis Child. sept 2015;100(9):863-8.
[7] Guber T et al. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a Swiss university hospital observational study. J Perinat Med. 2013;41(3):331-9.
[8] Unicef. L'initiative Hôpitaux amis des bébés. 2009 [cité 13 décembre 2015]. Disponible sur: http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24806
[9] IHAB. Les 12 recommandations [Internet]. 2016 [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: http://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf
[10] Babakazo P et al. Effet de la formation en Initiative des Hôpitaux Amis des Bébés sur la durée de l'allaitement maternel exclusif à Kinshasa : un essai randomisé par grappes. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. oct 2015;63(5):285-92.
[11] Chien L-Y et al. The number of Baby Friendly hospital practices experienced by mothers is positively associated with breastfeeding: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud. sept 2007;44(7):1138-46.

Contraception, suivi gynécologique de prévention et compétences dans ces domaines : quelle est la représentation des sages-femmes d'aujourd'hui ?

LINGEN J.[a], RAYMOND A.[b], DI MARCO L.[c]

[a]Hopital Couple Enfant, CHU Grenoble Alpes
[b]Exercice Libéral, Grenoble
[c]Département de Maïeutique, UFR de Médecine, Université Grenoble Alpes

Représentations sociales

LOI HPST[1]
Extension de compétences

Profession méconnue
IMAGE D'EPINAL DE LA SAGE-FEMME

Objectifs de la démarche

PRINCIPAL - Evaluer la connaissance des femmes à propos des compétences gynécologiques des sages-femmes.

SECONDAIRES
- Définir l'organisation de leur suivi gynécologique
- Préciser quelle représentation sociale les femmes se font des sages-femmes.

HYPOTHESES (1) Un nombre important de femmes ne bénéficie pas de suivi gynécologique, (2) ignore les récentes compétences des sages-femmes, et (3) la représentation sociale des sages-femmes est restreinte et entachée de fausses croyances.

Méthodes utilisées

Etude observationnelle, descriptive, de type transversal et multicentrique, établie à partir de questionnaires distribués aux femmes agées de 18 à 49 ans .

Résultats

Tableau I. Niveau de connaissance des récentes compétences des sages-femmes

Questions «Auprès de quels professionnels de santé, une femme en bonne santé peut-elle s'adresser pour ….	Nombre d'interrogées ayant répondu «sage-femme» (n=196)
Qt11: -se faire prescrire la pilule? »	47 (23.98%)
Qt 12: -se faire prescrire ou cape ou un diaphragme cervicale? »	40 (20.41%)
Qt13: -se faire prescrire un anneau vaginal? »	41 (20.92%)
Qt14: -se faire prescrire, poser ou retirer un implant? »	35 (17.86%)
Qt15: -se faire prescrire, poser ou retirer un stérilet? »	34 (17.35%)
Qt16: -se faire prescrire et réaliser le vaccin contre le cancer du col de l'utérus? »	28 (14.28%)
Qt17:-réaliser son suivi gynécologique? »	37 (18.88%)
Qt18:-obtenir des informations et/ou une consultation en vue de réaliser une IVG médicamenteuse? »	37 (18.88%)
Qt19:-diagnostiquer et traiter une infection vaginale? »	31 (15.32%)
Taux moyen de réponses « sage-femme » = 1,69/9	**36,66 (18.70%)**

Tableau II. Carre de Verges «Sage-femme » selon la Population interrogée Représentation sociale des sages-femmes obtenue par la méthode d'évocation hiérarchisée

« Lorsque vous entendez le mot « sage-femme », quels sont les 5 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit, classez-les en suite par ordre d'importance » [2][3]

Carre de Verges «Mot »(Freq ;Rang)		Rang d'importance	
		<2,63	>2,63
Fréquence de citation	>5,10%	**Hôpital** (15,31%;2,17) **Femme** (9,18%;2,06)	**Accouchement** (67,35%;3,92) **Bébé** (26,53%;3,06) **Suivi de grossesse** (18,37%;3,86) **Grossesse** (14,8%;3,97) **A l'écoute** (14,3%;3,46) **Enfant** (12,24%;3,13) **Maternité** (11,22%;2,77) **Accompagnement** (8,7%;3,59) **Conseils** (8,7%;2,65) **Soin** (6,63%;3) **Douceur** (5,61%;2,91) **Aide** (5,10%;2,8) **Médecine** (5,10%;2,7)
	<5,10%		**Contraception** (4,6%;2,67) **Suivi post accouchement** (4,59%;2,89) **Suivi** (4,08%;2,67)

1 femmes sur 5 n'avaient pas de suivi gynécologique
75% femmes étaient suivies par **un gynécologue** et seulement **3%** par **une sage-femme**
→ 3.5 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes, âge moyen 60 ans [4]
Quelle sera la couverture gynécologique des Françaises dans quelques années?
Environ 4 femmes sur 5 n'avaient pas connaissances des compétences des sages-femmes en gynécologie et contraception

Conclusion

- **Les récentes compétences des sages-femmes ne semblent pas connues de la majorité des femmes.**
- **La place de la sage-femme au cours de la grossesse et de l'accouchement est quant à elle connue.**
- **Dans un futur proche où gynécologues risquent à manquer, une collaboration entre gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes sera alors primordiale pour la santé des femmes.**

Références :[1] Loi n° 2009-584 du 16 juillet 2009 HPST , [2] Abric JC. Méthodologie d'étude des représentations sociales. 1st éd. Ramonville Saint-Agne:Eres, 2003. [3] Abric JC. Les représentation sociales:Aspect théoriques. In : Pratiques sociale et représentations. 1st éd. Paris. PUF;2016. p15-47 [4] Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R, et al. Les acteurs. In : Gynecologie et sante des femmes, quel avenir en France?.1st éd. Paris :Eska;2000.p18-36

Prix des Assises Nationales des sages-femmes 2018

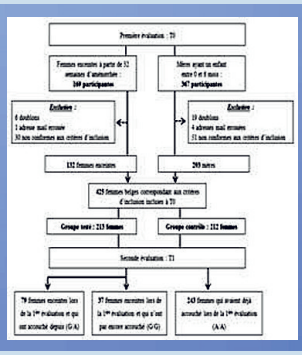
Evaluation du site internet *Happy-Mums.be* conçu en vue de tenter d'aider les mères à combler leurs besoins en période postnatale

Justine Slomian (1), Lara Vigneron (2), Patrick Emonts (3), Jean-Yves Reginster (1) & Olivier Bruyère (1)

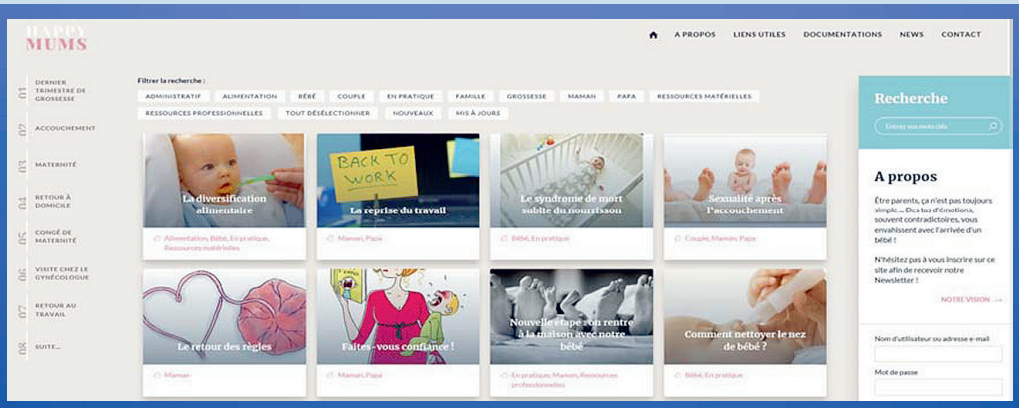
(1) Unité de Recherche en santé Publique, Epidémiologie et Economie de la santé, Université de Liège, Belgique
(2) Wallonia e-Health Living Lab, Liège, Belgique
(3) Département de Gynécologie et Obstétrique, Université de Liège, Belgique

Introduction : Une étude menée par notre département a précédemment mis en évidence 4 grandes catégories de besoins survenant en post-partum : les besoins d'information, de soutien psychologique, de partage d'expériences et de soutien pratique et matériel. Afin de combler ces besoins, un site internet centralisé et dédié aux mères depuis la fin de leur grossesse jusqu'à un après leur accouchement a dès lors été développé : le site *Happy-Mums.be*. Après une évaluation de *Happy-Mums.be* par des experts du domaine, la prochaine étape consistait alors en son évaluation en tant que réponse potentielle aux besoins maternels identifiés ci-avant.

Objectif : L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'influence que pouvait avoir *Happy-Mums.be* sur le besoin d'information des mères. Les objectifs secondaires de cette étude étaient de : (a) évaluer l'influence que pouvait avoir ce site internet sur les besoins de soutien psychologique, de partage d'information et de soutien pratique et matériel des mères ; (b) valider, à large échelle, les 4 besoins fondamentaux des mères identifiés précédemment ; (c) recueillir les impressions générales des participantes sur *Happy-Mums.be* ; (d) évaluer les sensations des mères quant aux informations divulguées sur *Happy-Mums.be* (qualité, utilité, informations incomplètes ou fausses, satisfaction).



Méthode : Pour ce faire, une étude randomisée contrôlée en simple aveugle avec un suivi d'un mois a été mise en place. Des mères ayant un enfant entre 0 et 6 mois et des futures mères étant enceintes d'au moins 32 semaines d'aménorrhée, ayant accouché ou devant accoucher en Belgique, ont été recrutées pour cette étude et divisées en deux groupes : un groupe expérimental bénéficiant d'un accès exclusif au site internet *Happy-Mums.be* (en plus des outils existants déjà) et un groupe contrôle n'ayant pas accès au site internet *Happy-Mums.be* mais bien aux autres outils existants. Cette étude a reçu l'accord du comité d'éthique hospitalo-facultaire du CHU de Liège (2017/14). Il n'existe aucun conflit d'intérêt.



http://www.happy-mums.be/ *(Capture d'écran du 07 mai 2018)*

Résultats : Un total de 425 mères a été enrôlé dans l'étude : 132 femmes enceintes et 293 mères ayant déjà accouché. La moyenne d'âge des participantes était de 31,1 ± 3,56 ans et 48,7% d'entre elles étaient des primipares. Les groupes « contrôle » et « expérimental » étaient homogènes. Au terme de l'étude, seulement 41 personnes de l'échantillon total ont utilisé le site internet alors que le calcul d'échantillonnage effectué en début d'étude recommandait un nombre de 161 personnes en tant que testeuses du site internet. Les besoins d'information, de soutien psychologique, de partage d'expériences et de soutien pratique et matériel ont été confirmés tant pour les femmes enceintes que pour celles ayant accouché. Une évolution similaire de ces besoins a été mise en évidence dans les deux groupes expérimentaux mais aucun effet potentiel de *Happy-Mums.be* sur ces besoins n'a pu être dégagé. Cependant, la qualité des informations issues de *Happy-Mums.be* a été jugée bien meilleure que celle des sites internet tout venant (note moyenne attribuée quant à la qualité : 7,22 ± 1,37/10 vs. 5,29 ± 1,48/10 sur les autres sites internet ; $p<0,0001$).

Conclusion : Bien que les dimensions humaines et psychologiques soient prédominantes et non négligeables durant la période postnatale, *Happy-Mums.be* apparait comme une solution complémentaire et utile au sein des actions de promotion de la santé maternelle ; particulièrement dans le contexte actuel des sorties précoces de la maternité. Il est, à présent, nécessaire de promouvoir *Happy-Mums.be* à large échelle afin d'en favoriser l'utilisation.

LIÈGE université Médecine

SANTÉ PUBLIQUE ÉPIDÉMIOLOGIE ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Find us on Facebook! @epidemiologyulg

WeLL

CONTACT : Justine Slomian
jslomian@uliege.be