

المجلة اللبنانية للتمريض

الصادرة عن نقابة الممرضات والممرضين في لبنان



العدد الخامس - ٢٠١٦



Editorial Board

- Joelle Narchi Seoud , president
- Hiba Chakhtoura
- Samar Nouredine
- Hiba Deek
- Mathilde Azar
- Bahia Abdallah
- Nathalie Richa

Table des matières / Table of contents

Facteurs associés à la résilience des aidantes familiales d'un parent âgé en perte d'autonomie au Liban	2
Labellisation de l'Hôtel Dieu de France de Beyrouth « Hôpital Ami des Bébé »	10
Elaboration d'un programme de formation en leadership pour les cadres supérieurs et les cadres de soins de l'Hôtel Dieu de France	18
Qualité de vie et <i>coping</i> dyadique de la jeune femme atteinte d'un cancer du sein non métastatique	23
Les nuisances sonores en réanimation néonatale	30
Les facteurs prédictifs de la surcharge pondérale des élèves libanais des cycles complémentaire et secondaire	38
Implantation d'un outil de dépistage précoce de la dépression chez les femmes en post-partum à l'Hôtel Dieu de France	48
Infection Control from Curriculum to Practice	54
RHUH - CoV Alert and Response Plan	60

Facteurs associés à la résilience des aidantes familiales d'un parent âgé en perte d'autonomie au Liban

Joelle Narchi Séoud, Ph.D.

Maître de conférence, Faculté des sciences infirmières, Université Saint-Joseph, Beyrouth.
joelle.seoud@usj.edu.lb

Résumé

Les personnes âgées vivant à domicile ont souvent besoin du soutien des membres de leur entourage, notamment d'un aidant familial dont le rôle exigeant n'est pas sans conséquence sur la santé. Par ailleurs, les écrits empiriques soulignent que certains aidants sont résilients et continuent de croître et de se développer, alors que d'autres s'adaptent avec difficulté à ce rôle et souffrent de détresse psychologique.

Cette étude, à devis corrélational prédictif a permis de vérifier la contribution de facteurs personnels et contextuels à la résilience des aidantes familiales libanaises d'un parent âgé en perte d'autonomie à domicile. Elle a été effectuée au Liban auprès d'une cohorte de 140 aidantes familiales principales cohabitantes à domicile avec un parent âgé de 65 ans et plus ayant une perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'entrevues structurées à domicile.

L'analyse a montré que quatre facteurs sont associés significativement à la résilience des aidantes : les stratégies de *coping* centrées sur le problème, les stratégies de *coping* centrées sur les émotions, le sentiment d'auto-efficacité et le sens du « prendre soin » des aidantes. Ces facteurs expliquent plus de la moitié (51%) de la variance de la résilience.

En conclusion, cette étude offre des pistes pour l'intervention infirmière dans le but de promouvoir leur résilience considérée comme une caractéristique personnelle associée à la santé. Les résultats obtenus constituent une amorce de théorie contextuelle qui s'intéresse à la résilience des aidantes familiales vivant au Liban et qui offrent un potentiel de transférabilité.

Mots clés: Résilience, aidantes familiales, personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle et cognitive, facteurs personnels et contextuels, culture.

Contexte de l'étude

Depuis une cinquantaine d'année, le monde entier assiste à une nette transformation de la pyramide des

âges due à l'allongement considérable de la durée de vie. Toutefois, cet avancement en âge s'accompagne souvent de problèmes de santé qui se manifestent notamment par une perte d'autonomie physique et cognitive. Face à cette situation de vulnérabilité, les personnes âgées nécessitent du soutien à domicile et, la plupart du temps, leur famille leur vient en aide.

Au Liban, une étude faite pour le gouvernement libanais

a montré que les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 7.5% de la population libanaise et estime qu'elles représenteront 10.2% de la population en 2025 (Central Administration of Statistics & United Nations Development Programme, 2008). Parmi ces personnes, presque 99% vivent à domicile et seulement 4000 sont institutionnalisées. L'aide est surtout assurée par la famille et spécialement par une femme de la famille qui assume la prise en charge de la personne âgée, soit l'aidante familiale (A.F). Ce phénomène est principalement lié au respect d'une valeur socio culturelle transmise de génération en génération dans la famille par l'éducation.

Cette valeur est à l'effet que s'occuper d'une personne âgée à domicile, malgré l'involution de son état de santé, est un devoir, une bénédiction et une reconnaissance sociale de la personne âgée. Mais, dans la plupart des cas, cette aidante manque de ressources formelles, soit de services pouvant lui venir en aide pour faciliter l'accomplissement de son rôle.

Selon les écrits empiriques, s'occuper d'une personne âgée est une situation exigeante (Mannion, 2008) entraînant une précarité de l'état de santé de l'A.F. Par ailleurs, d'autres A.F. trouvent que c'est une situation gratifiante, ils y retrouvent des aspects positifs tel la satisfaction (Machamer, Temkin & Dikmen, 2002).

Une étude longitudinale de 18 mois faite au Liban auprès d'un échantillon de 152 A.F. a montré que 84% étaient de genre féminin, et qu'un peu moins de la moitié de l'échantillon présentait une stabilisation et même une amélioration de leur état de santé (Séoud et al., 2006). Ces aidantes semblent s'adapter aux sources de stress chroniques auxquelles elles avaient à faire face, et ce, malgré la détérioration de la condition de leur proche âgé. Or, les personnes qui s'adaptent avec succès à des expériences de stress continu sont considérées comme étant des personnes résilientes (Gaugler, Kane, & Newcomer, 2007). Concept transdisciplinaire, la résilience est définie comme étant « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative» (Vanistendael, 1998). Des études ont permis de démontrer l'impact de la résilience sur la santé et ont ainsi décrit la résilience comme un facteur potentiel

permettant le maintien (Hardy, Concato, & Gill, 2004) et l'amélioration du bien-être (Bonano, Galea, Bucchiarelli, & Vlahov, 2007; Hegney et al., 2007) et de la santé (Tusaie, Puskar, & Sereika, 2007).

Plusieurs études ont été conduites pour identifier les facteurs en jeu dans la résilience, mais ces études ont montré des variations substantielles dans leurs résultats, rendant ainsi complexe la compréhension du phénomène. Toutefois, la résilience semble impliquer un ensemble de facteurs personnels et contextuels. En effet, selon les écrits théoriques et empiriques recensés, il apparaît que certains facteurs personnels et contextuels méritent considération en tant que prédicteurs potentiels de la résilience individuelle des aidantes familiales au Liban. Connaître leur contribution permettrait de proposer des interventions infirmières favorisant la résilience associée à la santé et au bien-être des proches aidants.

En somme, aucune étude n'a été effectuée auprès des aidantes familiales libanaises en vue de déterminer les facteurs qui pourraient influencer leur résilience individuelle. Une meilleure compréhension de la contribution de facteurs personnels et contextuels pourrait offrir aux infirmières des connaissances leur permettant d'agir dans le but de promouvoir la résilience face à l'adversité et ainsi d'améliorer la santé (Ahern, 2006).

Compte tenu des considérations précédentes, l'étude proposée avait pour but de vérifier la contribution de facteurs personnels, soit les stratégies de *coping* et l'auto-efficacité, et de facteurs contextuels, soit les relations familiales, la perception du soutien de l'entourage, et le sens accordé au « prendre soin », à la résilience des aidantes familiales libanaises prenant soin d'un proche âgé à domicile en perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive.

Méthode

Un devis corrélationnel prédictif a été retenu pour la présente étude permettant de vérifier l'existence d'associations entre la résilience et les facteurs personnels et contextuels. Les écrits recensés ont permis de dégager un modèle empirique hypothétique des facteurs prédictifs de la résilience des aidantes familiales. Plus précisément, deux groupes d'hypothèses ont été formulés. Le premier groupe portait sur la contribution

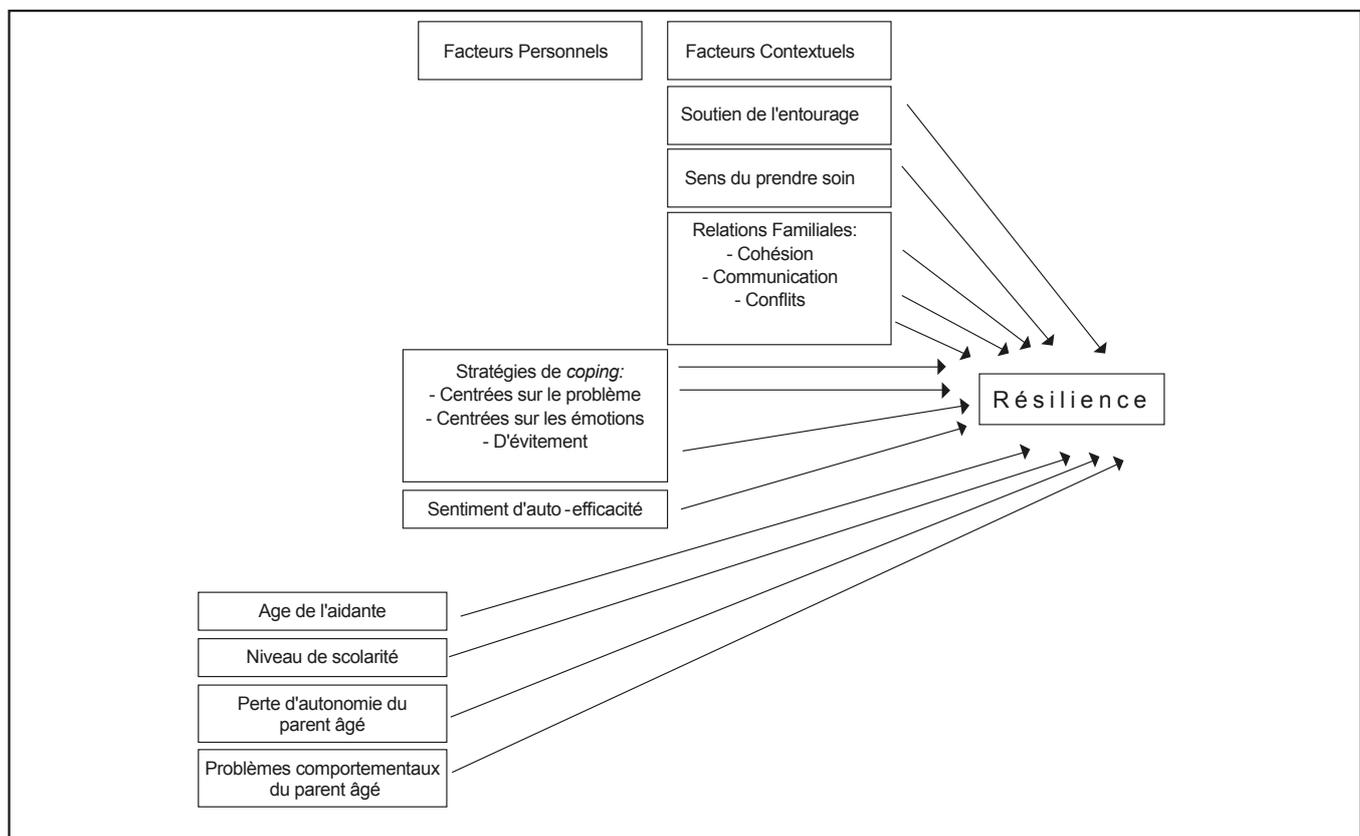
des facteurs personnels et contextuels à la résilience. Le second groupe concernait l'effet de certaines variables sociodémographiques et cliniques susceptibles, selon les écrits, d'exercer une influence sur la résilience et devant être considérées en tant que variables de contrôle dans le modèle. Plus précisément, l'âge (Bonano, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007; Wilks, 2006) et le niveau de scolarité (Bonano, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007; Gaugler, Kane, & Newcomer, 2007) de l'aidante familiale, ainsi que le niveau d'autonomie fonctionnelle et la fréquence des problèmes de comportement du proche âgé (Gaugler, Kane, & Newcomer, 2007; Rogerson & Emes, 2008) ayant une influence sur la résilience, ont été considérés.

La figure 1 illustre ce modèle hypothétique des facteurs prédictifs de la résilience individuelle

L'analyse de puissance statistique (Laurencelle, 2007) a permis de déterminer la taille échantillonnale. Ainsi, pour une puissance statistique de 0.80, un seuil de signification de 0.05, et une taille d'effet modéré (0.15),

l'estimation de la taille de l'échantillon à recruter était de 140 aidantes familiales. Un échantillon de type non probabiliste a été formé nécessitant deux méthodes de recrutement. Ainsi, les aidantes familiales ont été recrutées selon une procédure de convenance, qui a d'abord consisté à les repérer à partir des connaissances des intervieweuses et, ensuite, à l'aide d'une stratégie boule de neige à partir des premières aidantes recrutées. Pour faire partie de l'échantillon, les aidantes devaient être libanaises, âgées de 18 ans et plus, parler arabe, être depuis au moins six mois l'aidante principale, soit assurer de façon prépondérante le soutien, l'aide et les soins à un parent âgé de 65 ans et plus ayant une perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive et cohabiter avec la personne âgée à domicile. Prendre soin de plus d'une personne âgée et manifester des pertes cognitives limitant la capacité de répondre au questionnaire, étaient des critères d'exclusion. Au total, 165 aidantes ont été recrutées, dont 25 exclues de l'étude car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

Figure 1 : Modèle empirique hypothétique des facteurs prédictifs de la résilience individuelle.



Etant donné qu'il s'agit d'une première étude sur le concept de la résilience auprès des aidantes familiales au Liban, et en l'absence d'instruments de mesure et de normes libanaises, la collecte des données a été réalisée en utilisant un guide d'entrevue standardisé regroupant huit instruments nord-américains de mesure des variables, en plus d'un questionnaire regroupant des données socio-démographiques concernant l'A.F. et la P.A. Tous ces instruments de mesure ont nécessité une traduction en langue arabe, langue principale au Liban. La traduction a comporté plusieurs étapes qui respectent, entre autres, la méthode de traduction inversée parallèle (Haccoun, 1987). Pour s'assurer de la compréhension et de l'adéquation culturelle de ces outils, un prétest a été réalisé auprès de cinq aidantes familiales. Le guide d'entrevue

comprend des données sociodémographiques relatives aux aidantes et à leur proche âgé. Plus précisément, des renseignements permettant de décrire le profil des aidantes de l'échantillon, notamment l'âge, l'état civil, la religion, le niveau de scolarité, l'activité professionnelle, le lien de parenté avec la personne âgée, le revenu mensuel du ménage et le nombre de personnes dans le ménage, ainsi que la perception des aidantes familiales de leur état de santé (de 1 = très mauvais à 5 = très bon). Des renseignements ont aussi été recueillis auprès des aidantes familiales afin de connaître également le profil de leur proche âgé aidé, soit l'âge, le genre, l'état civil, le niveau de scolarité ainsi que leur perception de l'état de santé de celui-ci (de 1 = très mauvais à 5 = très bon). Le tableau 1 décrit les 8 instruments nord-américains de mesure des variables étudiées.

Tableau 1 : Synthèse des instruments de mesure

Variable	Instrument et auteur	Items (N)	Échelle de réponses	Étendue théoriques	α de Cronbach
Stratégies de coping	<i>Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Carver, 1997)</i>	28	1=Pas du tout 2=Un peu 3= Beaucoup 4= Tout le temps	Problèmes: 6 - 24 émotions: 10 - 40 Evitement: 12 - 48	Problèmes= 0.63 Emotions= 0.68 Evitement= 0.64
Sentiment d'auto-efficacité	<i>Caregiving Self Efficacy (Steffen et al, 2002)</i>	18	0; 10; 20 = Absolument incapable 30; 40; 50; 60; 70 = Modérément capable 80; 90; 100 = Tout à fait capable	0 - 1800	0.91
Relations familiales	<i>Family Environment Scale (Moos, 1974)</i>	27	Vrai= 0 Ou Faux=1	0 - 9 pour chacune des sous-échelles	Cohésion: 0.80 Communication: 0.63 Conflits: 0.65
Soutien de l'entourage	<i>Perceived Social Support from Friends & Family Scale (Procidano & Heller, 1983)</i>	20	Oui=1 Non=0 «je ne sais pas» = 0	0 - 20	0.82
Sens du prendre soin	<i>Meaning in Caregiving Scale (Guiliano et al, 1990)</i>	16	1= Fortement en désaccord à 5= Fortement en accord	16 - 80	0.82
Résilience	<i>Resilience Scale (Wagnild & Young, 1993)</i>	26	1= Fortement en désaccord à 7= Fortement en accord	26 - 182	0.89
Autonomie fonctionnelle	<i>SMAF (Herbert et al 1988)</i>	11	0= autonome 1= nécessite de la stimulation ou de la supervision pour faire l'activité 2= nécessite de l'aide partielle 3= nécessite de l'aide totale	0 - 3	0.90
Problèmes de comportement	<i>Behavioral Problems (Pearlin et al, 1990)</i>	14	1= Jamais 2= 1 à 2 jours/semaine 3= 3 à 4 jours/semaine 4= 5 jours ou plus/semaine	14 - 56	0.74

À la suite de l'approbation du Comité d'éthique de l'Université de Montréal (N°11-038-CERSS-P), les entrevues ont été réalisées. Elles se sont déroulées au domicile des aidantes familiales, dans une pièce à l'écart du parent âgé, et duraient en moyenne 45 minutes. Elles étaient effectuées par des intervieweuses qui ont été formées au guide d'entrevue et à la passation de questionnaires standardisés et supervisées par l'investigatrice. À cet effet, un guide de formation a été élaboré, présentant le but de l'étude, les critères d'inclusion ainsi que les consignes propres à chaque instrument de mesure. La formation avait une durée de trois heures et consistait principalement à fournir des explications concernant le guide d'entrevue et à faire des jeux de rôle sur la façon de poser les questions et de compléter ce guide.

La saisie des données et les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 19. Des analyses descriptives ont d'abord été réalisées afin de décrire l'échantillon des aidantes familiales et des proches âgés dont elles prennent soin sur le plan des caractéristiques sociodémographiques, de même que sur les scores obtenus aux variables à l'étude. Pour tester les hypothèses de recherche, une analyse de régression hiérarchique (méthode entrée) a été effectuée après avoir vérifié le respect des postulats de la régression. Le premier bloc de variables introduites dans l'équation de régression comprenait les variables de contrôle, soit l'âge et le niveau de scolarité de l'aidante familiale, ainsi que le niveau de perte d'autonomie et la fréquence des problèmes de comportement du proche âgé. Les facteurs personnels et contextuels ont fait partie du second bloc. L'analyse de régression hiérarchique en deux blocs visait à vérifier la contribution unique des facteurs personnels et contextuels à expliquer la résilience des aidantes familiales lorsque l'effet des variables de contrôle était éliminé.

Résultats et discussion

Les aidantes familiales de la présente étude sont relativement jeunes ayant une moyenne d'âge de 53 ans (± 12.18 ans). Ce résultat est similaire à ceux des échantillons d'études canadienne (Cranswick & Dosman, 2008) et américaine (National Alliance for Caregiving

& AARP., 2009), où les trois quarts des aidants familiaux sont âgés entre 45 et 65 ans. Ces aidants sont considérés en Amérique du Nord comme faisant partie de la « génération sandwich », compte tenu de leur contexte où ils ont souvent à prendre soin d'adolescents ou de jeunes adultes encore à la maison et de leurs parents âgés en perte d'autonomie.

Une autre caractéristique intéressante de l'échantillon concerne le fait que les aidantes familiales sont surtout des filles qui s'occupent de leur parent âgé (majoritairement de genre féminin) et qui cohabitent avec ce dernier malgré le fait qu'elles soient mariées. Ces résultats ne convergent pas avec les résultats des études effectuées en Amérique où les aidants familiaux qui prennent soin de leurs parents âgés ne cohabitent pas, la plupart du temps, avec ce dernier (Cranswick & Dosman, 2008; National Alliance for Caregiving & AARP., 2009). Cette caractéristique de notre échantillon pourrait être expliquée, d'une part, par le fait que la majorité des personnes âgées qui sont en perte d'autonomie dans cette étude sont des veuves et que ces dernières, selon les coutumes au Liban, n'habitent généralement pas seules par souci de sécurité. D'autre part, les valeurs de la culture libanaise encouragent les filles à vivre avec leurs parents âgés, à en prendre soin, et ce, en dépit du fait qu'elles soient mariées. Ces filles mariées, ayant leurs propres enfants, sont ainsi astreintes à quitter leur domicile pour aller vivre chez leur parent ou, le cas échéant, à recevoir le parent âgé à leur domicile (Torres Tailfer, 2010).

Il est à noter que le niveau de scolarité de l'échantillon, majoritairement complémentaire et secondaire, est relativement élevé par rapport aux autres études libanaises où plus de la moitié des aidantes (52.45%) avaient atteint, au plus, le niveau primaire (Séoud et al, 2007) ou presque un niveau complémentaire (48% dans l'étude de Atallah et al, 2003). Ces données nous laissent entrevoir que les aidantes familiales de notre étude, relativement jeunes ($x=53$), ont bénéficié de l'évolution de la mentalité libanaise concernant l'éducation des filles (Torres Tailfer, 2010).

Plus de la moitié des aidantes familiales de notre étude perçoivent que leur état de santé est bon ou très bon. Ceci rejoint les résultats de la vaste étude américaine (National Alliance for Caregiving & AARP., 2009) où les deux tiers de l'échantillon des aidants familiaux ont décrit leur santé comme étant très bonne à excellente.

Les aidantes utilisent plus les stratégies centrées sur les émotions que les 2 derniers types. Ceci pourrait être lié aux croyances du peuple libanais pour qui la foi est une source de quiétude et un moyen de ressourcement qui procure un sentiment de force (El Kahi, Khoury, & Azar, 2003). Le niveau d'auto-efficacité est relativement élevé (1058.57 ± 291.72) pour presque la majorité des aidantes.

Les résultats descriptifs relatifs au soutien de l'entourage convergent avec les résultats des études américaines recensées (Cameron & Brownie, 2010; Harris, 2008; Hildon, Smith, Netuveli, & Blane, 2008; Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011; Jonker & Greeff, 2009; Rogerson & Emes, 2008; Ross, Holliman, & Dixon, 2003), faites auprès de personnes résilientes où, parmi leurs caractéristiques communes, se trouvait la présence de soutien social. En fait, une des spécificités de la société libanaise est d'accorder une place importante au soutien de l'entourage qui est toujours présent, qui fait partie de la vie courante, et qui n'a pas besoin de sollicitation.

Il est fort probable que les relations familiales, qui représentent pour les aidantes libanaises une situation intime, ne puissent faire objet de divulgation. Ainsi, et par souci de conformité sociale, les conflits et la mésentente familiale sont souvent cachés et peu exprimés, ce qui

peut expliquer les faibles scores sur les conflits obtenus dans l'étude.

Les aidantes sont fortement d'accord à l'effet que leur expérience d'aidante a changé leur façon de penser et d'envisager les choses quant aux relations avec la famille et l'entourage, aux besoins du parent âgé et à leur satisfaction personnelle. Ceci rejoint l'étude où l'une des caractéristiques des personnes résilientes était d'avoir une philosophie de vie liée au sens du « prendre soin » (Ross, Holliman, & Dixon, 2003).

Sur le plan statistique, plus des deux tiers d'entre elles ont un score élevé (>145) à l'échelle de la résilience de Wagnild & Young (1993) tandis que le 1/3 restant ont un niveau de résilience variant de modéré à bas.

Les résultats de l'analyse de régression hiérarchique en deux blocs, présentés au tableau 2, soulignent d'abord que les variables personnelles, soit les stratégies centrées sur le problème, les stratégies centrées sur les émotions et le sentiment d'auto-efficacité, et la variable contextuelle, soit le sens du « prendre soin », expliquent 51% de la variance de la résilience, ce qui est généralement considéré comme important dans les études en sciences humaines et sociales, alors que la contribution des variables de contrôle est uniquement de 3%. L'ensemble des variables du modèle explique 54% de la variance de la résilience.

Tableau 2: Analyse de régression hiérarchique des variables prédictives sur la résilience (N=140)

	<i>r</i>	Coefficients β standardisés	Signification <i>n</i> (<i>p</i>)	Corrélations semi-partielles (<i>S</i> ²)
Variable dépendante : Résilience				
Bloc 1 : Variables contrôle				
Âge (aidante familiale)	.05	.09	.25	.07
Niveau scolarisation (aidante familiale)	.05	.12	.11	.01
Perte d'autonomie (personne âgée)	.09	.03	.67	.03
Problèmes de comportement (personne âgée)	.10	.00	.93	.00
R²				0.03
Bloc 2 : Variables personnelles et contextuelles				
Stratégies centrées sur le problème	.24*	.16**	.02	.02
Stratégies centrées sur les émotions	.55**	.23**	.00	.03
Stratégies d'évitement	.00	.00	.99	.00
Sentiment d'auto efficacité	.45**	.26**	.00	.05
Soutien de l'entourage	.31**	.08	.29	.00
Sens du prendre soin	.53**	.40**	.00	.11
Cohésion familiale	.22*	.09	.22	.00
Communication familiale	.10	-.14	.06	.01
Conflits familiaux	-.15	.03	.65	.00
Changement dans le R²				.51
R² ajusté				.50
R² Total				.54

– ***p*<0.01

– **p*<0.05

Conclusion

Cette étude présente toutefois certaines limites. Du fait que l'échantillon soit de convenance, les résultats évocateurs obtenus ne peuvent être généralisés à l'ensemble des aidantes familiales de personnes âgées vivant à domicile au Liban. Par ailleurs, les résultats ont montré que plus des deux tiers des aidantes familiales de l'échantillon avaient un niveau de résilience modérément élevé à élevé. Il est possible que la désirabilité sociale ait eu une influence sur ce résultat surtout qu'en général les aidantes familiales connaissaient les intervieweuses. Une autre limite concerne le choix des instruments de mesure. En l'absence de normes et d'instruments de mesure libanais, des instruments nord-américains ont été retenus et ont nécessité une traduction en arabe. Malgré le respect de la méthode de traduction inversée (Haccoun, 1987), il est probable que certains items aient été moins bien compris par les aidantes familiales, ce qui pose la question de l'adaptation culturelle des instruments de mesure. Ceci pourrait expliquer en partie la faible cohérence interne obtenue dans cette étude, de certains instruments de mesure, ce qui peut avoir influencé la validité des résultats concernant ces variables.

Malgré ces limites, cette étude a permis de jeter les bases d'une théorie contextuelle sur la résilience des aidantes familiales d'un parent âgé à domicile au Liban. Ses

résultats offrent également des pistes pour la pratique infirmière, notamment des pistes pour planifier des interventions auprès des aidantes familiales dans le but de promouvoir leur résilience et conséquemment leur santé. Identifier les forces et les ressources de la famille et de l'environnement, les mobiliser, les valoriser et les développer au besoin (Ionescu, 2011) sont notamment au cœur de l'intervention infirmière. Cette étude suggère l'importance d'une intervention écosystémique (Jourdan-Ionescu, 2001) considérant les facteurs personnels et contextuels favorisant la résilience. À cet effet, les travaux de Bronfenbrenner (1979, 1989) proposent des stratégies concrètes permettant de maintenir ou renforcer le niveau de résilience des personnes, des stratégies qui peuvent inspirer les infirmières.

Dans un contexte de vieillissement de la population où les aidantes familiales seront appelées à jouer un rôle de plus en plus important auprès de leur parent âgé, les connaissances générées par cette étude sont d'une grande pertinence sociale. Ainsi, les quatre facteurs identifiés en tant que prédicteurs de la résilience, soit le *coping* centré sur le problème et sur les émotions, le sens accordé au « prendre soin » et l'auto-efficacité, sont des facteurs qui pourraient constituer la trame d'une intervention infirmière novatrice misant sur les forces et le potentiel de croissance des aidants.

Références

- Ahern, N. (2006). Adolescent Resilience : an Evolutionary concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(3), 175 - 185.
- Atallah, R., Nehmé, C., Séoud, J., Yérétzian, J., Zablit, C., Lévesque, L., et al. (2005). Les aidants familiaux de personnes âgées au Liban : quel est leur contexte de soin ? . *Recherche en soins infirmiers*, 81, 122-138.
- Bonano, G., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources and life stress. *Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671-682.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological system theory. Dans R. Vasta (Éd.), *Annals of child development* (Vol. 6). Greenwich: JAI Press.
- Cameron, F., & Brownie, S. (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australian Journal of Ageing*, 29(2), 66-71.
- Carver, C. (1997). You want to measure *coping* but your protocol's too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Central Administration of Statistics, & UNDP. (2008). Lebanon in Figures Dans C. A. o. Statistics (Éd.). Lebanon: Ministry of Social Affairs.
- Cranswick, K., & Dosman, D. (2008). Eldercare: What we know today. *Canadian Social Trends/Statistics Canada - Catalogue*, 11(8), 48-56.
- El Kahi, A., Khoury, J., & Azar, S. (2003). *Valeurs religieuses au Liban: à l'entre deux siècles, 1989-2003: orientations culturelles et dynamique de foi*. Zouk Mosbeh: NDU Press.
- Gaugler, J., Kane, R., & Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *The Journals of Gerontology*, 62B(1), 38.

- Giuliano, A. J., Mitchell, R. E., Clark, P. J., Harlow, L. L., & Rosenbloom, D. (1990). The meaning in caregiving scale: Factorial and conceptual dimensions, *Second Annual Convention of the American Psychological Society in Dallas, Texas, June 7-10*. Texas.
- Haccoun, R. (1987). Une nouvelle technologie de vérification de l'équivalence des mesures psychologiques traduites. *Revue Québécoise de psychologie*, 8(3), 30-39.
- Hardy, S., Concato, J., & Gill, T. (2004). Resilience of community dwelling older persons. *Journal American Geriatric Society*, 52, 257-262.
- Harris, P. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging : The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *Aging and Human Development*, 67(1), 43- 61.
- Hebert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La revue de gériatrie*, 13(4), 161-167.
- Hegney, D., Buikstra, E., Rogers- Clark, C., Pearce, S., Ross, H., King, C., et al. (2007). *Individual resilience in rural people: a Queensland study, Australia*, 7http://www.rh.org.au
- Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health and Illness*, 30(5), 726- 740.
- Lonescu, S. (2011). *Traité de résilience assistée*. Quadrige, Paris, France: Presses universitaires de France.
- Janssen, B., Van Regenmortel, T., & Abma, T. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *Eur journal aging*, 8, 145-156.
- Jonker, L., & Greeff, A. (2009). Resilience factors in families living with people with mental illnesses. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 859-873.
- Jourdan- Ionescu, C. (2001). Intervention éco systémique individualisée axée sur la résilience. *Revue Québécoise de psychologie*, 22(1), 163- 186.
- Laurencelle, L. (2007). Inventer ou estimer la puissance statistique? quelques considérations utiles pour le chercheur. *Tutorials in quantitative methods for psychology*, 3(2), 35-42.
- Machamer, J., Temkin, N., & Dikmen, S. (2002). Significant other burden and factors related to it in traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 420-433.
- Mannion, E. (2008). Alzheimer's disease: The psychological and physical effects of the caregiver's role part 1. *Nurs Older People*, 20(4), 27-32.
- Moos, R. (1974). *The social climate scales: An overview*. California: Consulting Psychologists Press.
- National Alliance for Caregiving, & AARP. (2009). *Caregiving in the U.S.A. focused look at those caring for the 50+*. USA: Metlife Foundation.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Procidano, M., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Ross, L., Holliman, D., & Dixon, D. (2003). Resiliency in family caregivers: Implications for social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(3), 81- 96.
- Rogerson, M., & Emes, C. (2008). Fostering resilience within an adult day support program. *Activities, Adaptation & Aging*, 32(1), 1-18.
- Séoud, J., Zablit, C., Atallah, R., Yéretzian, J., Lévesque, L., Giroux, F., et al. (2006). *Les aidants familiaux de personnes âgées en perte d'autonomie au Liban: Étude longitudinale sur les changements de l'état de santé des aidants et les facteurs de prédiction*. Communication présentée 1er congrès international : La profession infirmière au XXIe siècle : Réalité et Défis, Université Saint-Joseph, Beyrouth.
- Steffen, A., Mc Kibbin, C., Zeiss, A., Gallagher-Thompson, & Bandura, A. (2002). The revised scale for caregiving self- efficacy: Reliability and validity studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(1), 74-86.
- Torres Tailfer, D. (2010). Women and Economic Power in Lebanon: *The legal framework and challenges to women's economic empowerment*. Beirut: CRTD-A.
- Tusaie, K., Puskar, K., & Sereika, S. (2007). A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 54-60.
- Vanistendael, S. (1998). Clés pour devenir: la résilience. *Les Vendredis de Chateaufallon*. Genève: BICE: Bureau international catholique de l'enfance.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric testing of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wilks, S. (2006). Intrinsic spirituality among Alzheimer caregivers: A pathway to resilience. *Advances in Social Work*, 7(1), 67-89.

Labellisation de l'Hôtel Dieu de France de Beyrouth « Hôpital Ami des Bébés »

Viviane Maroun Khoury,
Dr Aida Chaib Ghosn,
Dr Elie Attieh, Mona Accaoui
Farah, Dr Bernard Gerbaka,
Norma Aouad Assaf, Services
de maternité et de pédiatrie, Hôtel
Dieu de France de Beyrouth

Résumé

L'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) est un programme centré sur les besoins de tous les nourrissons pour répondre en toute sécurité aux besoins physiques, psychologiques et culturels de l'enfant et de sa famille (OMS, 1992). Il s'agit de comprendre et de respecter ces besoins et d'organiser tous les soins en fonction des rythmes biologiques de l'enfant et de sa mère. C'est une démarche de qualité qui repose sur un argumentaire scientifique précis et abondant publié par l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1992). Les mots clés de cette initiative sont : Humanité, Sécurité et Proximité. Cette démarche a été lancée au niveau international, en 1992, conjointement par l'OMS et l'United Nation International Children's Emergency Fond (UNICEF), afin d'encourager, soutenir et protéger l'Allaitement Maternel (AM). Le Liban était parmi les pays signataires de ce projet. Le Ministère de la Santé au Liban, en collaboration avec l'UNICEF, a démarré la stratégie sur son territoire en 1992 par une étude globale de la situation de l'AM, dans tous les hôpitaux. Une formation de 80 heures a été donnée en Avril 1993 pour le personnel de santé de 10 hôpitaux universitaires et pour des professionnels de santé de différentes universités. Ainsi, en réponse à un long travail et aux efforts exercés par les professionnels de l'Hôtel Dieu de France (HDF), ce dernier a été nommé parmi six autres hôpitaux « Hôpital Ami des Bébés » et a reçu le label en 1994.

Introduction

L'allaitement procure de nombreux avantages pour la santé des nourrissons, de leur mère, des familles et de la société en général. Il est adapté aux besoins de l'enfant quelque soit son âge et lui procure une variété unique d'éléments nutritifs nécessaires pour sa croissance, sa santé et son développement optimal et qui ne peuvent être reproduits par les préparations artificielles.

Une méta-analyse de 33 études sur les nourrissons en santé des pays industrialisés a révélé que chaque mois supplémentaire d'allaitement maternel exclusif (AME) peut réduire jusqu'à 30 % des hospitalisations imputables à des

infections durant la première année de vie. En effet, les nourrissons alimentés avec des préparations lactées, ont trois fois plus de risque d'avoir des maladies respiratoires graves que ceux ayant profité d'un AME pendant quatre mois. D'autres avantages existent tels une diminution de la mort subite du nourrisson (MSN), une meilleure performance aux tests neurocognitifs, une diminution de l'incidence de cancer du sein et des ovaires chez les mamans et une perte de poids plus marquée pendant la période du postpartum. Sans oublier toutefois qu'essentiellement l'allaitement maternel exclusif est rentable du point de vue économique, pour le budget des familles puisqu'il évite l'achat de biberons et des préparations lactées.

Notons que depuis quelques décennies, la sensibilisation mondiale à l'importance de l'allaitement maternel s'est accrue. Dans un document conjoint rédigé en 1989, l'OMS et l'UNICEF ont publié « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » pour soutenir l'initiation et la poursuite de l'allaitement. En 1990, les décideurs de 40 pays ont produit la Déclaration Innocenti, qui demandait aux gouvernements de lancer des programmes pour protéger, promouvoir et encourager l'allaitement maternel. Elle stipulait: « Dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate, jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière ».

Le Liban était parmi les pays qui ont adhéré à ce projet. Une stratégie de collaboration a démarré en 1990 entre l'OMS, l'UNICEF et le ministère de la santé publique au Liban, s'exprimant par une étude nationale de dépistage englobant l'analyse de tous les hôpitaux sur le territoire libanais. Les résultats ont montré alors un taux national de 7%. En 1992, vingt et un hôpitaux au Liban se sont engagés dans un programme d'éducation du personnel des maternités dont l'HDF, et ont reçu une discernation spéciale : « IHAB ». Dès lors les taux notés entre 1995 et 2000 sont montés à 27% au Liban, parallèlement aux pays arabes de l'entourage : soit 57% en Egypte, 34% au Bahrein et 31% au Maroc et en Arabie Saoudite.

A l'HDF, et malgré les diverses difficultés rencontrées (anxiété, préjugés...) les résultats de la maternité ont été encourageants puisque le taux d'AME s'est vu en croissance. En effet, selon l'étude régionale de la *National Collaborative Perinatal Neonatal Network* (NCPNN) faite en 2003, nous notons que l'AME a été poursuivi à l'HDF en moyenne de 85.3% à la naissance, 46.1% à un mois, 10.8% à quatre mois, et seulement 1% à un an. La surveillance au niveau du service et les datas collectées alors, ont montré des taux respectifs de 36.2% d'AME à

la naissance en 2003, 47.6% en 2004 et 57.49% en 2005.

Actuellement, la nouvelle politique de l'HDF est basée sur dix conditions pour le succès de l'AM et le respect du code de commercialisation des substituts du lait maternel établi en 1992 par l'OMS.

Les dix conditions pour le succès de l'AM sont les suivantes:

- Adopter une politique d'AM formulée par écrit et portée systématiquement à la connaissance de tout le personnel soignant.
- Donner à tous les membres du personnel soignant les moyens nécessaires à la mise en œuvre de cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'AM et de sa pratique.
- Aider les mères à débiter l'allaitement de leurs enfants dans la demi-heure qui suit la naissance.
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'AM et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leurs nourrissons.
- Interdire aux nourrissons tout aliment ou boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- Laisser l'enfant avec sa mère 24/24.
- Encourager l'AM et à la demande du nourrisson.
- Bannir l'utilisation de la tétine artificielle ou sucette chez les enfants nourris au sein.
- Encourager la constitution de groupes de soutien de l'AM et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital.

Le respect du code de commercialisation des substituts du lait maternel

Ce code a été adopté en 1981 par l'OMS comme étant une recommandation pour tous les hôpitaux et s'adresse essentiellement aux gouvernements des pays. Le Liban a été parmi ceux qui ont signé cette décision, suite à laquelle une déclaration a été approuvée le 10 Septembre 1993 et envoyée à tous les établissements de santé. Elle vise à : 1) Protéger et promouvoir l'AM en assurant une information publique adéquate ; 2) Contrôler le marketing des substituts du lait maternel, les biberons, les tétines et le don gratuit de lait.

D'autres critères s'ajoutent à ce projet :

- Avoir en maternité et en pédiatrie un système de recueil de données sur l'alimentation du nourrisson afin de suivre statistiquement les fluctuations de la courbe

concernant les taux de l'AM exclusif.

- Maintenir ce taux à la sortie du nourrisson de l'hôpital supérieur à 75% et en perpétuelle progression (et ce en maternité et en pédiatrie).
- Mettre en place un projet spécifique afin d'assurer de façon optimale l'information périnatale et le suivi post-natal.

Contribution attendue pour l'hôpital

L'IHAB mérite largement d'être soutenue et promue à l'HDF. C'est vrai que cette démarche existe à l'hôpital, mais aucune mise à jour n'a été faite depuis 1994. Ce Label a besoin d'être de nouveau validé.

Afin de pouvoir définir les objectifs du projet, une évaluation du Label est de rigueur. L'équipe de la maternité a utilisé le formulaire d'auto évaluation de l'OMS afin de mesurer l'écart entre les pratiques de l'hôpital et les recommandations concernant l'AM. Ce formulaire d'autoévaluation consiste en une liste de vérification permettant à l'établissement de faire un premier examen de la politique et des pratiques qu'il a adoptées. Les résultats montrent un grand écart tant au niveau du service qu'au niveau de l'hôpital.

Cette initiative volontaire mérite donc de s'intégrer dans le projet stratégique de l'hôpital, du fait, qu'au niveau national, le Ministère de la Santé l'avait remis à jour.

En effet :

- L'évaluation de la labellisation IHAB est impérative afin de revoir s'ils répondent toujours aux critères requis
- Le gouvernement libanais a adopté la désignation internationale de ce label et compte le considérer comme standard essentiel dans le classement des hôpitaux durant la prochaine démarche d'accréditation
- Il est crucial que l'HDF considéré comme pôle de référence à l'échelle régionale et nationale puisse être un innovateur dans la ré-obtention du label dans un temps où la concurrence joue un rôle essentiel entre les entreprises de santé.

Objectifs du projet

Les objectifs de ce projet sont:

- Réobtenir le label IHAB
- Appliquer les dix conditions de l'OMS dans les deux services de pédiatrie et de maternité
- Respecter le code international concernant la commercialisation du lait artificiel

- Assurer de façon optimale l'information prénatale et le suivi post natal
- Aboutir à un taux d'AM exclusif de la naissance à la sortie supérieur à 75%
- Avoir des attitudes correctives en maternité, en pédiatrie et au bloc opératoire afin de répondre aux conditions internationales.

Méthode

Identification des acteurs champions

Un comité de pilotage s'est constitué représentant les deux services de maternité et de pédiatrie. Il est formé des cadres supérieurs et des chefs des services respectifs, du chef de projet et d'un pédiatre détenant le *International Board Certified Lactation Consultant*. Il a pour mission la validation du projet et la représentation de l'HDF auprès du ministère de la santé pour la ré-obtention du label.

Le comité opérationnel formé du chef de projet et du pédiatre consultant en allaitement était chargé de poursuivre la démarche et en être les pilotes. Le comité comprenait également d'autres personnes ressources pour la formation : sages femmes, puéricultrices, diététicienne et psychologue.

Communication du projet au niveau institutionnel de l'hôpital

La communication du projet au niveau institutionnel s'est faite au cours d'une réunion avec le Président du conseil d'Administration, la Directrice des Soins Infirmiers, le Directeur Médical pour une approbation officielle.

Plan d'action

Le plan d'action se décline en :

1. Révision de la politique de l'hôpital

La politique de l'hôpital a été révisée et modifiée afin de répondre exactement aux 10 conditions de l'OMS, surtout la 4ème condition qui concerne le contact peau à peau entre la mère et le nourrisson, ainsi que la mise au sein autonome de ce dernier dans l'heure qui suit la naissance.

2. Création et affichage de posters et de brochures

L'information est primordiale pour tous les clients internes et externes de l'HDF par des affiches et des brochures qui expliquent :

- La politique de l'hôpital
- L'AM et le lait de substitution
- La préparation à la naissance et le suivi post natal

3. Révision des protocoles de l'AM

Afin de répondre aux normes internationales exigées, l'équipe a révisé les protocoles liés à l'AM et en a élaboré d'autres, relatifs à la préparation à la naissance, au contact peau à peau pour accouchement normal ou par césarienne et au suivi post natal.

4. Formation du personnel à différents niveaux

L'adhésion à cette initiative exige la formation de tout le personnel dans les différents services de l'IHAB. Ainsi plusieurs formations sont recommandées, celle de 20h, de 4h et d'une heure. La démarche de la formation de 20h étant la plus urgente, la structure des deux autres sera à définir ultérieurement.

4.1. Formation de 20h

Cette formation est nécessaire pour le personnel en contact direct avec la mère et son enfant. Elle comprend une formation théorique et pratique durant l'intégration du nouveau personnel.

Objectifs

- Pouvoir préparer les mères en prénatal et assurer le suivi en post-natal
- Connaître les bénéfices de l'AM pour le bébé et sa mère
- Connaître la physiologie de la lactation
- Connaître les compétences et les adaptations du nourrisson durant la tétée
- Appliquer les différentes positions au sein
- Accompagner et encourager le contact peau à peau et reconnaître ses avantages
- Evaluer le déroulement de la tétée
- Pouvoir accompagner les mères et les bébés dans le rythme du sommeil, l'alimentation difficile, la proximité et les techniques d'allaitement
- Accompagner les mères séparées de leurs bébés : l'expression du lait, la conservation et le contact peau à peau

- Connaître le code international de protection de l'allaitement et la commercialisation des fabricants des substituts du lait maternel.

Les modalités de la formation: les cours sont répartis sur 3 jours de 8 heures chacune comptant 17 heures de cours magistraux et 3 heures de stages.

4.2 Formation de 4 heures

Cette formation vise tout le personnel féminin de l'HDF (infirmières, aides-soignantes, laborantines, techniciennes, etc...) en tant que population cible dans la communauté restreinte de l'HDF (professionnelles, futures mères, ou en contact avec des femmes enceintes ou allaitantes).

Objectifs

- Informer tout le personnel féminin de l'HDF de la politique de l'AM
- Connaître les différents éléments concernant l'AM.

4.3 Formation d'une heure

Cette formation porte sur un public plus large afin de l'informer sur la politique de l'hôpital et sur les règles générales d'un IHAB.

Ce public est divisé en deux groupes : 1) les employés et les internes de l'HDF 2) les administrateurs et les médecins de l'HDF

Objectifs

- Informer tout le personnel de l'HDF de la politique de l'AM
- Connaître les règles générales d'un Hôpital Ami des Bébé.

5. Indicateurs de qualité de l'AM à l'HDF

5.1. Consommation du lait artificiel

- Nombre de boîtes de lait ouvertes par mois
- Nombre de boîtes de lait ouvertes jetées et non achevées
- Nombre de reçus d'achat de lait et vérification du prix en baisse par rapport au marché

5.2. Statistiques de l'AM

- Résultats des statistiques selon toutes recommandations de l'OMS

6. Création du centre de préparation à la naissance et l'implantation du projet:

Pour répondre à la 10ème étape des dix conditions de l'OMS, un centre de préparation à la naissance est requis pour voir toutes les femmes enceintes dès la 32 Semaines d'Aménorrhée (S.A.); Ceci afin de leur transmettre l'information de toute la démarche IHAB et des attitudes à adopter concernant l'AM, pendant au moins 4 heures de temps. Les gynécologues informent les femmes enceintes qui seront suivies par des sages femmes spécialisées.

7. Création et implantation du projet de suivi post-natal et du suivi à domicile des mères après la sortie de l'hôpital

Dans le même cadre de suivi des patientes, chaque femme allaitante quittant l'HDF doit avoir un rendez vous précis pour une consultation en lactation afin de soutenir et promouvoir l'AM. La sage-femme, chef du projet est responsable des consultations qui se feront dans la même salle de préparation à la naissance.

8. Axes d'amélioration des pratiques

Certaines pratiques doivent être modifiées par rapport aux nouvelles recommandations :

- Le contact peau à peau mère-bébé dès la naissance lors de l'accouchement normal ou la césarienne
- Les attitudes concernant l'accueil du nourrisson à la naissance (telles que l'aspiration systématique des voies aériennes, le bain,...) et les nouvelles directives pour l'AM (la mise au sein dans la demie heure qui suit la naissance, ...)
- La préparation à la naissance et le suivi post natal
- La révision de toutes les pratiques d'AM répondant aux normes internationales
- L'affectation d'une sage-femme responsable référente au sein de l'équipe afin de gérer les problèmes des mères, survenant au service de suites de couches ou lors des consultations après départ à domicile.

Modalité d'évaluation

Elle concerne uniquement le personnel ayant reçu la formation de 20h. L'évaluation se déroule sur plusieurs étapes :

1. Court et moyen terme

Des audits de connaissances et de pratiques seront effectués à court (avant et après la formation) et moyen terme (6 mois après la formation). Ils seront inspirés des dix conditions de l'OMS. Ils consistent en un questionnaire et une grille d'observation pour évaluer les connaissances et les pratiques concernant l'AM. Ils seront effectués auprès du personnel formé.

2. Long terme

L'auto évaluation de l'OMS sera effectuée pour permettre la pérennité du projet. Les points faibles à améliorer et le changement des attitudes à adopter seront dégager à partir de cette évaluation.

Le succès du projet dépendra essentiellement de l'implication des équipes, de la richesse du travail collectif pluridisciplinaire, sous tendu par une volonté d'aller vers l'avant et une capacité à remettre en cause le travail et l'organisation existante.

Les indicateurs de réussite

Les indicateurs suivants ont été élaborés afin de surveiller la progression du travail et les résultats d'aboutissement

- Un taux d'allaitement maternel durant tout le séjour à la maternité > 75%
- Un taux de mise au sein avec première tétée dans l'heure qui suit la naissance > 60%
- Un taux de mise peau à peau à la naissance > 60%.

Défis

Les défis sont les suivants :

- Formation continue du personnel
- Evaluation continue du travail de l'équipe et suivi de l'éducation donnée
- Maintien d'un taux élevé d'allaitement exclusif à la sortie
- Maintien d'un contact avec le plus grand nombre de mères en post naissance pour un soutien à l'AM et un meilleur suivi.

Difficultés

Les difficultés rencontrées tout le long de notre projet sont les suivantes:

1- Auprès des mères

- Refus de garder le bébé en permanence dans les chambres, le jour par peur d'attraper des infections en présence des visiteurs et la nuit par appréhension de la mère de son rôle de maman
- Pudeur d'allaiter en public, devant les visiteurs etc....
- Insistance des mères pour un allaitement mixte, croyant que son lait est insuffisant et le bébé doit être supplémenté
- Influence familiale conjoint et/ou mère qui refusent l'AM
- Incidents de l'allaitement: (crevasses, engorgement, pleurs et faim du BB...)

- Retour précoce au travail, le congé maternité court et les conditions de travail qui ne facilitent pas à la mère la possibilité d'exprimer son lait.
- Fatigue maternelle.

2- Auprès de l'équipe soignante

- Equipe soignante polyvalente (gynécologie, maternité et grossesses à haut risque, ...)
- Effectif insuffisant
- Charge de travail élevée et suivi de l'allaitement relâché
- Manque d'expérience des nouveaux acteurs et influence sur la pratique et la continuité de l'éducation des mères
- Difficultés à l'application du « peau à peau » et « mise au sein la première heure » pour les césariennes
- Résistance de la part de quelques médecins.

Calendrier Prévisionnel Des Étapes Du Projet				
2014- 2015 Phase du projet	1 ^{er} et 2 ^{ème} trimestre	3 et 4 ^{ème} trimestre	1 ^{er} et 2 ^{ème} trimestre	3 et 4 ^{ème} trimestre
La phase du diagnostic	_____			
La phase préparatoire du projet		_____		
L'institutionnalisation et la nomination du comité de direction		_____		
La désignation des chefs du projet		_____		
L'information des instances consultatives		_____		
L'établissement du plan d'action		_____		
La description du processus		_____		
La rédaction des séances de formation			_____	
Les formations de 20h				_____
La révision des protocoles				
L'élaboration des affiches et des brochures				
L'implantation du projet de préparation à la naissance				_____
Le déroulement de la formation 4h				
Le déroulement de la formation 1h				
Evaluation à court et moyen terme				_____
Evaluation à long terme				

Résultats et Indicateurs

Taux d'AME sur plusieurs années :

	Allaitement maternel	Allaitement artificiel	Allaitement mixte
2003	36 %	4.7 %	59.1 %
2004	47.6 %	5 %	47.3 %
2005	57.5 %	5 %	37.13 %
2006	36.7 %	7.2 %	39.5 %
2008	43 %	7 %	47.7 %
2009	50 %	5.5 %	43 %
2010	44.5 %	7 %	48.45 %
2011	74.07 %	4.97 %	20.95 %
2012	73.07 %	6.03 %	20.45 %
2013	80.46 %	5.30 %	14.24 %
2014	73.15 %	6.53 %	18.7 %

Taux de première mise au sein durant la première heure et contact peau à peau

	<i>Accouchement voie basse et césarienne</i>	<i>Accouchement voie basse</i>
2011	33.15	
2012	34.36	
2013	40.04	53.11
2014	39.86	75
2015	40.26	81.32

Perspectives D'avenir

- Implantation du centre de préparation à la parentalité
- Création du poste de consultantes en allaitement chargées du suivi des mères durant l'hospitalisation et après sortie
- Création d'un bloc de césarienne au même niveau du bloc accouchement ou libérer une sage femme pour le bloc opératoire
- forum de partage online entre les membres du club allaitement.

Conclusion

L'amélioration de la qualité de l'IHAB apparaît bien comme un point d'entrée pertinent pour maintenir le développement et l'amélioration de la qualité des soins. Cette méthode prouve son utilité dans le champ des pratiques professionnelles. Son impact ne se mesure pas seulement en termes de conformité par rapport aux exigences définies pour un soin et de prise en charge optimale de la mère et de son bébé durant tout le séjour à la maternité, mais aussi l'amélioration de la qualité de l'AM à domicile.

Références

- Abrahams, S.W., & Lobbok, M.H. (2011). *Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding*. Récupéré le 01/01/2011 de <http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-4-11>
- Lobbok, M., Brownlee, A., & Clark, D. (2007). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care Original BFHI Guidelines developed 1992*. Récupéré le 01/01/2011 de http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_section_2_2009_eng.pdf
- Lobbok, M., Brownlee, A., & Clark, D. (2009). *The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes Hospital Self-Appraisal and Monitoring*. Original BFHI Course developed 1992 WHO. Récupéré le 01/01/2011 de http://www.who.int/nutrition/publications/Frequently_ask_question_Internationalcode.pdf
- OMS, & UNICEF. (1990). *Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel*. Réunion OMS/ UNICEF sur «L'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale ». Spedale degli Innocenti, Florence, Italie, du 30 juillet au 1er août 1990. Récupéré le 11/04/2016 de http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html
- Pound, C.M., Unger, S.L., Société canadienne de pédiatrie, Comité de nutrition et de gastroentérologie, Section de la pédiatrie hospitalière. (2012). L'Initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement, *Pediatric Child Health*, 17(6), 322-326. Récupéré le 11/04/2016 de <http://www.cps.ca/fr/documents/position/initiative-amis-des-bebes-allaitement#ref1>
- Promotion et protection de l'allaitement. L'Initiative Hôpital Ami des Bébé. Récupéré le 11/04/2016 de <http://www.illfrance.org/vous-informer/promotion-et-protection-de-l-allaitement/1027>
- Saadahn, R., & Casanovas, C. (2010). *Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative*. Récupéré le 01/01/2011 de <http://worldbreastfeedingweek.org/2010/pdf/wbw2010-ur-implementing-bfhi.pdf>
- Willumsen, J., & OMS Département Nutrition, santé et développement. (juillet 2013). *Justification sur la mise en œuvre de l'initiative «hôpitaux amis des bébés». Justification du point de vue biologique, comportemental et contextuel*. Récupéré le 11/04/2016 de http://www.who.int/elena/bbc/implementation_bfhi/fr/

Elaboration d'un programme de formation en leadership pour les cadres supérieurs et les cadres de soins de l'Hôtel Dieu de France

Carla Gaby Haddad, inf., M.Sc
Hôtel Dieu de France, Beyrouth.

Randa Bou Rizk Atallah, inf., Ph.D Chef de département de formation supérieure, Faculté des Sciences Infirmières, Université Saint- Joseph, Beyrouth.

Résumé

Les normes professionnelles exigent que, dans tous les rôles, les infirmières aient les compétences en leadership. La qualité, la sécurité et l'efficacité des soins sont aujourd'hui des priorités clairement définies au sein des institutions de santé. L'Hôtel Dieu de France de Beyrouth (HDF), étant un des grands hôpitaux universitaires, est confronté au défi d'assurer la qualité des soins. De ce fait, il s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité dont le leadership est un facteur clé du succès de son plan stratégique 2014-2020. Pour cela, l'HDF conscient de l'importance de la formation en leadership, s'est approprié le projet et a prévu son application en 2016.

Introduction

Le département des soins infirmiers de l'Hôtel Dieu de France (HDF), centre hospitalier universitaire de référence, reconnu innovateur et précurseur dans le domaine des soins infirmiers au niveau national est en évolution continue. Les missions du département des soins infirmiers sont en lien étroit avec le projet « Vision HDF 2020 » dont ses axes principaux consistent au développement continu des compétences des employés et à favoriser le leadership chez les acteurs, ce qui leur permet de participer à la prise de décision tout en se responsabilisant et en s'épanouissant (Hôtel Dieu de France, 2011).

Le leadership n'est pas inné, c'est une compétence qui doit être acquise ou renforcée par des formations (Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en

santé - ANAES, 2002). Ainsi, le projet suivant dont le but est d'élaborer un programme de formation en leadership pour les cadres supérieurs et les cadres de soins de l'Hôtel Dieu de France est au sein du projet « Vision HDF 2020 ».

Le leadership en soins infirmiers est défini comme « un processus relationnel où l'influence d'un individu s'exerce sur un groupe afin d'atteindre la réalisation optimale d'objectifs définis » (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013).

Afin d'être un bon leader, il est indispensable d'avoir les qualités et les compétences nécessaires pour aider un groupe à fonctionner d'une manière souple et d'atteindre les objectifs visés (*American Organization of Nurse Executives - AONE, 2005*).

Tableau 1 : Les qualités et les compétences d'un bon leader

Qualités	Compétences
L'honnêteté et la patience	La gestion des ressources humaines
La transparence	La gestion financière
Avoir une vision	La gestion du changement
Avoir confiance en soi	La communication
Avoir le goût de s'améliorer	La prise de décision
L'intégrité	La planification stratégique
L'humilité	La capacité d'élaborer des plans d'actions
Le charisme	La capacité de créer des leader

Le leadership infirmier semble avoir un effet sur les patients, les professionnels de la santé et l'institution. Dans les organisations de santé où il y a un manque de leadership, il y a une insatisfaction des infirmières, un taux d'absentéisme accru, un taux d'épuisement professionnel élevé, une perte de productivité et des performances inadéquates ainsi que des accidents de travail et une insatisfaction des patients (Rousse, 2009).

Les facteurs de développement du leadership chez l'infirmière gestionnaire ont été catégorisés en quatre thèmes :

- Les comportements et les pratiques du leader, soit la mise en application des différents types, des habiletés et des rôles du leader
- Les traits et les caractéristiques du leader, soit des facteurs faisant référence à son expérience et son niveau d'éducation
- Le contexte et l'environnement de pratique
- La participation du leader à des activités de formation continue.

De ces facteurs, il semble que l'actualisation des connaissances à travers des activités éducatives et

des formations aboutit au développement du leadership (Cummings, Lee, MacGregor, Davey, Wong et Paul, 2008).

La formation naît d'un besoin organisationnel et professionnel et vise l'atteinte d'objectifs précis pour un groupe d'employés donné. Le cycle de la formation comprend quatre étapes :

La première étape consiste à identifier les compétences ou les comportements du personnel qui devront être développés ou changés.

La deuxième étape : après avoir recueilli les besoins, la conception débute par la mise en ordre de toutes les informations recueillies, leur classification en groupe de besoin homogène pour ensuite les traduire en action de formation.

Le plan de formation est le moyen qui permet le passage des besoins au plan sous forme d'action de formation. Le plan permet de rédiger un cahier de charges dont les grandes rubriques sont : 1) But ; 2) Objectifs ; 3) Contenu ; 4) Durée ; 5) Nom du formateur ; 6) Méthode d'enseignement ; 7) Personnel visé et nombre de groupe ; 8) Le coût de la formation ; 9) L'évaluation.

La troisième étape : une fois que le contenu de la formation a été développé, l'institution doit veiller à une diffusion efficace. Il faut préparer le matériel nécessaire tel un rétroprojecteur, un ordinateur, un tableau et des crayons ou un tableau à feuilles mobiles pour favoriser le succès des activités de formation.

La quatrième étape : l'évaluation permet de vérifier si les objectifs fixés au départ ont été atteints. En comparant les objectifs d'apprentissage aux résultats obtenus, il est possible de juger à quel point l'activité de formation a été bénéfique pour les employés. Cette évaluation doit avoir lieu cinq à six semaines après la diffusion de la formation (Guide de gestion des ressources humaines, 2013).

Le département des soins infirmiers a relevé des défis liés à son environnement direct, a amené des modifications concernant l'activité des soignants, la dotation en effectif, l'horaire de travail et l'élaboration des référentiels de pratique basés sur des données probantes. Malgré cela, certains problèmes persistent et se manifestent par l'insatisfaction des infirmières qui sont marquées par l'augmentation du nombre de démission et l'insatisfaction des clients.

Pour augmenter la satisfaction des infirmières et leur implication dans l'organisation de façon à préserver leur appartenance à l'hôpital et dispenser des soins de qualité, tout en assurant la satisfaction des patients, il est recommandé de développer les compétences de leadership chez les acteurs qui animent les équipes de soins en assurant une formation adaptée aux besoins du poste.

Pour cela, il serait intéressant d'élaborer et d'implanter un programme de formation en leadership pour tous les cadres supérieurs et les cadres de soins travaillant à l'HDF.

Méthode

Processus du programme de formation en leadership

Les infirmières assument de plus en plus un rôle de leadership dans le cadre de leur pratique, rôle auxquelles elles sont très peu préparées. Afin de favoriser le développement des compétences requises dans l'exercice des cadres supérieurs et des cadres de soins, une formation sur le leadership est indispensable.

I. La première étape: Identification des besoins en formation

Pour identifier les besoins en formation, une enquête a été effectuée auprès de 63 cadres supérieurs et cadres de soins travaillant à l'HDF. La méthode de collecte des données choisie est un questionnaire formé de 19 questions et qui a été divisé en trois parties : les caractéristiques sociodémographiques, la perception des cadres supérieurs et des cadres de soins de leur style de communication, de leurs sources de pouvoir et de leur style de leadership et enfin les connaissances des cadres sur les composantes du leadership.

Les résultats de l'enquête ont montré un manque de formation des cadres supérieurs et des cadres de soins sur le leadership (37.5%) et un manque de connaissances des cadres supérieurs et des cadres de soins sur :

- les obstacles à la communication
- les obstacles majeurs à une bonne gestion du temps
- l'ordre des étapes à suivre pour mener une réunion bien conduite
- le concept de délégation
- la gestion du changement
- les méthodes de résolution des conflits
- les facteurs influençant l'exercice du leadership infirmier.

II. La deuxième étape: L'élaboration du plan de la formation

Le plan de formation permet de rédiger un cahier de charges dont les grandes rubriques sont les suivantes :

1- *But:* Le but de la formation est de développer les compétences en leadership et les performances managériales chez tous les cadres supérieurs et les cadres de soins de l'HDF.

2- *Objectifs:* Au terme de cette formation, les cadres supérieurs et les cadres de soins seront capables de :

- Identifier leurs styles et potentialités de leadership
- Distinguer les qualités et les différents rôles d'un leader
- Développer leurs performances managériales : animer une réunion, motiver une équipe, gérer le temps et conduire un changement.
- Elaborer des stratégies adaptées pour améliorer les moyens de communication avec l'équipe.

3- *Le contenu de la formation est le suivant :*

- Introduction générale de la formation
- Le leadership : définition, styles et qualités du leader
- La communication pour le leadership
- La conduite de réunion
- La prise de parole en public
- La prise de décision
- La réunion de discussion de groupe
- La gestion du temps
- La conduite et l'accompagnement du changement
- La motivation
- La gestion des conflits
- La négociation
- La délégation
- La planification stratégique
- Le coaching

4- *La durée de la formation :*

Les sessions de formation auront lieu durant cinq jours de 9h à 15h pour une durée totale de 25 heures. Chaque jour, une pause déjeuner de 1h est programmée à 13h. Le lieu de la formation sera choisi par la direction des soins infirmiers de l'HDF en collaboration avec l'unité de formation de l'hôpital.

5- *Le formateur:*

Les sessions de formation seront dispensées par un professionnel de santé expert en leadership titulaire au moins d'un Master ou une maîtrise en administration des affaires.

6- *Les méthodes d'enseignement:*

Cette formation s'appuie sur un dispositif complet de méthodes pédagogiques tel que l'exposé magistral, l'étude de cas, les travaux de groupes et les discussions, le brainstorming, la mise en situation, les jeux de rôle, des exercices et des tests.

7- *Le personnel visé et le nombre de groupe:*

Tous les cadres supérieurs et les cadres de soins de l'HDF qui sont au nombre de 70 et qui seront divisé en 3 groupes de 23 cadres.

8- *L'évaluation de la formation:*

L'évaluation de la formation doit se faire en deux temps. Au début par un questionnaire de description du style de leadership qui va être donné aux participantes. A la fin de la formation, un travail doit être remis au formateur deux semaines après la formation. Il consiste en une présentation et analyse d'une situation problématique liée au style de leadership adoptée avec l'équipe. Un examen doit être fait sur table et qui comprend des situations avec plusieurs réponses. Les résultats de l'examen vont montrer si les cadres vont pouvoir mettre en œuvre les compétences acquises durant la formation. Un questionnaire d'évaluation de la formation est indispensable, qui permettra de prendre l'avis des participantes et ainsi prendre leurs suggestions en considération pour les prochaines formations. Un certificat sera délivré à toutes les participantes qui ont validé les acquis.

III. La troisième étape: La diffusion de la formation

Une fois le contenu de la formation a été développé, l'HDF doit veiller à une diffusion efficace. La diffusion de la formation est prévue en hiver 2016. L'institution doit préparer tout le matériel nécessaire pour favoriser le succès des activités de formation.

IV. La quatrième étape: L'évaluation de la formation

Après six mois de la formation, une étude devrait être faite pour voir si l'environnement du travail a changé et si la perception des employés a changé envers leurs supérieurs. Les résultats de l'enquête montreront si les cadres supérieurs et les cadres de soins ont développé les compétences en leadership et les performances managériales.

Conclusion

Selon Dornier (2009), le succès d'une équipe se mesure aux compétences de ses membres, mais également à la qualité du leadership de ses dirigeants. Pour cela, c'est un élément crucial d'avoir un programme de formation en leadership pour les cadres supérieurs et les cadres de soins travaillant à l'HDF pour qu'ils obtiennent de meilleurs résultats tant au niveau du charisme témoigné envers son équipe, que de la stimulation intellectuelle qu'ils pratiquent ou de la considération individuelle qu'ils montrent à l'égard des soignants.

Le programme de leadership est sans doute un investissement pour notre institution de santé. En guise de conclusion, un programme de formation en leadership pour les cadres supérieurs et les cadres de soins travaillant à l'HDF a été proposé. Ce programme de formation contient tous les éléments permettant à un gestionnaire d'exercer pleinement son rôle de leader. L'HDF étant un des grands hôpitaux universitaires de Beyrouth, la formation de ses cadres au leadership étant une orientation de son plan stratégique 2014-2020, s'est approprié le projet et a prévu son application en 2016.

Références

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2002). *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Paris.
- American Organization of Nurse Executives. (2005). AONE Nurse executive competencies. Récupéré le 9 mars 2015 de www.aone.org/resources/.../PDFs/AONE_NEC.pdf
- Cummings, G., Lee, H., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C., & Paul, L. (2008). Factors contributing to nursing leadership : a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 13(4), 240-248.
- Dornier, (2009). Dans Centre de formation leadership pratique (2009). Leadership pratique pour les superviseurs [Brochure]. Récupéré le 5 juin 2015 de www.leadership-pratique.com/.../BROCHURE_WEB_Leadership%20pra..
- Guide de gestion des ressources humaines. (2013). Récupéré le 25 février de www.technocompetences.qc.ca/.../gestionrh/GuidesetOutils/.../Guide_GR..
- Hôtel Dieu de France. (2011). Vision HDF 2020. Beyrouth : Hôtel Dieu de France.
- L'association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). *Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier*. Toronto : 2ème édition.
- Rousse, R-A. (2009). Ineffective participation: reactions to absentee and incompetent nurse leadership in an intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 17, 463-473.

Qualité de vie et *coping* dyadique de la jeune femme atteinte d'un cancer du sein non métastatique

Mariana Abi Aad El Khoury, Inf., M.Sc., enseignante, faculté des sciences infirmières, université Saint-joseph Beyrouth.

Rima Sassine Kazan, Inf., PhD
Doyen - Professeur associé,
Faculté des sciences infirmières, Université Saint-Joseph

Résumé

Le cancer du sein (CDS) atteint le couple en tant que « dyade ». Au Liban, il représente 42% des cancers. L'incidence du CDS est estimée à 83 nouveaux cas pour 100 000, 43% des femmes diagnostiquées ont moins que 50 ans.

Cette étude vise à décrire le niveau de la QDV des couples libanais à l'égard du CDS non métastatique et d'identifier leurs formes de *coping* dyadique. Egalement, l'étude identifie la relation entre les caractéristiques sociodémographiques de la femme, celles liées à sa maladie, son *coping* dyadique et sa QDV. L'étude s'est déroulée durant janvier, février et mars 2012 auprès de 30 couples dans six hôpitaux à Beyrouth. Les résultats ont montré que la jeune femme libanaise atteinte d'un CDS non métastatique a une QDV détériorée quant à l'image du corps notamment l'alopecie. Quant au *coping* dyadique, cette étude a montré que la QDV de la jeune femme est tributaire du soutien apporté par son conjoint, spécialement dans le partage des émotions et le soutien fourni le long de la maladie. Les implications sont multiples et visent essentiellement la prise en charge du couple dans tous les aspects de la maladie.

Introduction

Le cancer du sein (CDS) occupe le premier rang en termes d'incidence et de mortalité à l'échelle mondiale (Globocan, 2010). Ses impacts sur la QDV des femmes et de leurs conjoints sont multiples (Fournier, Christophe & Vanlemmens, 2009). Ce cancer atteint le couple en tant qu'entité ou « dyade », et implique la mise en place du *coping* dyadique, défini selon Bodenmann (1995) par « l'ensemble des efforts de l'un ou des deux partenaires destinés à gérer les événements stressants ». Le *coping* dyadique se présente sous quatre formes (Bodenmann, 1995), trois positives, le *coping* dyadique de « soutien », « commun » et « délégué ». Le *coping* dyadique négatif, incluant le *coping* « hostile », « ambivalent » et « superficiel »

(Bodenmann, 1995 ; Bodenman & Shantinah, 2004).

Des études ont montré que le recours à un *coping* dyadique positif au sein du couple favorise une QDV sociale importante et aide la patiente à maintenir et à développer ses relations sociales. Également, les études ont montré que la qualité de la relation conjugale a un effet positif sur la QDV des deux partenaires où l'un des deux est atteint d'un cancer (Morgan, 2011).

Face au stress du couple, des interventions ciblent l'information des deux partenaires sur les changements induits par la maladie et son traitement, et proposent des solutions relatives à chaque type de problème (Liebens & Aimont, 2003). Egalement, des discussions avec le couple sur les problèmes relationnels et ceux liés à l'image corporelle permettraient à ce dernier de faire face à ces problèmes et de trouver ensemble des solutions

pour y remédier (Camp-Sorell, 2009 ; Liebens & Aimont, 2003).

Au Liban, le CDS représente 42% des cas de cancer chez les femmes (Kallab, 2009), l'incidence de survenue d'un CDS est retrouvée à un bas âge chez les femmes libanaises, 40-43% des cas de femmes diagnostiquées de CDS ont moins que 50 ans (Lakkis et al, 2010 ; Kallab, 2009). Les études répertoriées au Liban dans le domaine de la discipline infirmière se sont limitées à décrire le cancer de la femme et ses répercussions sans introduire la notion du « conjoint ». Dans ce contexte et étant donné l'absence d'études portant sur la QDV des couples faisant face au CDS à notre connaissance, la présente étude a été réalisée afin d'identifier les facteurs influençant la QDV de la femme, âgée de moins de 50 ans, et atteinte d'un CDS non métastatique, car toute métastase pourrait réduire ses chances de survie.

Cette étude permet d'une part de décrire la QDV du couple et ses stratégies de *coping* dyadique afin de développer, des stratégies d'intervention visant la promotion de la QDV et la consolidation des couples. D'autre part, elle donne aux infirmières œuvrant dans les unités spécifiques de chimiothérapie et les centres spécifiques de cancer des indications pour la prise en charge spécifique du couple faisant face à cette maladie.

Afin de schématiser le cadre de référence de la présente étude, l'auteur s'est inspiré du modèle transactionnel et systémique de dyades en Psychologie de la Santé proposé par Untas (2009) dans Segrestan, 2010.

(Cf. figure 3)

Méthode

Le devis de cette étude est descriptif corrélationnel. Le cadre a été fait en se basant sur les écrits empiriques et sur la QDV mesurée par le QLQ-30, le QLQ-BR23 et sur les différentes formes du *coping* dyadique mesurées par le DCI (Bodenmann, 1995). Ainsi, les variables retenues dans cette étude sont les suivantes :

1- Les caractéristiques sociodémographiques: comprennent les caractéristiques des jeunes femmes atteintes du CDS.: l'âge, la parité, le niveau d'éducation, l'emploi, l'indice de masse corporelle (IMC) calculé

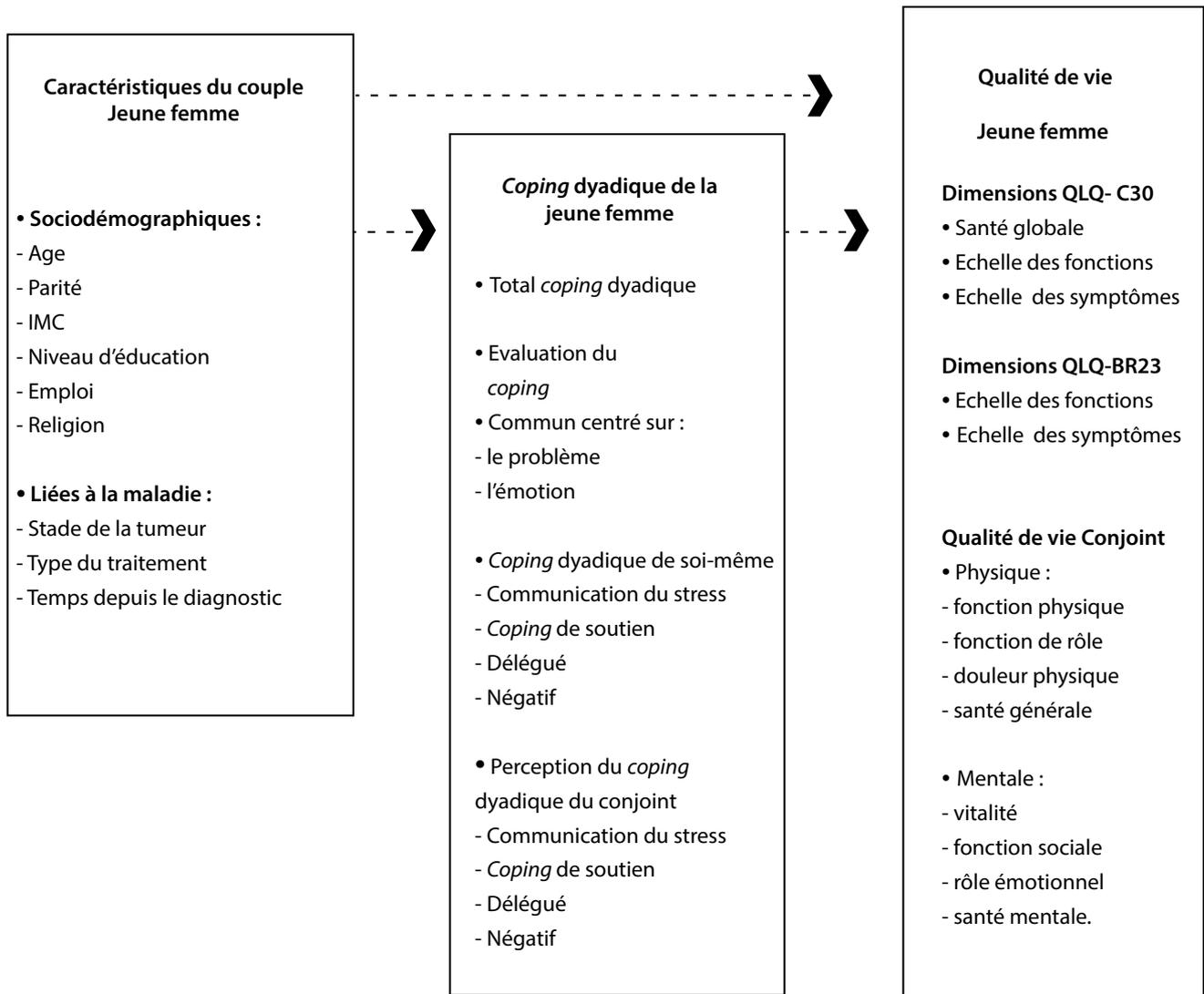
d'après le poids et la taille, et la religion, ainsi que les caractéristiques liées à la maladie comme le stade de la tumeur, le type de traitement et le temps depuis le diagnostic.

2- Le *coping* dyadique de la femme englobe le *coping* dyadique total, l'évaluation du *coping* dyadique, le *coping* commun avec ses deux formes centrées sur le problème et sur l'émotion, le *coping* dyadique de soi-même regroupant: la communication personnelle du stress, le *coping* de soutien, le *coping* délégué et le *coping* négatif. De même, la perception du *coping* dyadique du conjoint regroupant : la communication du stress du conjoint, le *coping* de soutien, le *coping* délégué et le *coping* négatif.

3- La QDV de la jeune femme a été mesurée par le QLQ-BR23 dans ses deux échelles: l'échelle des fonctions et l'échelle des symptômes.

L'autorisation d'utiliser les instruments de mesure a été obtenue auprès de leurs auteurs. L'enquête s'est déroulée auprès de 30 couples durant 4 mois allant du mois de décembre 2011 jusqu'en avril 2012 dans six hôpitaux de jour de médecine de six centres hospitaliers à Beyrouth. Suite à l'accord des directrices de soins et des comités d'éthique, l'auteure a rencontré les infirmières responsables des hôpitaux de jour pour leur présenter le but de son étude et les critères d'inclusion des participants. Les couples ont été informés par l'auteur du but de l'étude et que leur participation est volontaire, anonyme et confidentielle et qu'ils pouvaient se retirer à tout moment sans préjudice. Un formulaire de consentement a accompagné chaque questionnaire. Les deux questionnaires portant le même numéro ont été mis dans des enveloppes fermées. Un temps de trois semaines a été accordé aux couples pour rendre les questionnaires. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur SPSS (Statistical Package for the Social Science) version 19.

Figure 3: cadre de l'étude



Résultats

La moyenne d'âge des jeunes femmes est de 42.10 ans, elles ont en moyenne de 2 enfants. 50% ont un niveau d'éducation universitaire, 66.7% ne travaillent pas. La majorité est chrétienne (90%). La moyenne de l'IMC des femmes, soit 27.28kg/m² est située dans les tranches où la femme est considérée en surpoids (Abbara, 2010).

Relativement au CDS, 40% des jeunes femmes présentent le cancer au stade 2, et 36.7% ont déjà subi une mastectomie radicale et sont sous chimiothérapie. Le temps depuis le diagnostic varie entre 3 et 18 mois, soit une moyenne de 6 mois.

Quant à la QDV de la jeune femme, mesurée par le QLQ-C30 et le QLQ-BR23, les résultats montrent que la jeune femme a un score moyen pour la santé globale, supérieur à la moyenne. Au niveau de l'échelle des fonctions, les trois scores les plus élevés, sont ceux de la fonction physique, la fonction de rôle et la fonction cognitive. Le score le plus bas dans cette échelle est celui de la fonction émotionnelle, ce score est attribué « aux sensations de tension, de souci, d'irritabilité et de dépression ». Ce résultat est comparable à la majorité des études consultées montrant une altération de la fonction émotionnelle (Alawadi et al. 2009 ; Arndt et al., 2006 ; Arndt et al., 2008; Montazari, 2008). Au niveau de l'échelle des symptômes, la jeune femme atteinte d'un CDS souffre le plus de difficultés financières et de perturbation de sommeil. Pour l'échelle des fonctions, la jeune femme a un score élevé pour le fonctionnement et le plaisir sexuel. Par contre, l'image du corps et les perspectives futures ont eu respectivement des scores inférieurs à la moyenne, le score bas de l'image du corps est attribué au fait de se sentir « moins attirante, moins féminine à cause de la maladie ou du traitement, à des difficultés à se voir nue au miroir et au sentiment d'insatisfaction de son corps ». Pour l'échelle des symptômes, le mécontentement suite à l'alopecie est le symptôme ayant eu le score le plus élevé chez la jeune femme.

Ceci pourrait être relié au profil jeune de la femme et des répercussions que ce CDS pourrait avoir sur le côté physique, psychologique et social et à l'importance qu'accordent depuis toujours les femmes libanaises quant à leur apparence physique et à leur féminité.

Les résultats de la présente étude mettent le point sur plusieurs facteurs qui semblent influencer la QDV de la jeune femme et qui sont l'âge, le stade de la tumeur, le type de traitement, l'IMC et le temps depuis le diagnostic. Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans les études (Arndt, 2006 ; Alawadi et al, 2009).

Par rapport au *coping* dyadique, les résultats montrent que les premiers types de *coping* dyadique utilisés par la jeune femme, sont le *coping* de soutien par elle-même et la communication de stress. Pour le *coping* dyadique commun, la forme la plus utilisée est celle centrée sur le problème, d'un autre côté la jeune femme perçoit positivement le *coping* de soutien de son conjoint. Toutefois, la forme de *coping* la moins utilisée par la jeune femme est le *coping* commun centré sur l'émotion. Quant au *coping* dyadique total, la moyenne chez la femme s'avère être à 130. Ce total est dans les limites de la normale, sachant que le score d'un *coping* dyadique total normal se situe entre 111 et 145 (Bodenmann, 2008).

L'évaluation du *coping* dyadique traduisant l'efficacité ou la satisfaction du *coping* dans le couple est estimée à égalité par le couple.

L'analyse corrélationnelle des résultats de la présente étude a montré que les jeunes femmes atteintes de CDS utilisent le plus souvent le *coping* dyadique de soutien et le *coping* commun centré sur le problème. De même, la communication du stress par la patiente est importante dans son *coping* dyadique personnel. L'efficacité perçue ou la satisfaction du *coping* dyadique a eu un score élevé de 8.47.

Quant au *coping* commun centré sur le problème, il est la seule forme en relation négative avec la parité. Cependant la communication du stress de la femme est en étroite relation avec l'emploi et le stade de la tumeur. Le *coping* de soutien est en relation avec le niveau d'éducation.

Ainsi, les formes de *coping* qui semblent être en relation avec la QDV des femmes mesurée selon le QLQ-BR23 sont d'abord l'évaluation du *coping* dyadique, ou plutôt le sentiment d'efficacité/satisfaction et qui est relative à la façon dont le stress est habituellement géré à l'intérieur du couple. La seconde forme de *coping* qui semble avoir des répercussions sur la QDV de la femme est le *coping*

commun centré sur l'émotion dans lequel le couple partage des sentiments, fait face aux problèmes en ayant recours à la relaxation et à la détente en commun. La dernière forme de *coping* qui a des répercussions sur la QDV de la femme, soit l'image du corps est sa perception du *coping* de soutien de son conjoint. Ces résultats rejoignent ceux retrouvés dans l'étude de Segrestan-Crouzet en 2010 où les stratégies de *coping* émotionnelles jouent un rôle positif et significatif sur le *coping* des partenaires (Segrestan-Crouzet, 2010).

Il serait intéressant de signaler la forte union des couples libanais reflétée par l'usage similaire de formes de *coping* par les deux partenaires et ceci pourrait être relié à la solidité des liens entre les deux partenaires.

Tableau 1: Différence de scores entre le *coping* dyadique de la jeune femme atteinte de CDS et son conjoint (n=30 couples)

	Jeune femme		Conjoint		r	p
	Moyenne Écart-type	Min-Max	Moyenne Écart-type	Min-Max		
Coping dyadique total (excluant l'évaluation)	130±24.43	62-169	127.4±19.84	78-168	0.619**	0.000
Evaluation du coping dyadique	8.47±2.50	2-10	8.13±1.94	2-10	0.457*	0.011
Coping dyadique commun						
Coping dyadique commun centré sur le problème	11.83±3.75	3-15	11.36±3.07	3-15	0.563**	0.001
Coping dyadique commun centré sur l'émotion	6.23±2.72	2-10	6.26±2.42	2-10	0.593**	0.001
Coping dyadique de soi						
Communication personnelle du stress	13.00±4.63	4-20	9.83±3.25	4-17	-0.095	0.618
Coping dyadique de soutien par soi-même	21.43±3.14	14-25	20.40±4.22	9-25	0.460*	0.010
Coping dyadique délégué par soi-même	7.36±1.92	4-10	7.97±1.86	2-10	0.247	0.189
Coping dyadique négatif par soi-même	7.70±3.44	4-16	8.70±3.65	4-18	0.686**	0.000
Coping dyadique du conjoint						
Communication du stress du conjoint	10.80±3.0	6-16	13.5±4.13	6-20	-0.229	0.223
Coping dyadique de soutien par le conjoint	20.06±5.75	5-25	19.73±3.76	11-25	0.447**	0.013
Coping dyadique délégué du conjoint	8.03±2.34	2-10	7.06±1.92	2-10	-0.090	0.636
Coping dyadique négatif du conjoint	9.06±4.98	4-20	8.03±3.52	4-17	0.257	0.171

En gras : les résultats statistiquement significatifs

P<0.05 relation significative

r : r ≥ 0.7 relation forte, **0.4 ≤ r ≤ 0.6** relation modérée, **r ≤ 0.3** relation faible

Conclusion

La présente étude est pionnière dans le domaine du CDS et de la QDV car le concept du *coping* dyadique n'a jamais été exploré dans des études au Moyen Orient ; de même l'instrument de mesure du *coping* dyadique a été traduit et utilisé pour la première fois en langue arabe avec un degré de sensibilité élevé, ce qui donne à cette étude l'originalité d'explorer l'effet du *coping* dyadique sur la QDV de la jeune femme libanaise atteinte de CDS.

Implications de l'étude

A la lumière des résultats de la présente étude, plusieurs recommandations peuvent être dégagées, elles concernent à la fois la recherche, la formation et la pratique.

Au plan de la recherche

- Poursuivre les résultats corrélationnels afin de décrire les facteurs qui influencent la QDV du conjoint ainsi que les facteurs influençant la QDV de la dyade
- Intégrer le concept du couple dans les futures recherches qui pourront être faites dans le domaine de la psychologie ou tout autre domaine social
- Mener une étude longitudinale au niveau national avec un échantillon plus large afin de pouvoir prédire les facteurs influençant la QDV des couples et à généraliser les résultats
- Inclure la dimension spirituelle dans toute future étude similaire, sachant que cette dimension n'a pas été mesurée par les divers instruments utilisés dans cette étude et qu'elle occupe une place importante au niveau culturel au Moyen Orient, en particulier dans la culture libanaise
- Mener une étude qualitative auprès du couple permettant de décrire l'expérience de vie ainsi que le vécu du couple et ses stratégies de faire-face durant cette étape difficile.

Au plan de la formation

- Renforcer le contenu de toute formation initiale et continue de professionnelles de santé relatif à toute problématique de maladie chronique en ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, psychologique, sociale et du *coping* dyadique ainsi qu'à la communication efficace

- Intégrer dans les cours relatifs aux maladies chroniques, à la psychologie et aux méthodes de communication et de relation d'aide un contenu portant sur la notion de couple.

Au plan de la pratique

Couple

- Impliquer le couple dans les diverses étapes de la maladie depuis le diagnostic, le choix des modalités de prise en charge thérapeutique, psychologique et sociale aux étapes évolutives de la maladie
- Assurer le soutien du couple à travers des interventions renforçant la communication du stress au sein du couple, le *coping* de soutien des partenaires ainsi que les stratégies centrées sur le problème.
- Assurer aux couples vivant des problématiques de santé des rencontres et des programmes de soutien et d'échange intégrant des patientes « survivantes » au cancer ainsi que leurs conjoints.

Equipe soignante

- Intégrer, dans les divers outils de travail des unités d'oncologie, des informations relatives aux fonctions et aux symptômes du CDS tels le fonctionnement sexuel, les effets secondaires des traitements, les symptômes de la maladie, la perception de l'image de soi afin de prendre les mesures palliatives pour réduire leur influence sur la QDV
- Développer la collaboration interdisciplinaire : médecins, infirmières, psychothérapeutes, diététiciennes, esthéticiennes, bénévoles, et hommes de culte pour une prise en charge optimale.
- Accorder une place importante aux soins relationnels et surtout à la relation d'aide et à l'écoute active lors de la prise en charge quotidienne des patients de la part des équipes soignantes et les sensibiliser à la notion de couple.
- Prendre conscience de l'impact de l'alopécie sur les diverses dimensions de la QDV des femmes et accorder une attention particulière pour la prise en charge de l'apparence physique et du côté esthétique de la jeune femme à travers la collaboration avec des centres d'esthétique, de coiffure, de prothèses et de conseillers en matière de beauté féminine.

Associations et bénévolat

- Développer les activités du bénévolat supervisées par des experts à travers un Hot line disponible 24h/24 pour soutenir les couples et répondre à leurs questions
- Sensibiliser les associations et les bénévoles à la notion du couple lors de leurs interventions auprès des femmes

- Œuvrer pour développer la collaboration entre les hôpitaux et les ONG afin d'assurer en permanence un suivi psychologique et un soutien aux couples à l'hôpital et à domicile.

Le cancer du sein chez la femme libanaise ainsi que le faire face en couple reste une problématique qui

mérite une attention plus soutenue de la part de chacun d'entre nous. Les résultats de cette étude ainsi que la participation active et les « verbatims » des jeunes femmes au moment de l'étude ne peuvent être que le meilleur témoin ou le meilleur appel d'aide de leur part. Les efforts seront à multiplier de la part des divers professionnels, chacun dans son domaine : ministères, instances publiques ou privées, professionnels de la santé, médias, familles, membres de la société... afin de les soutenir et les aider à dépasser ce cap assez difficile de la vie.

Références

- Alawadi, S., & Ohaeri, J., (2009). *Health-related quality of life of Kuwaiti women with breast cancer: a comparative study using the EORTC Quality of life Questionnaire*. Récupéré le 6 octobre 2010 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/9/222>.
- Bodenmann, G. (1995). *A systematic-transactional conceptualization of stress and coping in couples*. *Swiss J Psychol*, 54, 49.
- Bodenmann, G., & Shantinah, S-D. (2004). The couples enhancement training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family relations*, 53(5). Récupéré le 2 nov 2010 de: <http://www.jstor.org/stable/20456764>
- Camp-Sorell, D. (2009). Cancer and its treatment effect on young breast cancer survivors. *Seminars in oncology Nursing*, 25(4), 251-258.
- Fournier, E., Christophe, V., & Vanlemmens, L. (2009). Pertinence d'évaluer la qualité de vie des femmes jeunes et de leur partenaire en sénologie. *Bulletin du cancer*, 96(5).
- Globocan 2008 Libanon. Récupéré le 2 juin 2010 de <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=422>.
- Kallab, K. (2009). *Stratégies de la prévention du cancer au Liban*. Récupère le 10 juin 2012 de <http://www.fgm.usj.edu.lb/files/a142009.pdf>
- Lakkis, N., Adib, S., Osman, M., Musharafieh, U., & Hamadeh, G. (2010). *Breast cancer in Lebanon: Incidence and comparison to regional and Western*.
- Liebens, F., & Aimont, M., (2003). *Qualité de vie et cancer du sein. Coalition européenne contre le cancer du sein*. Récupéré le 13 janvier 2011 de : http://www.europadonna.be/fr/news_2003-05_quality_of_life.html
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research*, 27(32).
- Morgan M-A., Small, B., Donovan, K., Overcash, J., & Mc Millan, S. (2011). Cancer Patients with pain, the spouse / partner relationship and quality of life. *Cancer Nursing*, 34(1).
- Segrestan-Crouzet, C. (2010). *Evolution et différences dans l'ajustement des couples*.
- Untas, A., Quintard, B., Koleck, M., Borteyrou, X., & Azencot, A. (2007). *Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée après cancer*. Elsevier: Masson.

Les nuisances sonores en réanimation néonatale

**Mira Bejjani¹, Mona Accaoui¹,
Bernard Gerbaka¹, Imad Melki¹,
Najat Hatab²**

1- Service de pédiatrie

2- Responsable unité de recherche,

Direction de soins infirmiers

Hôtel Dieu de France de Beyrouth

Résumé

Le bruit devient de plus en plus considérable dans les hôpitaux surtout dans les services de réanimation. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit le bruit comme étant : « un son indésirable » ; en effet l'intensité des sons ne doit pas excéder 45 dB (déciBels) le jour et 35 dB la nuit. Plusieurs études faites à travers le monde dans des services de réanimation montrent que ce niveau est couramment dépassé la plupart du temps.

La littérature énumère plusieurs sources de bruit parmi lesquelles les équipements et le personnel. Elle révèle aussi plusieurs conséquences à court terme, entre autres les troubles du sommeil tel que le réveil, l'agitation... et long terme tels la perturbation de l'endormissement et les troubles en cours du sommeil. Elles induisent par ailleurs stress et inconfort continu chez les patients et le personnel en raison de leur caractère répétitif, brutal et imprévisible.

Cette étude descriptive permet d'évaluer les sources potentielles du bruit liées à l'hospitalisation en néonatalogie. Elle vise à mesurer les paramètres environnementaux qui caractérisent les sources d'inconfort.

Les résultats ont montré que la majorité des équipements et du matériel de la néonatalogie ont un niveau sonore supérieur à celui recommandé par l'OMS.

Les recommandations seront orientées vers l'établissement d'une politique systématique de réduction de bruit, et la sensibilisation des soignants à l'impact délétère du bruit au sein des unités de néonatalogie.

Introduction

Le bruit devient de plus en plus considérable dans les hôpitaux surtout dans les services de réanimation. Il est défini comme étant « l'ensemble de sons produits par des vibrations plus ou moins irrégulières » ou bien « tout phénomène perceptible par l'ouïe » (Larousse 2012). Le son est une onde qui se propage sous forme de variation de pression. Il est défini par sa fréquence, plus ou moins aiguë, son intensité, plus ou moins forte, exprimée en décibels (dB) et sa durée.

Quatre seuils sonores sont avancés:

- Le seuil de risque: 80 dB. Il s'agit d'une valeur importante qui sert de base à la réglementation du « bruit au travail ». A partir de ce seuil, l'employeur se doit d'apporter une information sur les risques auditifs encourus, de proposer un contrôle de l'audition (facultatif) et de mettre à disposition de ses salariés des protections auditives

adaptées. A partir de 80 dB (A), la durée d'exposition à la source de bruit est un facteur important de risque.

- Le seuil de nocivité: 85 dB, selon la réglementation du « bruit au travail ». Lorsque le salarié est exposé à un niveau de 85 dB (A) sur une période de 8h, le port de protections auditives est obligatoire
- Le seuil de danger de 90 à 115 dB. Plus le son est fort, moins il faut un temps d'exposition
- Le seuil de douleur: 120 dB. Il marque le début de la douleur. C'est un message d'alerte (Assemblée générale de France acouphènes, 2016).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2008 a décrit le bruit comme étant : « un son indésirable », son intensité ne doit pas excéder 45 dB le jour et 35 dB la nuit dans les établissements de santé. D'après les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (2001), le niveau pondéré ne doit pas dépasser 40 dB à l'intérieur des locaux et dans les salles communes et devrait être inférieur à 35 dB dans les salles de soins (Francois et Gibaud, 2011).

De même, d'après l'arrêté du 25 avril 2003 relatif à la limitation du bruit dans les établissements de santé en France, le niveau acoustique transmis par le fonctionnement d'un équipement collectif ne doit pas dépasser 35 dB dans les salles d'examen, de consultations, les bureaux médicaux et soignants, les salles d'attente et 40 dB dans les locaux de soins, dans les salles d'opération, d'obstétrique et les salles de travail (Francois et Gibaud, 2011).

Enfin, les recommandations standards pour les nouveaux nés aux Etats Unis déclarent en 2007 que le niveau continu dans les chambres d'enfants et des adultes doit être aux alentours de 45 dB, et le niveau maximal ne doit pas dépasser les 65 dB. Dans les aires de travail et des salles de repos du personnel, ce niveau doit être aux environs de 50 dB et ne doit pas dépasser les 70 dB (Francois et Gibaud, 2011). Plusieurs études faites à travers le monde dans des services de réanimation montrent que ce niveau est couramment dépassé la plupart du temps.

La littérature relève plusieurs sources de bruit parmi lesquelles les équipements et le personnel. Elle est variée, outre l'activité des soignants, l'équipement responsable du bruit peut être le moniteur, le ventilateur, l'appareil des suppléances rénales, la pompe de perfusion et de nutrition entérale, les pousse-seringues.... Les alarmes notamment produisent une pollution sonore importante >80 dB (Danion-Grilliat & Undreiner, 2007).

La nuisance sonore peut provoquer aussi des troubles du sommeil à court terme tel que le réveil, l'agitation... et à long terme tel que la perturbation de l'endormissement (refus du coucher, peur du coucher, angoisse de séparation, peur du noir), les troubles en cours du sommeil (le cauchemar ou le rêve d'angoisse). Elles induisent par ailleurs un stress continu chez les patients et le personnel en raison de leur caractère répétitif, brutal et imprévisible (Société Française d'anesthésie et de réanimation 2009). De même Novaes (1999), Nelson (2001), Playfor (2000) ont décrit les nuisances sonores rapportées par les patients comme une des premières sources d'inconfort.

La réanimation néonatale n'échappe pas à ce danger, les nouveau-nés qui y séjournent sont aussi soumis à un « environnement sonore agressif » dû aux alarmes, voix, bruits extérieurs... Ceci représente, pour eux, une source d'inconfort et de stress (trémulation, secousse, tortillement, apnée, changement de couleur, désaturation, bradycardie), (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), 2007). Certains hôpitaux ont mesuré le niveau sonore ou les dépassements majeurs d'intensité afin de moduler l'intensité des alarmes (Chambrin 2001), d'autres ont établi une politique systématique de réduction de bruit, ont sensibilisé les soignants à l'impact délétère du bruit au sein des unités de néonatalogie et ont élaboré des mesures spécifiques telles garder autant que possible les portes entre les chambres fermées en réanimation, et quelques-uns ont été pour le choix des matériaux absorbants les bruits...

Il serait donc important, de mesurer le niveau sonore ou les dépassements majeurs d'intensité dans les services de réanimation afin de trouver les moyens de les diminuer pour assurer un environnement plus sain pour les patients. Pour cela, l'Hôtel Dieu de France, centre hospitalier universitaire (CHU) à Beyrouth, a mené une étude descriptive pour évaluer les sources potentielles du bruit liées à l'hospitalisation en néonatalogie. Cette étude vise à mesurer les paramètres environnementaux qui caractérisent les sources d'inconfort du nouveau né admis en réanimation néonatale.

Méthode

Cette étude est de type descriptif corrélationnel, elle vise à mesurer l'intensité du bruit auprès des nouveaux nés admis en réanimation néonatale à l'Hôtel Dieu de France afin de diminuer les conséquences qui en résultent.

Echantillon

L'échantillon est de convenance, l'intensité du bruit est mesurée auprès de tous les nouveaux nés admis en néonatalogie entre Mars et Avril 2013.

L'intensité du bruit se mesure généralement en Décibels

(abrégé dB) facilitant ainsi la comparaison des bruits, tout en tenant compte de la plus forte sensibilité de l'oreille aux bruits faibles. Les règles conventionnelles d'addition et de soustraction ne peuvent être appliquées aux décibels. Ainsi, si deux sources de bruits de 60 dB chacune sont additionnées, leur somme est de 63 dB. En d'autres termes, si l'intensité sonore est doublée, le niveau est augmenté de 3 dB. Enfin, en présence de deux sources de bruit qui ont au moins 10 dB de différence, la somme de ces deux sources est égale à la valeur de la plus grande car la plus petite est négligeable. Mais ce qui compte pour le bruit, c'est l'impression que l'homme ressent, et pas directement sa puissance réelle. Cependant pour un bruit ambiant donné, un autre bruit de même niveau peut être perçu comme extrêmement dérangeant et désagréable, par exemple l'alarme d'un scope (Francois et Gibaud, 2011).

Variables

Les variables à l'étude sont:

- Les variables sociodémographiques des nouveaux nés: âge, âge gestationnel, poids et durée de séjour
- Le bruit provoqué par le matériel:
 - utilisé directement au chevet du nouveau né : moniteur, respirateur, pousse seringue, perfuseur, incubateur, tunnel, photothérapie
 - utilisé dans l'environnement du nouveau né : chaise tirée, eau du robinet, essuie mains, ouverture armoire-tiroir- chariot
- Le bruit émis par les individus fréquentant la néonatalogie:
 - les soignants, conversation staff
 - les parents des nouveaux nés : conversation infirmière diplômée (ID) -Parent.

Grille de Collecte de données

La grille de collecte de données est élaborée par le chef de projet en collaboration avec les cadres infirmiers de la Néonatalogie. La grille comprenait deux parties : la première mesurait l'intensité du bruit en néonatalogie

et la deuxième portait sur les variables socio démographiques.

1ère partie:

- L'environnement direct: Bruit du matériel et des équipements.
- L'environnement indirect: Bruit des individus.

2ème partie:

Les données sociodémographiques citées ci dessus. Cette grille sera remplie les infirmières de la néonatalogie et contrôlée par le chef du projet, après une formation au remplissage de la grille de toutes les infirmières de la néonatalogie.

Déroulement de l'étude

L'intensité de chaque matériel et des conversations entre les membres de l'équipe a été mesurée avec un sonomètre par le chef du projet la première semaine de février. Une grille de collecte de données est élaborée par la suite et un pré-test a été effectué auprès de 5 nouveaux nés la deuxième semaine de février pour la valider.

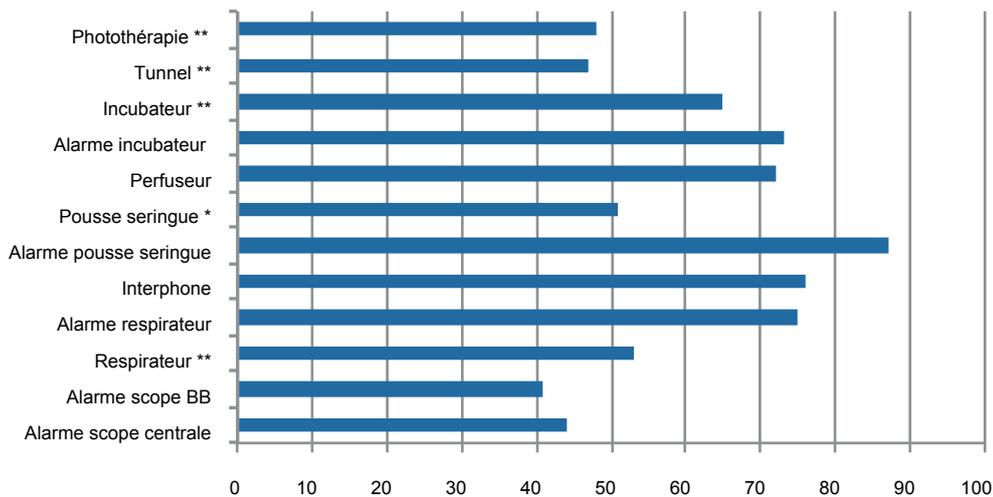
L'étude s'est déroulée de début mars jusqu'au 30 avril 2013. A l'admission du nouveau né l'infirmière qui le prend en charge, remplit la grille de collecte de données. Elle coche le matériel utilisé ou la conversation qui s'est déroulée dans l'environnement. Les grilles remplies sont conservées dans un classeur spécifique durant les 2 mois. La saisie a été faite sur Excel, version 2013, par le chef du projet.

Limites de l'étude:

le temps d'exposition au bruit des nouveau-nés est estimé entre 2 secondes et 5 minutes, le remplissage des fiches de collecte de données n'est pas homogène et enfin le bruit de fond n'est pas pris en considération (effet halot).

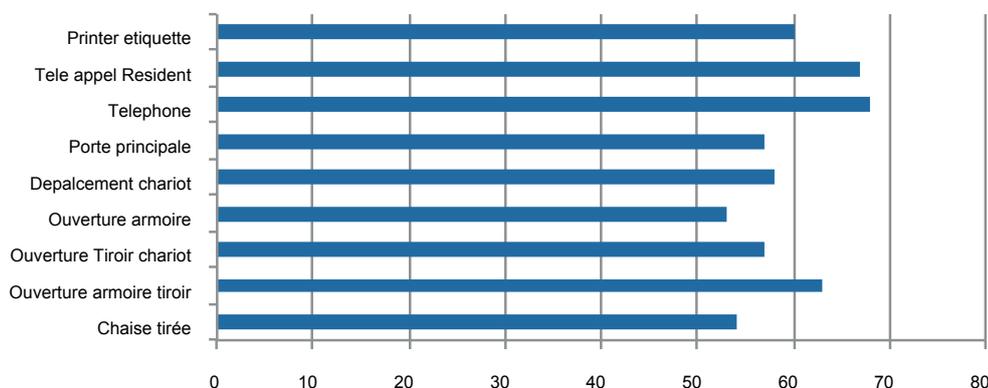
Résultats

Figure 1: Intensité du bruit des équipements à la réanimation néonatale de l'HDF



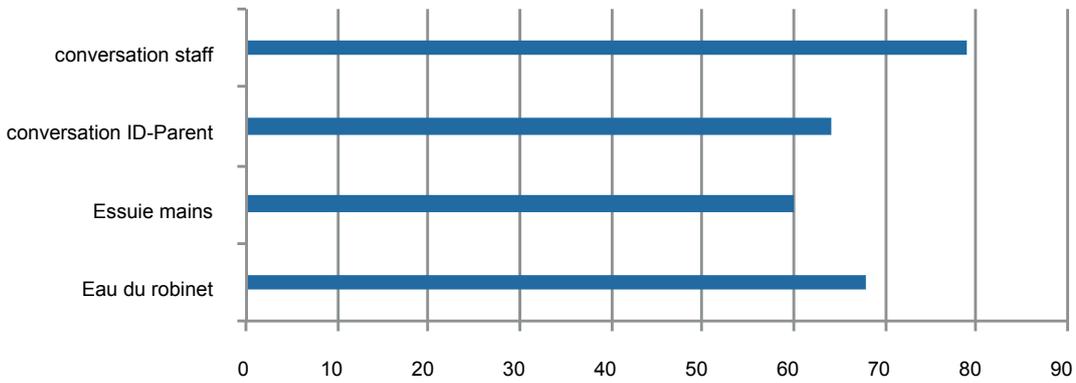
La majorité de l'équipement de la réanimation néonatale possède un bruit dont l'intensité est supérieure à celle de l'OMS le jour, et tous dépassent cette limite la nuit. On note 6 équipements ayant une intensité très élevée : incubateur et son alarme, perfuseur, alarme du respirateur et pousse seringue qui sont dans l'environnement très proche du nouveau-né et l'interphone à l'entrée de la réanimation néonatale.

Figure 2 : Intensité du bruit du matériel à la réanimation néonatale



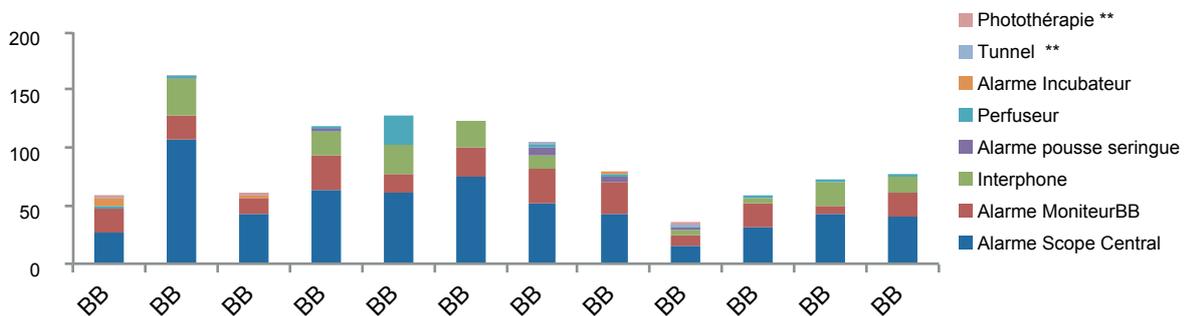
Tout le matériel à la réanimation néonatale dépasse l'intensité recommandée par l'OMS, le jour comme la nuit. Le téléphone et le télé appel du résident sont en tête de liste.

Figure 3 : Intensité du bruit émis par le personnel soignant



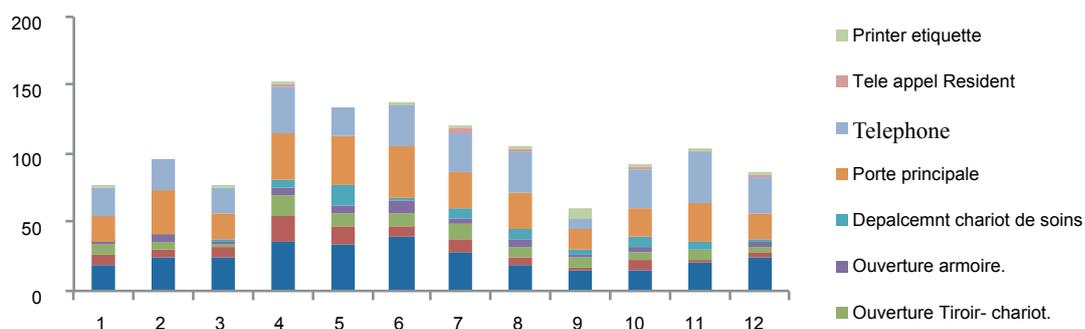
La conversation du staff et l'eau du robinet produisent un bruit d'intensité très élevée. En effet la conversation durant les staffs (rencontre équipe soignante lors de la discussion des cas des patients) atteint des intensités deux fois la normale 80 dB.

Figure 4: Fréquence du bruit des équipements par jour par nouveau né



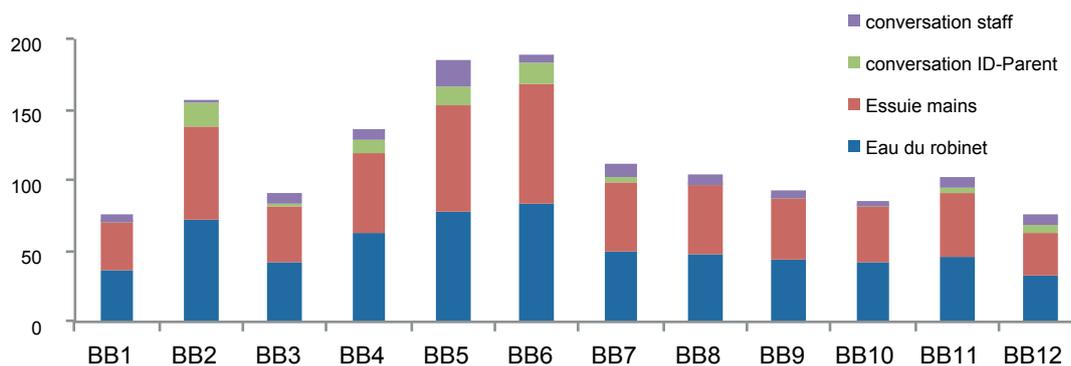
Ce graphe nous montre que la fréquence la plus répétitive est celle de l'alarme du scope central, alarme moniteur du nouveau-né et l'interphone.

Figure 5:Fréquence du bruit du matériel par jour par nouveau né



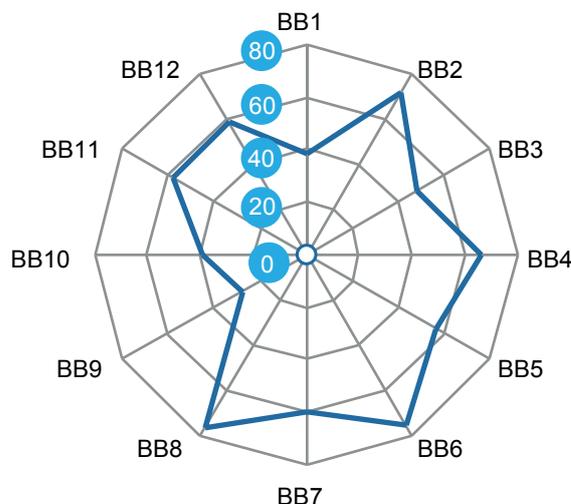
Ce graphe montre que la fréquence la plus répétitive est celle de la porte principale, du déplacement des chaises et la sonnerie du téléphone.

Figure 6 : Fréquence du bruit par le personnel soignant par jour par nouveau né



Ce graphe montre que la fréquence la plus répétitive est l'activité liée à l'hygiène des mains et au staff. Ceci est expliqué par le nombre de staff qui se déroule l'avant midi à la Réanimation.

Figure 7:Fréquence du bruit du matériel par jour par nouveau né



La moyenne de l'intensité du bruit par bébé varie de 28.1 dB/h à 76.6 dB/h.

Bébé 1 et Bébé 9 ayant le chiffre le plus bas sont installés dans une des salles d'isolement.

Bébé 2 et Bébé 8 sont situés entre 2 stations: le bureau de staff et de la table de travail du personnel.

Bébé 6 est à proximité du robinet, source d'une des intensités les plus élevées en réanimation néonatalogie.

Discussion

Le but de la présente étude était de mesurer le niveau sonore ou les dépassements majeurs d'intensité dans le service de néonatalogie afin de trouver les moyens de les diminuer pour assurer un environnement plus sain pour les nouveau-nés. Les résultats de l'étude ont montré que la majorité de l'équipement de la réanimation néonatale dispose d'un bruit dont l'intensité est supérieure à celle de l'OMS le jour, et tous dépassent cette limite la nuit. Les 6 équipements ayant l'intensité la plus élevée sont: l'incubateur et son alarme, le perfuseur, l'alarme du respirateur et la pousse seringue. Tous se trouvent dans l'environnement proche du nouveau-né. Le niveau sonore de l'incubateur dans la présente étude est de 60dB tandis que son alarme atteint les 75dB, l'alarme de la pousse seringue atteint les 90dB. Aussi, l'alarme du respirateur, l'interphone et le perfuseur ont une intensité qui varie entre 70 et 75 dB. Ces résultats sont en accord avec ceux des études dans le monde comme celle de François et Gibaud en 2011 où le niveau sonore à l'intérieur de l'incubateur peut atteindre les 75dB.

De même, la conversation du staff et l'eau du robinet produisent un bruit d'intensité très élevée. En effet la conversation durant les staffs qui se définit comme

étant la rencontre de l'équipe soignante lors de la discussion des cas des patients atteint des intensités prépondérantes de 80 dB qui équivaut à deux fois la normale. Ces conclusions sont en accord avec celles de Francois et Gibaud en 2011, qui montrent que les interventions du personnel soignant et les échanges parents soignants touchent la barre de 80dB et plus.

La fréquence de son la plus répétitive dans la présente étude est celle des alarmes du scope central et de l'alarme moniteur du nouveau-né, de l'interphone, de la porte principale et la sonnerie du téléphone ainsi que l'activité liée à l'hygiène des mains et au staff. Ceci peut être expliqué par le moment du staff qui se déroule l'avant midi en réanimation néonatale de même que le nombre de soignants présents au même moment en néonatalogie et en conséquence au nombre de soins à donner aux nouveau-nés. Ces résultats sont en divergence avec l'étude de Binet faite en 2004, dans laquelle l'auteur décrit les actions des soignants dans le but de réduire les « agressions » subies par le nouveau-né, c'est-à-dire, les soignants écoutent et réduisent au maximum leurs actions et soins auprès des bébés et leur assure un environnement calme et serein et ils diminuent autant que possible le nombre de personnes aux environs des nouveau-nés.

La moyenne de l'intensité du bruit par bébé dans cette étude, varie de 28.1 dB/h à 76.6 dB/h. Ces deux pics extrêmes de l'intensité sonore sont dus à l'emplacement de l'incubateur du nouveau-né. La faible mesure est celle de l'intensité du bruit d'un nouveau-né mis en salle d'isolement ou la porte de la salle reste fermée, ainsi, l'enfant est à l'abri de tout inconfort externe.

Enfin, l'étude réalisée démontre des niveaux sonores bien supérieurs aux valeurs guides internationales et

dont l'impact sur la santé des nouveau-nés est démontré. Les nombreuses interventions extérieures (soins divers) et les différentes stimulations ainsi que les différentes sources sonores rompent fréquemment les rythmes de veille – sommeil et concourent à l'altération du bien-être des bébés. En conséquence, l'environnement sonore au sein des services de néonatalogie n'est pas sans effet sur le développement et le bien être des patients.

Recommandations

- Mener une étude qui prend en considération le temps d'exposition du nouveau-né au bruit
- Renouveler l'équipement (incubateur : 65, pousse seringue : 87...)
- Utiliser le plus souvent les solutions hydro-

alcooliques (SHA) à la place de l'hygiène des mains (recommandations comité de lutte de l'infection nosocomiale (CLIN) de l'HDF)

- Faire les staffs loin des nouveau-nés (réunion médicale)
- Sensibiliser le personnel soignant à baisser leur voix.

Références

- Assemblée générale de France acouphènes. (9 avril 2016). *Danger : Sons, décibels et fréquences sonores*. Paris : France
- Binet, G. (2004). *L'organisation des soins en néonatalogie*. Récupéré de http://www.cnrdr.fr/L-organisation-des-soins-en.html?page=article-imprim&id_article=306
- Chambrin, M.C. (2001). Alarms in the intensive care unit: how can the number of false alarms be reduced. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC137277/>
- Danion-Grilliat, A. & Undreiner, F. (2007). *Le sommeil et ses troubles chez l'enfant*. <https://www.hitpages.com/doc/5166761267691520/1/>
- Fourrier, F. (2010). Mieux vivre la réanimation, Improve living in the intensive care unit. *Réanimation*, 19, 191-203. Récupéré de http://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1005-Reanimation-Vol19-N3-p191_203.pdf
- Francois, D., & Gibaud, M. (2011). *Etude de l'environnement sonore du prématuré au CHU de Limoges*. Limousin : Agence régionale de la santé. Récupéré de http://www.ars.limousin.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARS_Limousin/Votre_sante/sante_par_public/Mere_-_enfant/ETUDE_ENVIRONNEMENT_SONORE_PREMA.pdf
- Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), & Société de réanimation de langue française (SRLF). (2010). Conférence de consensus, Mieux vivre la Réanimation : Morbidity and mortality conferences in intensive care unit : a methodological guide. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 29, 321–330. Récupéré de http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Mieux-vivre-la-reanimation.pdf
- Westruo, B. (2007). *Newborn individualized development care and assessment program - family centered developmentally center care*. Récupéré de https://www.researchgate.net/publication/258031556_NIDCAP_FCC_-Westrup_2007

Les facteurs prédictifs de la surcharge pondérale des élèves libanais des cycles complémentaire et secondaire

Nada Karanouh Baadarani, Inf., M.Sc

Enseignante cadrée - Faculté des sciences infirmières, Université Saint-Joseph

Rima Sassine Kazan, Inf., PhD

Doyen - Professeur associé, Faculté des sciences infirmières, Université Saint-Joseph

Résumé

L'obésité est un problème majeur de santé publique vu l'augmentation de sa prévalence à un rythme alarmant partout dans le monde et ses multiples conséquences nocives sur la santé. La présente étude de type corrélationnel, a été menée auprès de 391 élèves et de leurs parents au Liban. Elle vise à identifier, à partir de la théorie du comportement à risque de Jessor (1991), les facteurs prédictifs de la surcharge pondérale chez les parents et les élèves libanais des cycles complémentaire et secondaire, fréquentant une école privée dans ses 2 branches à Beyrouth et au Mont-Liban.

Les résultats ont montré que 68% des élèves sont en surcharge pondérale, le comportement alimentaire des participants est malsain et la pratique de l'activité physique est basse par rapport aux recommandations internationales. Les résultats issus de cette étude permettront d'élaborer des programmes de prévention et de promotion de la santé adressés aux élèves et à leurs parents, basés sur l'adoption des habitudes alimentaires saines et la pratique régulière d'une activité physique.

Introduction

L'OMS (2011) annonce une épidémie d'obésité. L'obésité est un « état caractérisé par un excès de masse adipeuse répartie de façon généralisée dans les diverses zones grasses de l'organisme » (Kernbaum, 2008). Elle est considérée comme étant la deuxième cause de mortalité des jeunes après la cigarette et sa prévalence a augmenté dans tous les pays du monde. L'OMS (2010) rapporte, qu'au Moyen-Orient, la plus grande prévalence de surcharge pondérale est de 38.5% à Bahrein suivie du Koweït à 31.8%. Dans la région méditerranéenne, la majorité des enfants sont en surpoids ou obèses et la proportion de ces enfants est égale ou supérieure à celle des enfants américains, estimée à 30% de la population (OMS, 2010).

L'obésité est déterminée à partir de l'index de masse corporelle (IMC) qui est calculé en divisant le poids de la personne par le carré de sa taille (Kg / m^2). Si cet indice est supérieur ou égal à 30, l'individu est considéré comme obèse. Lorsqu'un IMC est compris entre 25 et 29.9, il indique une surcharge pondérale. Chez les enfants, l'évaluation des scores de l'IMC se fait en se référant à la courbe selon l'âge (CDC, 2000). Le degré de surcharge pondérale se traduit par un IMC supérieur ou égal à 85th percentiles. La surcharge pondérale est le résultat d'une inadéquation entre les apports et les dépenses énergétiques. A long terme, elle entraîne de nombreuses complications susceptibles de compromettre la santé des individus et de détériorer la qualité de vie de ces personnes (Picoche-Gothié, 2007 ; OMS, 2011).

Les études menées sur l'obésité et la surcharge pondérale ont surtout évoqué deux comportements à risque importants en lien avec la prise de poids chez les enfants qui sont l'inactivité physique et l'alimentation malsaine (Chen et al., 2005 ; Frenn et al., 2005 ; OMS, 2011 ; Picoche-Gothié, 2007). Ces 2 comportements sont influencés par l'évolution technologique de l'environnement physique qui est responsable d'une part, de la diminution de l'activité physique, de l'augmentation de la sédentarité dues au nombre élevé d'heures passées devant les écrans, et d'autre part, du désordre alimentaire et du grignotage. Des caractéristiques socio-économiques et culturels tels que la faible communication familiale, le bas niveau d'éducation des parents, la profession et le revenu bas des parents, leur mode de vie malsain et leur soutien faible envers leurs enfants à suivre une alimentation saine et une pratique régulière de l'activité physique constituent des facteurs influençant la surcharge pondérale chez les enfants (Chen et al., 2005 ; Frenn et al., 2005 ; Picoche-Gothié, 2007).

Pour pouvoir étudier les comportements des jeunes, Jessor (1991) a conçu la théorie « *Problem-Behavior Theory* » qui permet d'étudier les comportements à risque des jeunes sous forme de cause à effet. Jessor précise que « tout comportement est le résultat d'une interaction personne-environnement » et il est influencé par 5 facteurs. Chaque facteur est composé de 2 catégories : les facteurs protecteurs et les facteurs de risques, ces facteurs peuvent soutenir ou porter préjudice à la santé des personnes. L'équilibre entre ces facteurs déterminera le degré de prédisposition de la personne dans l'adoption du comportement.

Pour lutter contre la survenue de l'obésité et ses conséquences graves, les meilleurs moyens sont la prévention et la promotion de la santé dès le jeune âge. Les enfants doivent avoir un mode de vie sain à l'égard de l'alimentation et de la pratique de l'activité physique régulière qui doit s'incorporer dans leur milieu familial, dans leur milieu scolaire et dans leur milieu communautaire (Mossberg, 2002 ; OMS, 2011 ; Picoche-Gothié, 2007).

Au Liban, la prévalence de l'obésité infantile est en augmentation continue (Hwalla et al., 2009 ; Mehio-Sibai et al., 2003). Le Liban occupe actuellement la 3ème place en surpoids et la 7ème en obésité infantile au Moyen Orient (Mimiran et al., 2010). La surcharge pondérale et l'obésité touchent 65% de la population libanaise, cette prévalence a presque doublé par rapport aux résultats de l'étude de 1997 (Hwalla et al., 2009). Sur un échantillon

représentatif de la population libanaise âgée de 6 ans et plus, les résultats ont montré que 21.2% des enfants et des adolescents étaient en surcharge pondérale et 10.9% obèses. Les adolescents âgés de 10 à 19 ans du genre masculin souffrent d'obésité plus que ceux du genre féminin du même âge avec des taux respectifs : 14.9% des garçons et 6% des filles en 2009 contre 9.7% et 3% en 1997 (Hwalla et al., 2009). Pour les écrits, ceci est dû au style de vie occidental et à la modernisation qui affectent les habitudes alimentaires et la pratique de l'activité physique.

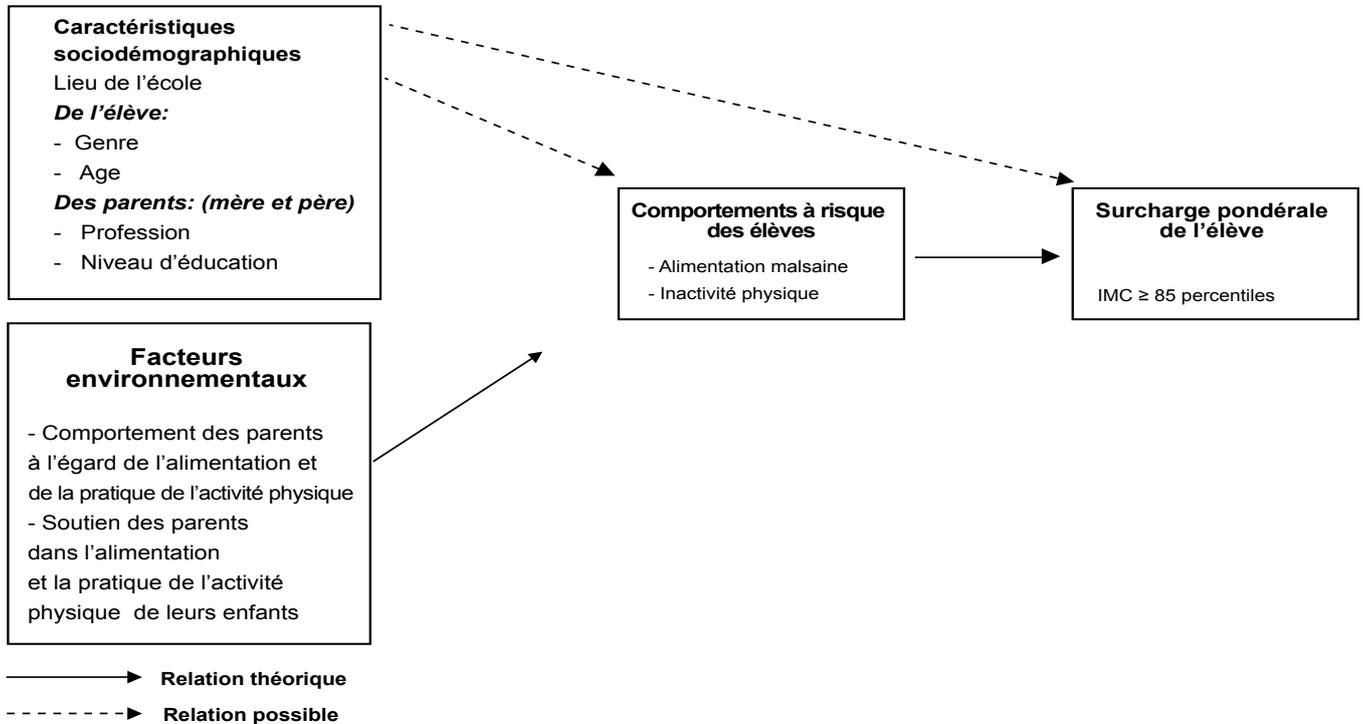
Les infirmières scolaires de l'école privée, dans ses 2 branches, où s'est déroulée l'étude ont relevé un problème majeur de surcharge pondérale et de l'obésité chez les élèves des cycles complémentaire et secondaire. Face à ce problème, quelques mesures ont été prises par les responsables des écoles en collaboration avec les infirmières scolaires et qui consistaient à sensibiliser les élèves et leurs familles sur les bienfaits d'une alimentation saine et équilibrée. Par ailleurs, ces responsables ont enlevé les distributeurs de sucreries et de boissons gazeuses qui se trouvaient dans les cours de récréation et ont incité les élèves à être plus actifs ; malgré cela, la prévalence du surpoids et de l'obésité continue de progresser.

La présente étude a été menée dans le but d'identifier les facteurs associés à la surcharge pondérale chez les élèves des cycles complémentaire et secondaire d'une école privée, dans ses 2 branches à Beyrouth et au Mont Liban. L'identification de ces facteurs permet de guider les responsables à élaborer des programmes et des stratégies en vue de modifier le mode de vie des élèves, d'améliorer leurs comportements sédentaires et de diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité. Ceci aura un impact aussi, sur l'amélioration des comportements des parents et des enfants.

Cette étude permettra de répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est la prévalence de la surcharge pondérale des élèves des cycles complémentaire et secondaire d'une école privée à Beyrouth et au Mont Liban ?
2. Quels sont les facteurs associés (environnementaux et sociodémographiques) aux comportements à risque relatifs à l'alimentation malsaine et à l'inactivité physique des élèves des cycles complémentaire et secondaire d'une école privée à Beyrouth et au Mont Liban ?
3. Quels sont les facteurs associés à la surcharge pondérale des élèves des cycles complémentaire et secondaire d'une école privée à Beyrouth et au Mont Liban ?

Fig. 1 : Cadre de référence de la présente étude



Méthode

Le devis de cette étude est corrélationnel. Les variables ont été mesurées en se basant sur 2 instruments de mesure le *Youth Risk Behavior Survey* et le *Social Support And Role Mode Questions* StSEbs qui ont été adaptés à la population libanaise après avoir pris l'autorisation de l'auteur.

L'enquête s'est déroulée du 29 Mai 2008 au 7 Juin 2008.

Le questionnaire a été distribué en classe, à tous les élèves (n=400) de la classe de 5ème à la classe de terminale, dans une enveloppe fermée. Il a été rempli sur place puis remis dans l'enveloppe pour être complété par les parents. L'autorisation de mener l'enquête a été prise du proviseur et des directeurs de chaque école. Les considérations éthiques ont été respectées. 400 questionnaires ont été récupérés dont 9 étaient inexploitables. Le nombre final est n=391 élèves et 2.3% refusés, taux acceptable (Fortin, 1996).

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur SPSS "*Statistical Package for the Social Sciences*" version 15.0.

Résultats

L'échantillon des élèves est composé de 391 dont la majorité (78%) provient de l'école de Beyrouth. Il est presque divisé à moitié entre filles (48.6%) et garçons (51.4%). La moyenne d'âge est de 15 ± 1.70 ans, avec un minimum de 12 et un maximum de 20 ans.

Plus que la moitié (68.4%) des élèves des 2 genres sont en surcharge pondérale avec une prédominance féminine (42.1%). La majorité des mères (33.5%) et des pères (49.8%) sont d'un niveau d'éducation universitaire ou technique supérieur.

Durant les sept jours qui ont précédé l'enquête, les élèves ont consommé peu d'aliments recommandés et modérément des aliments non recommandés par l'OMS (2010) comme les chips, les sucreries, les fastfoods et les boissons gazeuses. La majorité des élèves sont inactifs (65.5%), passent beaucoup de temps devant l'écran télévisé (82%) et l'ordinateur (53.7%).

En ce qui concerne l'influence des facteurs environnementaux sur les comportements à risque des

élèves, la présente étude a montré que les parents ont un comportement moyen (M=8.94) à l'égard de l'alimentation et très faible à l'égard de l'activité physique (M=0.99), ils soutiennent moyennement leurs enfants au niveau de l'alimentation (M= 9.68) et très peu dans l'activité physique (M=4.74).

L'analyse bivariée effectuée entre les différentes variables indique une relation statistiquement significative ($p < 0.05$) entre les comportements alimentaires des élèves déterminés par la fréquence de consommation de certains aliments (boissons gazeuses, frites, sucreries et fastfood) et le genre des élèves. Quant aux parents, les comportements

alimentaires des élèves sont associés d'une façon significative ($p < 0.05$) aux niveaux d'éducation de la mère, du père, au travail de la mère et aux facteurs environnementaux (comportement, soutien des parents) (cf. tableau 1).

De plus, il existe une relation statistiquement significative ($p < 0.05$) entre les comportements des élèves à l'égard de l'activité physique et l'âge, le genre de l'élève et le soutien des parents (cf. tableau 2). Le tableau 3 indique aussi une relation statistiquement significative ($p < 0.05$) entre la surcharge pondérale et la fréquence de l'activité physique.

Tableau 1 : Relation entre les caractéristiques sociodémographiques des élèves et de leurs parents, les facteurs environnementaux et les comportements alimentaires des élèves (n=391)

Variables	Légumes (%)			Lait et Yaourt (%)			B. gazeuses (%)			B. Gaz diet (%)		
	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p
Caractéristiques sociodémographiques												
Élève Genre : Fille	5.8	94.2		20.6	79.4		72.6	27.4		87.3	12.7	
Garçon	9.0	91.0	0.23	25.4	74.6	0.25	60.7	39.3	0.01	89.5	10.5	0.49
Parents												
<i>Niveau d'éducation de la mère</i>												
Analphabète, sait lire, écrire et primaire	6.6	93.4		20.0	80.0		57.8	42.2		84.4	15.5	
Complémentaire	12.8	87.2		25.8	74.2		65.4	34.6		88.1	11.9	
Secondaire ou BT	1.8	98.2		21.1	78.9		71.6	28.4		88.0	12.0	
Universitaire ou TS	7.6	92.4	0.02	23.6	76.4	0.82	68.7	31.3	0.38	91.6	8.4	0.57
<i>Niveau d'éducation du père</i>												
Analphabète, sait lire, écrire et primaire	2.4	97.6		16.2	83.8		60.5	39.5		86.1	13.9	
Complémentaire	11.3	88.7		29.6	70.4		53.5	46.5		91.6	8.4	
Secondaire ou BT	6.5	93.5		19.4	80.6		65.0	35.1		92.2	7.8	
Universitaire ou TS	7.7	92.3	0.35	23.6	76.4	0.33	73.9	26.1	0.01	86.6	13.4	0.45
<i>Mère travaille:</i>												
Oui	8.4	91.6		15.8	84.2		65.7	34.3		83.3	16.7	
Non	7.2	92.8	0.68	25.7	74.3	0.03	67.5	32.5	0.74	90.7	9.3	0.04
Moyenne ± ET												
Facteurs environnementaux												
<i>Comportements des parents :</i>												
Moyenne	7.75	7.09		8.61	7.79		7.993	7.94		8.00	7.81	
Ecart - type	3.45	3.29	0.70	3.07	3.34	0.04	3.17	3.56	0.88	3.26	3.65	0.72
<i>Soutien des parents</i>												
Moyenne	9.41	9.70		10.7	9.37		10.20	8.64		9.64	9.953	
Ecart - type	4.89	4.22	0.72	4.51	4.16	0.00	4.25	4.14	0.01	4.35	0.66	0.64

Note : en gras, les résultats significatifs ($p < 0.05$)

Tableau 1 (suite) : Relation entre les caractéristiques sociodémographiques des élèves et de leurs parents, les facteurs environnementaux et les comportements alimentaires des élèves

Variables	Frites (%) n=391			Sucreries (%) n=391			Fastfood (%) n=390		
	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p
Caractéristiques sociodémographiques									
Élève Genre: Fille	61.0	39.0		85.3	14.7		84.7	15.3	
Garçon	48.2	51.8	0.01	76.6	23.4	0.03	76.5	23.5	0.04
Parents									
<i>Niveau d'éducation de la mère</i>									
Analphabète, sait lire, écrire et primaire	35.6	64.4		84.5	15.5		84.4	15.6	
Complémentaire	50.5	49.5		79.2	20.8		77.2	22.8	
Secondaire ou BT	72.5	27.5		87.1	12.9		83.5	16.5	
Universitaire ou TS	49.6	50.4	0.00	75.6	24.4	0.12	79.4	20.6	0.60
<i>Niveau d'éducation du père</i>									
Analphabète, sait lire, écrire et primaire	51.0	49.0		76.9	23.1		88.4	11.6	
Complémentaire	49.3	50.7		87.3	12.7		76.1	23.9	
Secondaire ou BT	54.6	45.4		70.2	29.8		81.9	18.1	
Universitaire ou TS	56.4	43.6	0.74	83.1	16.9	0.035	79.4	20.6	0.42
Mère travaille: Oui	49.1	50.9		77.7	22.3		10.3	89.7	
Non	56.5	43.5	0.19	81.9	18.2	0.37	11.9	88.1	0.57
Moyenne ± ET									
Facteurs environnementaux									
<i>Comportements des parents:</i>									
Moyenne	7.85	8.12		7.09	8.00		8.06	7.62	
Ecart - type	3.28	3.32	0.42	3.32	3.22	0.95	3.16	3.83	0.29
<i>Soutien des parents:</i>									
Moyenne	9.94	9.34		10.00	8.33		9.80	9.11	
Ecart - type	4.17	4.38	1.42	4.13	4.61	0.00	4.18	4.64	0.20

Note : en gras, les résultats significatifs ($P < 0.05$)

Tableau 2 : Relation entre les caractéristiques sociodémographiques des élèves et de leurs parents, les facteurs environnementaux et les comportements à l'égard de l'activité physique

Variables	Fréquence de AP (%) (n=391)			Télévision (%) (n=389)			Ordinateur (%) (n=391)			EPS (%) (n=391)			Groupe (%) (n=390)		
	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p
Caractéristiques sociodémographiques :															
<i>Élève Genre :</i> Fille	21.6	78.4		51.6	48.5		75.2	24.7		73.8	26.3		31.7	68.3	
Garçon	46.7	53.2	0.00	32.2	67.9	0.00	60.7	39.3	0.00	74.6	25.4	0.83	59.6	40.3	0.00
Parents															
<i>Niveau d'éducation de la mère</i>															
Analphabète, sait lire, écrire et primaire	35.6	64.4		29.5	70.5		66.7	33.4		71.2	28.9		33.3	66.7	
Complémentaire	34.6	65.4		52.0	48.0		74.2	25.8		74.3	25.7		43.6	56.4	
Secondaire ou BT	26.6	73.4		43.2	56.8		69.7	30.3		69.7	30.3		43.5	56.5	
Universitaire ou TS	41.3	58.9	0.31	37.4	62.6	0.75	62.6	37.4	0.18	80.6	19.1	0.21	55.8	44.3	0.03
<i>Niveau d'éducation du père</i>															
Analphabète, sait lire, écrire et primaire	25.6	74.4		27.9	72.1		67.5	32.6		58.2	41.9		32.6	67.4	
Complémentaire	40.9	59.2		47.8	52.2		70.4	29.6		70.4	29.6		43.7	56.3	
Secondaire ou BT	31.2	68.9		44.2	55.9		70.2	29.9		80.5	19.5		46.0	53.9	
Universitaire ou TS	35.9	64.1	0.34	41.5	58.5	0.63	66.2	33.8	0.63	77.5	22.6	0.02	50.8	49.2	0.17
Moyenne ± ET															
Age: Moyenne	14.54	15.29		14.99	15.04	0.80	14.9	15.10		14.77	15.77	0.00	14.82	15.20	0.02
Ecart-type	1.33	1.81	0.00	1.83	1.67		1.80	1.60	0.34	1.58	1.81		1.63	1.74	
Facteurs environnementaux															
<i>Comportements des parents :</i>															
Moyenne	1.01	0.98		1.22	0.94		0.94	1.03		1.01	0.64		1.17	0.83	
Ecart-type	1.01	0.99	0.76	1.17	0.94	0.03	1.01	0.98	0.390	1.01	0.85	0.00	1.02	0.94	0.00
<i>Soutien des parents</i>															
Moyenne	9.00	7.78		8.20	8.21		7.96	8.40		8.48	7.30		8.42	8.00	
Ecart-type	3.75	3.04	0.00	3.46	3.33	0.96	3.25	3.42	0.190	3.52	2.64	0.00	3.54	3.17	0.21

Note : en gras, les résultats significatifs ($p < 0.05$)

Tableau 3 : Relation entre la surcharge pondérale et les comportements à risque des élèves relatifs à l'inactivité physique (n=391).

Composantes de l'inactivité physique	Surcharge pondérale		x ²	P
	Oui (%)	Non (%)		
Fréquence de l'activité physique pour une durée de 60 mn/j			4.08	0.04
Non	57.9	68.6		
Oui	42.1	31.4		
Nombre d'h/j passé devant la télévision durant les jours d'école			1.03	0.30
Non	85.1	80.7		
Oui	14.9	19.3		
Nombre d'h/j passé devant l'ordinateur durant les jours d'école			2.28	0.13
Non	59.6	51.3		
Oui	40.4	48.7		
Nombre de j de participation à l'EPS			0.01	0.90
Non	25.4	26.0		
Oui	74.6	74.0		
Membre sportif dans des groupes			0.86	0.35
Non	57.5	52.3		
Oui	42.5	47.7		

Note : en gras, les résultats significatifs ($p < 0.05$)

Discussion

- Les caractéristiques sociodémographiques des élèves et des parents sont concordants avec la plupart des études portant sur la surcharge pondérale des enfants et des adolescents (Baughcum, & al, 2000 ; Chen, & al, 2005 ; Veugeles, & al, 2005). Quant au travail de la mère, 27.6% des femmes de l'échantillon travaillent, or ceci ne rejoint pas les résultats constatés dans d'autres études (Chen, & al, 2005 ; Veugeles, & al, 2005). Ces résultats reflètent le profil réel de la femme orientale, qui une fois mariée, dépend financièrement de son mari et reste au foyer pour s'occuper de sa famille et de ses enfants (Al-Rethaiaa, & al, 2010).

- La présente étude a montré qu'un tiers des élèves sont en surcharge pondérale (29.2%). Ce constat rejoint ceux d'autres études (Guerre-Millo, 2006 ; Veugeles, & al, 2005). Ainsi que la prédominance féminine (32.8%) rejoint les études du CDC (2002) et de Grunbaum (2002), mais ne rejoint pas les résultats de certaines études où le genre masculin est plus exposé (Chakar, & al, 2007, Frenn, & al, 2005 ; Hwalla, & al, 2005). Quant aux études de Haddad (2006) et de ses collaborateurs, il n'y avait pas de différence de surcharge pondérale selon le genre. Ceci peut être expliqué par le fait d'enlever les distributeurs de friandises à l'école.

- Par rapport aux comportements des élèves relatifs à l'alimentation malsaine, on note un écart qui se situe plutôt dans la fréquence que dans le type des aliments. Il se peut que le problème découle d'un manque d'information, les élèves consomment peu d'aliments recommandés et modérément des aliments non recommandés par l'OMS (2011). Quant aux comportements des élèves relatifs à l'inactivité physique, les résultats de la présente étude ont montré que 65.5% des élèves sont inactifs, passent beaucoup de temps devant l'écran télévisé (82%) et devant l'ordinateur (53.7%) et ne font pas assez d'activité physique. Ceci pourrait être expliqué par l'accès facile aux jeux électroniques gratuits et à l'abonnement à l'internet à des prix abordables ; et ce, quelque soit leur niveau socio-économique.

- En ce qui concerne les comportements à risque relatif à l'alimentation malsaine : les résultats rejoignent les écrits, ce qui explique que, dans la culture orientale, les parents prennent en charge leurs enfants et les soutiennent au niveau de l'alimentation, ceci est un facteur principal dans l'adoption de comportements sains (Al-Rethaiaa, & al, 2010).

Quant au comportement ($M=0.99$) et au soutien ($M=4.74$) des parents à l'égard de la pratique de l'activité physique de leurs enfants, les moyennes sont au-dessous de la valeur centrale. Ce qui explique que les parents ne soutiennent pas assez leurs enfants ; or ceci peut être en relation avec le revenu des parents car, au Liban, toutes les activités sportives sont payantes, de plus, il n'existe que peu d'endroits de loisirs gratuits tels que les jardins publics et les plages (Chen, & al, 2005 ; Frenn, & al, 2005).

- L'influence des caractéristiques sociodémographiques des élèves et de leurs parents sur l'alimentation malsaine de leurs enfants : les résultats ont montré des relations statistiquement significatives entre la fréquence de consommation de certains aliments et le genre de l'élève, ces résultats rejoignent la littérature (Chen, & al, 2005 ; Frenn, & al, 2005 ; YueQiu, 2006). Quant aux parents, il existe des relations significatives entre le niveau d'éducation des parents, le travail de la mère et la prise de certains aliments malsains de l'enfant. Tout cela pourrait être dû à l'occupation des parents d'une part et d'autre part, à l'accessibilité et aux prix abordables des produits, aux effets des média qui présentent les aliments d'une façon esthétique donnant l'envie aux élèves de les consommer.

- Les résultats montrent aussi des relations statistiquement significatives entre l'inactivité physique, les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et celles des parents, cela pourrait être attribué à plusieurs facteurs, tels que le manque de temps des parents, leur niveau socio-économique bas et leur bas niveau d'éducation.

- Les résultats de l'étude ont montré également qu'il n'existe aucune relation significative entre la surcharge pondérale et les comportements à risque relatifs à l'alimentation malsaine des élèves. Par contre, il y a une association significative ($p = 0.04$) entre la

surcharge pondérale des élèves et la fréquence de leur activité physique pour une durée de 60 minutes, \leq à 2 jours/semaine. Ce qui peut expliquer un manque de connaissances des élèves concernant les méfaits et les conséquences de l'obésité.

- Enfin aucune relation significative n'existe entre la surcharge pondérale des élèves et les caractéristiques sociodémographiques des élèves et de leurs parents. Ceci pourrait être dû aux interventions déjà faites au cours de l'année comme les conférences et les actions pour limiter l'augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale.

Conclusion

Cette étude a permis de fournir des informations sur les facteurs associés à la surcharge pondérale des élèves qui pourraient orienter les interventions de promotion de l'obésité chez les enfants et leurs parents à l'égard de l'alimentation et de l'activité physique. Toutefois, la surcharge pondérale requiert un dépistage précoce et une prise en charge adaptée par les infirmières, par les parents et les enfants. Il est donc impératif de promouvoir et de prévenir la survenue de la surcharge pondérale, au niveau de toute la population surtout infantile à risque d'obésité ou non, et cela en apprenant aux enfants à adopter un mode de vie équilibré tel que l'encouragement à prendre une alimentation saine, à pratiquer une activité physique régulière et à réduire la sédentarité. Tout cela se fait en milieu scolaire, familial et communautaire.

Cette étude présente plusieurs recommandations:

Au plan de la formation

Le programme de formation des étudiants infirmiers qui se donne au Liban, cible surtout la prévention et la promotion de la surcharge pondérale chez les enfants et peu d'informations sont données au niveau de l'éducation des parents à ce sujet. Il serait intéressant de :

- Renforcer l'enseignement de l'importance du rôle des parents dans la promotion de l'obésité infantile dans l'adoption des comportements sains à l'égard de l'alimentation et de la pratique de l'activité physique.
- Renforcer le rôle éducatif et préventif de l'infirmière

dans la communauté, surtout au niveau de la promotion des comportements sains relatifs à l'alimentation et à l'activité physique.

Au plan de la pratique

Au niveau des infirmières travaillant dans les écoles et dans les centres de santé:

- Informer les parents et leurs enfants sur l'obésité infantile et ses conséquences graves sur la santé des enfants
- Diffuser des brochures pour les parents et leurs enfants, expliquant les comportements de santé relatifs à l'alimentation saine et malsaine, la pratique de l'activité physique régulière et l'inactivité, et les recommandations internationales de l'OMS.
- Apprendre à préparer des repas sains, avec peu d'huile et sans matières grasses.
- Encourager les parents à accompagner et à soutenir leurs enfants dans la prise d'une alimentation saine et dans la pratique d'une activité physique régulière.
- Guider les parents vers des diététiciennes conseillères afin de les aider dans le suivi alimentaire de leurs enfants en surpoids.

Au niveau des écoles :

- Ne pas remplacer les séances de sport par des cours et des examens. Donner plus d'importance à ces séances en leur attribuant une notation.
- Ouvrir des cantines au sein des écoles qui fournissent aux élèves des repas sains et équilibrés.
- Intégrer dans les distributeurs des écoles des fruits, des salades, du lait, du yaourt et des jus, et diminuer les chips, le chocolat, les sucreries et les boissons gazeuses.

Au niveau du ministère de la santé :

- Répéter les campagnes de sensibilisation contre la survenue de l'obésité, plusieurs fois par année et dans toutes les régions libanaises.

Au niveau des médias :

- Faire des programmes sur l'alimentation saine et sur la pratique de l'activité physique régulière adressés spécifiquement aux enfants.
- Attirer l'attention du public sur la présence de l'obésité infantile et ses conséquences graves, à travers des spots télévisés.

Au niveau des municipalités:

Encourager les responsables à:

- Monter des parcs, des jardins et des plages publiques avec espace pour la marche, pour le vélo, ... dans chaque municipalité.
- Monter des salles de sport gratuites pour encourager les enfants à faire une activité physique.
- Encourager le public à pratiquer la marche en faisant des journées sans voiture.

Au plan de la recherche

La présente étude permet l'ouverture vers d'autres recherches telles que :

- Réaliser une étude nationale auprès de tous les enfants en âge scolaire sur les facteurs prédictifs de la surcharge pondérale pour mieux préciser et cibler d'autres facteurs qui influencent la surcharge pondérale, et poser des stratégies d'actions adaptées au contexte libanais.
- Réaliser une étude expérimentale visant l'évaluation de l'effet des programmes de promotion et de prévention de la surcharge pondérale sur les comportements de santé des enfants.

Références

- Aeberli, I., Kaspar, M., & Zimmermann, M. (2007). Dietary intake and physical activity of normal weight and overweight 6 to 14 year old Swiss children. *Swiss Med WKLY*, 137:424-430.
- Al-Rethaiaa, A., Fahmy, A-E, Shwaiyat, N. (2010). Obesity and eating habits among college students in Saudi Arabia: a cross sectional study. *Nutrition Journal*, 9(39),1-10
- Baughcum, A.E., Chamberlin, L.A., Deeks C.M., Powers, S.W., & Whitaker R.C. (2000). Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*, 106(6), 1380-1386.
- Bruwier, G., & Niesten, L. (2007). L'obésité chez l'enfant, Recommandations de bonne pratique. Société Scientifique de médecine générale http://pmb.helha.be/pmbcampusmontignies/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=6707
- Burgess Dowdell, E. & Santucci, M-E. (2004). Health Risk Behavior Assessment: Nutrition, Weight, and Tobacco Use in One Urban Seventh-Grade Class. *Public Health Nursing*, 21(2), 128-136.
- Campbell. (2005). Dans Bruwier, G., & Niesten, L. (2007). L'obésité chez l'enfant, Recommandations de bonne pratique. Société Scientifique de médecine générale. http://pmb.helha.be/pmbcampusmontignies/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=6707
- CDC. (2000). *Courbes de croissance des CDC américains pour les filles et les garçons de 2 à 20 ans, Indice de la masse corporelle*. Publié le 30 mai 2000. <http://www.cdc.gov/growthcharts/data/frenchpdf95/co06l005.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). *My Pyramid Plan*. Récupérée décembre 2010 de <http://www.centralelaitiere.com/le-saviez-vous/pyramide-alimentaire-un-outil-simple-pour-une-alimentation-equilibree-0>
- Chakar, H., & Salameh, PR. (2007). Growth charts and obesity prevalence among Lebanese private schools adolescents. *Lebanese Medical Journal*, 55(2):75-82.
- Chen, J-L., & Kennedy, C. (2005). Factors associated with obesity in interna-american children. *Pediatric Nursing* 31(2), 110-115.
- El Hage, R., Jacob, C., Moussa, E., Jaffré, C, Behamou, C-L. (2009). Apport calcique journalier et indice de masse corporelle chez des adolescents libanais. *Journal Médical Libanais* 2009, 57 (4), 253-257.
- Fortin, M.F. (1996). *Le processus de la recherche de la conception à la réalisation*. Québec : Décarie Editeur.
- Frenn, M., Malin, S., Villarruel, A., Slaikeu, K., McCarthy, S., Freeman, J. & Nee, E. (2005). Determinants of physical activity and low-fat diet among low income African American and Hispanic middle school students. *Public Health Nursing* 22(2), 89-97.

- Guerre-Millo, M. (2006). Contrôle central du comportement alimentaire et de la régulation de la masse grasse : apport des modèles animaux d'obésité génétique. <http://www.institut-servier.com/download/obesite2/5.pdf>
- Grunbaum, A., Kann, L., Kinchen, S.A., Williams, B., Ross, J.G., & al. (2002). Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2001. *Centers for Disease Control and Prevention*.
- Haddad, F., Brax, H., Zein, E., & Abou El Hessen, T. (2006). L'obésité et les pathologies associées dans un centre de soins au Liban. *Journal Médical Libanais*, 54(3), 152-155.
- Hwalla, N., Mehio-Sibaï, A., & Adra, N. (2005). Adolescent obesity and physical activity. *World Rev Nutr Diet* 94, 42-50.
- Hwalla, N. (2009). Dans Merhi, N. (2011, 08 mars). Un fléau qui gagne du terrain au Liban. *L'Orient le jour*, 13103, 15.
- Hemmingsson, E., & Ekelund, U. (2007). Is the association between physical activity and body mass index obesity dependent? *International of Obesity*, 31, 663-668.
- Jessor, R. (1991). Risk Behavior in Adolescence : a Psychosocial Framework for Understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605
- Kernbaum, S. (2008). *Dictionnaire de médecine Flammarion*, (8e éd.). France : Médecine-Sciences Flammarion.
- Mehio-Sibai, A., Hwalla, N., Adra, A., & Rahal, B. (2003). Prevalence and covariates of obesity in Lebanon: findings from the first international study. *Obesity Research*, 11(11), 1353-1361.
- Melnik, B. (2009). The Latest Evidence to Guide Obesity Prevention, Policy, and Clinical Practice with Overweight Children and Adolescents. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, First Quarter 2009*, 44-48.
- Merhi, N. (2011, 08 mars). L'obésité, un fléau qui gagne du terrain au Liban. *L'Orient le jour*, 13103, 15.
- Mimiran et al., 2010 Mimiran, Sherafat-Kazemzadeh, Jalali-Farahani & Azizi. (2010). Childhood obesity in the Middle East: a review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(9), 1-9.
- Mossberg, H.O. (2002). Dans Société canadienne de pédiatrie. (2002). Une vie active saine pour les enfants et les adolescents. *Pediatrics & Child Health* 7(4), 273-286.
- Organisation mondiale de la santé. (2010). Dans Organisation mondiale de la santé. (2011). Obésité infantile : les nouvelles recommandations de l'OMS. Récupéré le 26 janvier 2011. http://www.maxisciences.com/ob%E9sit%E9-infantile/obesite-infantile-l-039-oms-emet-de-nouvelles-recommandations_art12092.html
- Organisation mondiale de la santé. (2011). Obésité infantile : *les nouvelles recommandations de l'OMS*. Récupéré le 26 janvier 2011 de http://www.maxisciences.com/ob%E9sit%E9-infantile/obesite-infantile-l-039-oms-emet-de-nouvelles-recommandations_art12092.html
- Picoche-Gothié, I. (2007). *Obésité de l'enfant*. Récupéré en novembre 2007 de <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedialnutricroiss/267b/lecon267b.htm>
- Veugeles, P-J., & Fitzgerald, A-L. (2005). Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *CMAJ* 173(6), 607-613.
- Yahia, N., Achkar, A., Abdallah, A., & Rizk, S. (2008). Eating habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition Journal* 7(32), 16.
- YueQiu. (2006). Dans, Whelton, H., Harrington, J., Crowley, E., Kelleher, V., Cronin, M., & al. (2007). Prevalence of overweight and obesity on the island of Ireland: results from the North South Survey of Children's Height, weight and body mass index, 2002. *BMC Public Health*, 7, 187
- Zeltner, T., Remund, M., Eder, J., & Dürr, M. (2007). Programme national alimentation et activité physique 2008-2012 (PNAAP 2008-2012) -Résumé. Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Implantation d'un outil de dépistage précoce de la dépression chez les femmes en post-partum à l'Hôtel Dieu de France

E. Zaccak, S. S. Salamé, N. A. Aouad, N. Yaghi, Dr.S. Richa, Dr.R. Finan, Dr. C. El Hachem, R. Gemayel, N. Hatab: Equipe soignante du service d'obstétrique, équipe soignante du service de psychiatrie, Responsable de l'unité de recherche.

Résumé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles dépressifs se placent en quatrième position dans la charge mondiale de morbidité et devraient atteindre le deuxième rang d'ici 2020. La dépression du post-partum (DPP) représente un problème majeur de santé publique qui concerne 13% des femmes dans la première année du post-partum. Elle survient chez les femmes de tous âges, parités, races et groupes socio-économiques. Elle est néfaste au niveau des conséquences qu'elle pourrait avoir sur la mère, le partenaire, la famille, les interactions mère-bébé et le développement cognitif et émotionnel de l'enfant à long terme. Malheureusement, dans le monde moins de 50% des cas de DPP sont reconnus. Au Liban, à l'Hôtel Dieu de France de Beyrouth (HDF), le service de maternité a décidé de dépister la DPP à l'hôpital afin d'éviter les conséquences graves pour la mère et le nouveau-né après leur sortie à la maison. L'échelle de mesure d'Edinburg ou l'Edinburg Postnatale Depression Scale a été utilisé le 2ème et le 30ème jour post accouchement. Les résultats ont montré que le taux d'incidence des femmes à risque de DPP à J2 à l'HDF de 2012 à 2015 est respectivement 34.7%, 32.7%, 31.38%, 27%. Ainsi qu'il existe une corrélation entre les taux de la DPP à J2 et ceux à J30-J40.

Introduction

La DPP est le trouble psychiatrique le plus fréquent en période post natale. Elle survient dans les quatre semaines jusqu'à un an après la naissance de l'enfant et peut être détectée les premiers jours post partum.

Les symptômes décrits sont ceux d'un épisode dépressif :

- 1) Trouble de l'humeur : tristesse, dysphorie, irritabilité souvent dirigée vers le conjoint et les autres membres de la famille,
- 2) Perte d'intérêt avec absence de motivation,
- 3) Perte ou gain de poids,
- 4) Insomnie ou hypersomnie,
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur,
- 6) Fatigue

ou perte d'énergie, 7) Sentiment de dévalorisation, sentiment d'incapacités physique et psychique à répondre aux besoins du nourrisson donc une culpabilité excessive, 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, 9) Pensées de mort ou idées suicidaires, 10) Anxiété durable centrée sur le bébé (Gjerdingen, & Yawn, 2007 ; Peraudeau, 2008 ; RNAO, 2005).

Pour confirmer le diagnostic, au moins cinq des symptômes cités ci-dessus devraient être présents simultanément pendant une durée de deux semaines et constituer un changement par rapport au fonctionnement antérieur de la femme et son mode de vie (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, 2005*).

Le diagnostic pourrait être posé suite à l'entretien clinique psychiatrique et/ou psychologique, la passation de tests projectifs mais aussi à l'aide d'un auto-questionnaire rempli par la femme qui est l'*Edinburg Postnatale Depression Scale* (EPDS). A la confirmation du diagnostic de DPP, une prise en charge psychothérapeutique est requise (Jadri & al, 2006).

La DPP a des conséquences néfastes : elle a des effets psychologiques handicapants sur la femme, sur l'instauration d'une relation mère-bébé de qualité, sur le développement psychologique de l'enfant, sur la relation de couple et sur l'ensemble de la famille (Gjerdengen, & Yawn, 2007 ; Health nexus santé, 2010 ; Masmoudi et al. 2006 ; Rossognol et al, 2010). WW
Ces conséquences dépendent du type de dépression maternelle, du moment de son apparition et de sa chronicité (Société Canadienne de Pédiatrie, 2009).

Durant l'hospitalisation de la femme en post accouchement, tous les soins et les conseils qui lui sont donnés, que ça soit par les sages-femmes, les infirmières et les médecins de diverses spécialités, tablent essentiellement sur le côté médical et obstétrical, ainsi que sur le nouveau-né, en omettant son état psychologique.

Cette lacune est probablement due aux connaissances limitées des professionnels de santé sur ce sujet. En effet, les signes de la DPP peuvent être masqués malgré le contact fréquent des femmes avec eux au cours de la première année du postpartum. D'où la nécessité d'utiliser un outil formel de dépistage pour mieux identifier les femmes à risque de développer une DPP.

Par ailleurs, beaucoup de femmes méconnaissent les symptômes dépressifs, ne cherchent pas d'aide, ou bien ne consultent pas, par peur d'être jugées incompetentes ou de « mauvaises mères ».

La DPP est un problème majeur de santé publique. Sa prévalence est de 13% à l'étranger et encore plus au Liban. En effet, deux études faites au Liban ont montré en 1998 un taux de 16% à Beyrouth et un taux de 47% à l'hôpital militaire.

Ainsi, vu la prévalence élevée de la DPP, ses suites délétères retrouvées dans la littérature et l'importance de sa détection précoce, une stratégie de dépistage et de

prise en charge précoce a été implantée en 2011 à la maternité de l'HDF afin d'améliorer la qualité de la prise en charge globale de la femme.

But de l'étude

Détecter les femmes à risque de développer une DPP pour une prise en charge précoce par les professionnels spécialisés à l'HDF.

Objectifs

- Implanter l'échelle de mesure "*Edinburg Postnatale Depression Scale*" au service de maternité de l'HDF
- Valider l'échelle de mesure d'EPDS au service de maternité.

Méthode

Population

Toutes les femmes qui ont accouché à l'HDF de Décembre 2010 à Mai 2011.

Instrument de collecte de données

L'instrument de mesure de la DPP est l'échelle EPDS. Il est recommandé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il a été validé et traduit en plusieurs langues (l'anglais, le français et l'arabe). C'est un auto-questionnaire rempli par la femme comprenant 10 items remplis selon une échelle de Likert allant de 0 à 3. Chaque item est coté de 0 à 3 donnant ainsi un score allant de 0 à 30. Cette échelle est utilisée à J9 de l'accouchement ; Cependant, au Liban, étant donné la difficulté de joindre les femmes en post partum, il a été décidé de remplir le questionnaire le 2ème jour et de les appeler à domicile le 30ème jour. Cette procédure a été testée pendant six mois au service de maternité de l'HDF pour valider les résultats avant d'implanter cet instrument de mesure. Par ailleurs le score significatif a été décalé à 9 au lieu de 12, sur le conseil du psychologue, participant à l'étude, puisque les mères sortaient à J2 d'accouchement et l'EPDS est effectué normalement à partir de J9 d'accouchement.

Un score obtenu, au 2ème et 3ème jour du post partum > 9 démontre une prédisposition à la DPP

et une prise en charge psychothérapeutique est alors requise (Jadri & al, 2006).

L'EPDS est donc un instrument de dépistage formé de 10 items ; il permet de dépister la dépression des femmes en post partum et durant la période péri natale. Il n'est pas un outil pour poser un diagnostic et doit être toujours accompagné d'une évaluation clinique de la dépression. Il comporte de nombreux avantages :

- Brièveté: il peut être rempli en 1 à 2 minutes
- Simplicité: tous les membres de l'équipe soignante peuvent le faire passer
- C'est la femme elle-même qui procède à son auto-évaluation avec l'aide discrète d'un soignant
- Il permet à la femme accouchée une prise de conscience de sa souffrance psychique et de reconnaître ses difficultés
- Il sensibilise les soignants à tous ces problèmes psychopathologiques de la femme en post partum
- Il permet donc de dépister les femmes pouvant souffrir
- Il permet une prévention précoce de la dépression

Stratégie d'implantation

La stratégie d'implantation de l'EPDS a suivi les étapes suivantes :

1. La validation des scores significatifs de la DPP avec le chef de service de psychiatrie
2. La formation de toutes les sages-femmes du service de maternité à l'utilisation de l'EPDS auprès des femmes
3. L'implantation dans les services de maternité.

Considérations éthiques

Les considérations éthiques ont été respectées : L'étude a été approuvée par les Directeurs médical et infirmier. L'instrument de mesure est anonyme. La sage femme de la pouponnière explique à la femme l'objectif de l'étude, lui signale qu'elle est libre de continuer le remplissage du questionnaire, et qu'elle pouvait se retirer de l'étude à n'importe quel moment sans reproches.

Collecte des données

Le protocole de l'étude ainsi expliqué a été distribué dans les 2 services de maternité, et l'étude s'est déroulée du 16 Décembre 2010 jusqu'à fin Mai 2011, soit un total de 6 mois.

L'EPDS a été distribué à toute femme ayant accouché,

en tenant compte de sa préférence linguistique vu que l'instrument existe en trois langues, tôt le matin lors de la tournée matinale et a été récupéré le jour de sa sortie (soit dès le 2ème ou le 3ème jour du postpartum).

Le 1er ou le 2ème jour du post-partum la sage-femme responsable de la pouponnière a expliqué l'objectif du questionnaire durant la séance d'éducation. Elle a veillé à distribuer et à recueillir les fiches avant 9h30 et les codifier selon une grille préétablie.

Lorsque le score obtenu a été > à 9, la sage-femme de la pouponnière a averti la sage-femme des suites de couches. Le résident de maternité a avisé le médecin traitant afin de référer la femme chez un psychiatre avant sa sortie de l'hôpital.

La copie originale du questionnaire rempli a été mise dans le dossier de l'accouchée et une copie a été mise dans un classeur réservé à l'étude. Les fiches ont été analysées sur Epiinfo par les cadres de la maternité et les deux responsables de l'étude.

Validation du questionnaire

Dans la présente étude, 228 femmes ayant accouché à l'HDF ont répondu au questionnaire à J2 post partum dans le but de rechercher des symptômes dépressifs précoces détectables par l'EPDS. Les femmes ayant un score ≥ 9 ont été systématiquement recontactées par téléphone à J30-40 post-partum pour une nouvelle évaluation à la recherche d'un épisode dépressif et ceci par le biais de l'EPDS et d'un entretien semi-standardisé basé sur les critères d'un épisode dépressif du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2005. Un groupe de 215 femmes ayant un EPDS < 9 à J2 a été également recontacté à J30-40 et évalué de la même manière.

Les conclusions majeures tirées de cette évaluation se situent à plusieurs niveaux. Tout d'abord, 33.3% des femmes de l'échantillon présentaient une symptomatologie dépressive précoce et 12.8% d'entre elles ont été diagnostiquées comme ayant un épisode dépressif du post-partum à J30-40. Le score moyen de l'EPDS à J2 était de 7.1 contre 6.5 à J30-40. Les facteurs associés à une symptomatologie dépressive précoce dans l'échantillon sont les suivants : la perception négative du déroulement de la grossesse et de l'accouchement, la voie d'accouchement, le transfert

de la mère aux soins intensifs, le transfert du nouveau-né en couveuse et l'absence de recours à l'allaitement. A J 30-40, les variables qui ont influencé le diagnostic de DPP sont les suivantes : la présence d'antécédents familiaux de dépression, la présence d'une pathologie maternelle, le transfert de la mère aux soins intensifs et le transfert du nouveau-né en couveuse.

D'autre part, une relation proportionnelle a été retrouvée entre les scores à l'EPDS à J2 et à J30-40 et il existe 16% plus de femmes qui ont une DPP à J30-40 parmi celles qui ont un score ≥ 9 à J2. Par ailleurs, la comparaison des évaluations faites au deuxième jour postpartum et à J30-40 nous permet de proposer un seuil de 7 comme cut-off prédictif de dépression du post-partum (SE=0.89 probabilité du test positif, SP=0.48 probabilité du test négatif) dans cet échantillon de femmes libanaises.

Jusqu'à ce jour, le dépistage de la DPP est une pratique continue à l'hôpital ; l'EPDS est toujours distribué aux femmes le 2ème jour post partum ; les femmes dont le score est > 9 sont orientées pour une prise en charge psychologique.

Résultats de 2012 jusqu'à 2015

Les résultats ont montré qu'il existe une relation proportionnelle entre l'EPDS à J2 et à J30-J40. Les femmes à risque de DPP à J2 de 2012 à 2015 représentent respectivement : 34.7%, 32.7%, 31.38%, 27%.

Les variables en relation avec un score ≥ 9 à J2 sont les suivantes : l'âge maternel entre 15-20 ans (50%), l'accouchement > 40 SA (75%) puis 22 et 33 SA (54%) ; la présence d'antécédents familiaux de dépression (47%),

la présence d'antécédents personnels de dépression (61.53%), les femmes qui ne travaillent pas (38.50%), la grossesse à triplet (50%), le déroulement difficile de la grossesse (47.90%), l'accouchement par césarienne (41%), la perception difficile de l'accouchement (48.60%), le sexe féminin du nouveau-né (37%), le transfert du nouveau-né en néo-natologie (41%) et l'absence de soutien familial (57%). Tandis que presque pas de différence entre les primipares et les multipares.

Conclusion

La prévalence non négligeable des épisodes dépressifs du post-partum à travers le monde, ainsi que le faible taux d'épisodes diagnostiqués et traités adéquatement, soulignent la nécessité d'un dépistage systématique de toutes les femmes pendant la période postnatale surtout qu'un épisode dépressif non traité peut avoir des répercussions graves sur la mère et l'enfant. Une politique de dépistage est d'autant plus nécessaire que la population libanaise demeure méfiante en termes de santé mentale et que les femmes ne consultent souvent pas spontanément devant des symptômes dépressifs.

En prenant en considération ces données, une idée concernant un protocole de dépistage des DPP au Liban commence à voir le jour. Cependant, bien qu'il existe des traitements efficaces, l'implantation d'une politique de dépistage de cette pathologie est certes d'une importance majeure mais son impact clinique ne peut être atteint que s'il existe un système qui assure après le diagnostic, un traitement et un suivi efficaces.

Références

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2004). *Recommandations pour la pratique : Sortie précoce après accouchement*. Paris : ANAES.
- Awad, N., & Khoueiry, A. (2007). *Manuel de fonctionnement en maternité*. Beyrouth : Hôpital Hôtel-Dieu de France.
- Ayissi, L., & Gayte, M.H. (2006). Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(2), 125-132.
- Bou Malhab, S. (2001). *La dépression post-natale et les facteurs de risque chez les femmes consultant au centre PMI*. Mémoire pour l'obtention: maîtrise en soins infirmiers.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant, l'expérience intérieur de la maternité*. Paris : Odile Jacob.

- Chaaya, M., Campbell, O.M.R., El Kak, F., Shaar, D., Harb, H., & Kaddour, A. (2002). Post-partum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health*, 5(2), 65-72. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12510201>
- Cramier, B. (2002). Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ? *Médecine Et Hygiène*, 14.
- Comité de la pédiatrie psychosociale, & Société canadienne de pédiatrie (SCP). (2009). La dépression de la mère et le développement de l'enfant. *Pediatr Child Health* 2004, 9(8), 589-598. Récupéré de <http://www.cps.ca/francais/enonces/PP/pp04-03.htm>
- Cooper, P., Murray, L., & Halligan, S. (2010). *Traitement de la dépression postpartum*. Royaume-Uni : Winnicott research unit, university of reading,
- Cox, J.L., & Holden, J.M. (1987). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Sagovsky from British journal of psychiatry*, (reviser en avril 2010).
- Dayan, J. (2007). Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du postpartum. Revue et synthèse. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 549-561. Récupéré de <http://www.em-consulte.com/article/132979>
- De Valors, M.H. (s. d.). Du baby blues aux névroses...Et TSPT, post accouchement. *Dossier de l'obstétrique éditions ELPEA* 322.
- Ghubash, R., Abou Saleh, M.T., & Daradkeh, T.K. (1997). The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Soc psychiatry psychiatr epidemiol* 32, 474-476.
- Gjerdingen, D.K., & Yawn, B.P. (2007). Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *The journal of the American Board of Family Medicine*, 20(3), 280-288. Récupéré de <http://www.jabfm.org/cgi/content/full/20/3/280>
- Health nexus santé. (2010). Creating circles of support for pregnant women and parents. *A manual for service providers supporting women's mental health in pregnancy and postpartum*. Récupéré de http://www.beststart.org/resources/ppmd/pdf/circles_of_support_manual_fnl.pdf
- Jadri, R., & Maron, M. (2006). Why and how to improve postnatal depression screening in the immediate post-partum? *Clinical effectiveness in nursing*, 9S2, 238-241.
- Le Maitre, V. (s.d.). *Préoccupation maternelle primaire et dépression du post-partum*. Grenoble. Récupéré de <http://fripsi.pagesperso-orange.fr/lemaitre.htm>
- Leigh, B., Milgrom, J. (2008). *Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress*, BMC. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2375874/>
- Logsdon, M.C., Wisner, K.L., & Pinto-Foltz, M.D. (2005). The impact of postpartum depression on mothering. *AWHONN, the association of women's health, obstetric and neonatal nurses, JOGNN*, 35, 652-658.
- Lusskin, S. I., Pundiak, T. M., & Habib, S. M. (2007). Perinatal Depression :Hiding in Plain Sight. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 479-488.
- Masmoudi, J., Trabelsi, S., Charfeddine, F., & Jaoua, A. (2006). La dépression du postpartum. *Service de psychiatrie "A", CHU Hédi Chaker, Sfax*, 11/12, 7-13.
- Milgrom, J., Gemmill, A.W., Bilszta., J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2007). *Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study*.
- Morrell, C.J. (2006). *Review of intervention to prevent or treat postnatal depression*. Sheffield : ELSEVIER.
- Oberlander, T.F. (2005). *La dépression postpartum et les pleurs du nourrisson*. University of British Columbia, Canada. Récupéré de <http://www>.

- child-encyclopedia.com/pages/PDF/OberlanderFRxp.pdf
- Paulson, J.F., Bazemore, S.D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression, a meta-analysis. *American Medical Association Jama*, 303, 19.
- Peraudeau, L., (2008). *La dépression du post-partum : l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, un moyen efficace de dépistage précoce ?* Mémoire de diplôme d'état de sage-femme, Université de Nantes.
- Poobalan, A.S., Aucott, L.S., Ross, L., Smith, W.C.S., Helms, P.J., & Williams, H.G. (2007). Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development. *The British journal of psychiatry*, 191, 378-386.
- Public health Agency of Canada. (2010). Early postpartum care of the mother and infant and transition to the community. *Family-centred maternity and newborn care: national guidelines*.
- Registered Nurses Association of Ontario, RNAO. (2005). Interventions for postpartum depression. *Nursing best practice guidelines program*.
- Rossignol, A.S., Nanzer, N., & Etter, J.F. (2010). *L'entretien prénatal: un outil de prévention de la dépression périnatale et de soutien à la parentalité*. Récupéré de http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/RapportENTRETIEN_PRENATAL-14.06.10.pdf?ComponentId=kmelia1037&SourceFile=1276585452235.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/.
- Teissède, F., & Chabrol, H. (2004). Etude de l'EPDS (Echelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *Centre d'études et de recherche en psychopathologie, Université de Toulouse II, Le Mirail*, 376-381. Récupéré de <http://www.em-consulte.com/article/83279>.
- Teissède, F., & Chabrol, H. (2004). Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum: une étude comparative randomisée chez 450 femmes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 266-273.
- Teissède, F., Chabrol, H. (2004). Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *The Canadian Journal of psychiatry*, 49, 51-54.
- World Health Organisation. (2008). Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. *Report of the meeting held in Geneva, Switzerland*. Geneva : WHO.

Infection Control from Curriculum to Practice

Najwa El Gerges, RN, BSN, MPH,
Lecturer Notre Dame University,
Lebanon

Micheline Abou Saleh, RN,
BSN, MSN, Lecturer Notre Dame
University, Lebanon

Abstract

Health-Care Associated Infections (HCAI) are a silent epidemic and a major problem for patient safety in developed and developing countries. The World Health Organization (WHO) estimated that nearly 2 million hospital patients are infected with a HCAI each year. In order to tackle this issue, WHO launched the first Global Patient Safety Challenge 2005-2006, 'Clean Care is Safer Care' to promote efficient hand hygiene practices in healthcare globally. However, compliance with Hand Hygiene among Health Care Workers, including nursing, remains unacceptable. The WHO generate the Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide" to assist universities and schools to deliver consistent and structured infection control competencies. In clinical practice, infection control committees, ministries of health, Center of Disease Control guidelines, and Joint Commission International (JCI) standards are the landmark to prevent and address infection control policies. This paper provides a review of the WHO initiative to reduce health care associated infections, which present a worldwide problem.

Introduction

Despite many advances in infectious disease management, new major infections of the 20th and 21st century include those acquired in the hospital known as healthcare associated infections (HCAI), others contracted while receiving care in the community contracted by health care professionals during their practice (Chalmers & Straub, 2006)

The World Health Organization (2015) defines "Healthcare Associated Infections" (HCAIs), also referred to as "nosocomial" or "hospital" infection, as "an infection occurring in a patient during the process of care in a hospital or other healthcare facility which was not present or incubating at the time of admission." HCAIs represent a major risk to patient safety affecting the quality of care of millions of patients every year in both

developed and developing countries (Sax et al., 2007). It is recognized as a major and escalating problem in public health (Lacerda, 2003). It has been estimated that over 1.4 million people worldwide suffer from HCAI at any given time (Wiles, Rose, Curry-Lourenco & Swift, 2015). Five to 10% of patients admitted to modern hospitals in developed countries acquire one or more infections, and in developing countries the rate can exceed 25% (Wiles, Rose, Curry-Lourenco & Swift, 2015). This means that around one out of 20 hospitalized patients may acquire an HCAI while undergoing treatment in a health care setting (Levens et al., 2007). Moreover, HCAIs contribute towards suffering, extended hospital stay, higher cost and mortality rates.

Approximately, 20-30% of HCAIs are considered to be preventable by intensive hand hygiene and infection control programs. Today, only 57 of 192 countries have national Infection Control (IC) societies (Lynch, Pittet,

Borgc & Mehtard, 2007). This article provides a review of the WHO initiative to reduce health care associated infections from curriculum to practice.

World Alliance for Patient Safety: First Global Patient Safety Challenge

In October 2004, the World Health Organization (WHO) launched an international alliance to improve patient safety as a global initiative. This event represented the first occasion on which senior policy-makers, heads of agencies, technical experts, and clinical and patient groups joined internationally to pursue the patient safety goal of "Primum, non nocere" ("First, do no harm") (Lynch et al., 2007). The main topic of the World Alliance for Patient Safety chosen for the first Challenge, covering 2005-2006, was HCAI. The First Global Patient Safety Challenge (GPSC) "Clean Care is Safer Care" was launched in October 2005 to support WHO strategies to reduce HCAI (Allegranzi et al, 2007). The major objectives were: (1) to raise awareness of the impact of HCAI on patient safety and promote preventive strategies within countries; (2) to build commitment from countries to prioritize reducing HCAI; (3) to issue recommendations bringing the scientific evidence for optimal promotion of hand hygiene and (4) to test the implementation of the new WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.

Kendall & al (2012) recognized the demonstration of Semmelweis in 1840s of the efficacy of hand hygiene (HH) in dramatically reducing maternal deaths in hospitals from puerperal fever (cited in Kendall, Landers, Kirk, & Young, 2012). Ever since, HH has been granted as the single most effective practice for preventing the spread of HCAs and is considered as a critical component of infection control programs and a standard for health care settings by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and The Joint Commission (JC) (WHO, 2009; CDC, 2002; JCI, 2009).

The Point-Of-Care (POC) is the location comprising the patient, the health care worker (HCW), and the care or treatment involving contact with the patient or the patient's surroundings (Mathai, Allegranzi, Kilpatrick & Pittet, 2012). POC is within the patient zone (or the "patient nest") and is a standard of care for improving

hand hygiene during patient care activities. In order to promote the best practice of POC solutions, publication of guidelines and standards by professional organizations should state them as recommendations (Mathai, Allegranzi, Kilpatrick & Pittet, 2012). The Center for Disease Control (CDC, 2012) also recommends health care providers to practice hand hygiene at key points in time to disrupt the transmission of microorganisms to patients. Promoting hand hygiene compliance among health care workers (HCWs), ensuring that hand hygiene resources are readily accessible at critical locations, and behavior change must be supported through the use of a multimodal strategy that includes education, training, monitoring, feedback, and organizational support. This helps prevent infection and enhance patient safety by appropriate compliance to WHO and CDC Hand Hygiene guidelines (Landers, Abusalem, Mary-Beth Coty, & Bingham, 2012).

Compliance with Infection Control Practices (ICP) has been demonstrated less than optimal in Europe, Asia, the USA, Australia and Africa (Ward, 2010). Compliance with Hand hygiene is 27% and glove use compliance is 39% (Stein, Makarawo & Ahmad, 2003; Ji, Yin & Chen, 2005). In a review of HH compliance studies, Erasmus et al. (2010) found a median compliance rate of 40 %. Although Hand hygiene (HH) is the simplest and the cheapest ICP, but multiple studies confirm that it is the most overlooked and poorly executed infection control intervention (Erasmus et al., 2010; Son et al., 2011).

Hand Hygiene assessment is addressed by direct monitoring, using mobile devices and even using UV Lamp (Goss, 2007). A study using UV Lamp showed that the majority of HCWs did not apply the HH technique effectively; only 9.5% covered the 5 regions of both hands completely (i.e., all hand areas with hand rub distribution) (Skodová García Urra, Benítez, Jiménez Romano & Ortiz, 2015).

Non-compliance epidemiology

A national study to assess the compliance of Jordanian staff nurses with standard infection control guidelines demonstrated weak compliance among 32.3% and unsafe practice among 2.7%. Higher compliance was

among staff who received IC training in the hospital and those working in University affiliated hospitals (AL-Rawajfah, Hweidi, Alkhalaileh, Khader & Alshboul, 2013). The Joint Commission for Transforming Healthcare used management tools such as Lean, Six Sigma, and Change Management to identify specific causes of hand hygiene noncompliance at individual hospitals and targeted specific interventions to remedy the most important causes (Chassin, Mayer & Klaus Nether, 2015).

In a recent study conducted in the United States (2015), the key causes for HH noncompliance were reported as ineffective placement of dispensers or sinks; lack of collection and reporting of accurate HH compliance data; lack of accountability and just-in-time coaching; lack of focus of safety culture on HH at all levels; fullness of hands; interference of wearing gloves with the process; perception that HH is not needed if wearing gloves; forgetfulness of health care worker, distractions and ineffective or insufficient education (Chassin, Mayer & Klaus Nether, 2015).

Guil, et al. (2010) suggested also that "Undergraduate education of health care students influences their hand hygiene compliance" (Guil, Ustundag, & Neriman, 2010, p.279). In general, nursing and midwifery students and other health care personnel expect to get knowledge and technical skills from qualified staff who act as role models in clinical placements. Lack of knowledge and need for training; lack of leadership, organizational structure, workload and lack of positive role model were reported as barriers to adherence (Ward, 2010; Henderson, 2002). Although guidelines are a major component of effective infection control programs, it has been demonstrated that lack of awareness and lack of familiarity with guidelines lead to poor compliance (Henderson, 2002; Knapp, McIntyre, Ronda, Sinkowitz-Cochran, & Pearson, 2008). Staff attitudes were also reported as reasons for noncompliance (Ward, 2012). The major risk factors for noncompliance could be summarized as general, personal and emotional (Kelcikova, Skodova, & Straka, 2011).

The Patient Safety Curriculum

In 2011, the World Alliance for Patient Safety had launched the Patient Safety Curriculum Guide, Multi-Professional Edition (Mansour, 2013). The Guide contains eleven patient safety topics that are essential in health care

education curriculum embedding topic 9 that deals with infection prevention and control (WHO, 2011). This global interest to ensure safety in healthcare contributed to transforming healthcare professional's education, enhancing clinical practice and thus developing new policies (Sherwood, 2011; WHO, 2012).

A study aimed to examine the student nurses and faculty members' views on the extent to which their pre-registration adult nursing curriculum (both theory and practice) addresses the WHO Patient Safety Education Guide for Multi-Professionals (Mansour, 2013). Three main themes were highlighted from the sample: Relevance to patient safety, mismatch between theory and practice and the role of the mentor in practice. The investigator recommended reviewing issues related to empowering nursing students and the working culture in hospitals (Mansour, 2013).

Another study conducted in Iran suggested that developing applicable interventions focused on knowledge and skills for enhancing safety is the primary step in transforming actual care into ideal safe care. Measures included managed learning environment resources, integrated as a tutorial, group work activities, video scenarios, simulated scenario activity (individual patients) and ward scenario (11 patients over 4 hours) (Vaismoradi, Salsali, & Marck, 2011; Vaismoradi, Bondas, Jasper & Turunen, 2014).

Education as a recommended solution to HH noncompliance

The role of academic institutions is vital in the prevention of HCAs through delivering better HH education. Professional nursing programs aim to prepare novice nurses with strong clinical skills to deliver effective and safe patient care (Robinson, & Dearmon, 2013; Kelcikova, Skodova, & Straka, 2011). In a study in Jordan assessing the effectiveness of a teaching program, the findings showed that nursing curriculum needed additional emphasis on practice to translate theory into clinical behavior (Al-Hussami & Darawad, 2013). Investigators in Australia recommended that Universities provide clinical experiences to make learning authentic (Cox, Simpson, Letts & Cavanagh, 2014).

A major objective of the Joint Commission's Center for Transforming Healthcare is the reduction of HCAs (Wiles et al, 2015). Infection prevention policies and practices are the first step to improvement, followed by implementing evidence-based practices, with focus on competencies and feedback on performance (Fakih, Heavens, Ratcliffe & Hendrich, 2013).

Innovative teaching and learning methods

Experiential learning

Kolb's experiential learning theory (1984) incorporates a four-staged process: Concrete Experience, Abstract Conceptualization, Reflective Observation, and Active Experimentation by which the learner grasps information and transforms it to what is meaningful to that individual. This approach to learning is expected to leave a more lasting impact than traditional approaches (Wiles et al., 2015).

A project aiming to stimulate cognitive knowledge of the infection control practices among student nurses namely Hand Hygiene (HH) and Protective Personal Equipment (PPE) combined the use of an aural/visual/tactile modality during the Computer Based Instructions (CBI) simulations as well as kinesthetic, practical application in the lab followed by debriefing. This is a pedagogical shift from passive to active learning, and is a promising useful teaching strategy that reinforces evidence-based practice, critical thinking, and clinical judgments (Wiles et al., 2015).

Cross Professional Education (CPE)

A unique Lebanese experience conducted at the University of Balamand was a collaborative initiative between medical and nursing professionals who applied the concept of Cross Professional Education. This module involved training medical students about clinical skills module which included principles of Universal Safety precautions where hand washing was the first topic. This educational intervention, conducted by nursing faculty, was very positive, and enhanced the clinical competencies of medical students (Abdallah, Irani, Sallian, Gebran & Rizk, 2014).

Interprofessional Education (IPE)

Interprofessional education has been developed within patient safety issues such as medical errors that recommended the need for professionals to train and learn together in order to enhance teamwork, communication and patient safety. The definition of IPE is 'occasions when two or more professions learn from and about each other to improve collaboration and the quality of care' (CAIPE, 2002). In the UK, IPE was used to embed the World Health Organization (WHO) multiprofessional patient safety curriculum into undergraduate healthcare education, including undergraduate physiotherapy, medical, nursing, and pharmacy students that led to the development of an innovative IPE learning and teaching opportunity for undergraduate physiotherapy and healthcare students (Gough, Jones & Hellaby, 2013).

Simulation

Human patient simulation (HPS) is becoming a popular teaching method in nursing education globally and is believed to enhance both knowledge and critical thinking (Shinnick & Woo, 2013). The process of simulation for best practices is composed of three steps: briefing, simulation, and debriefing (Cant & Cooper, 2009).

In a systematic review conducted by Cant and Cooper (2009), simulation had better effects on knowledge compared with traditional lecture. Best practice guidelines included physical environment characteristics, curriculum-based scenarios, academic support, and repeated exposure to simulation (Cant & Cooper, 2009; Lapkin, Fernandez, Levett-Jones, Bellchambers, 2010). In clinical practice, an assessment to determine current infection control knowledge, to identify potential gaps between knowledge and practice, and identify perceived training needs among health care personnel is the baseline to develop infection control educational tools and curricula. The training needs are not the same for all the health care personnel (Knapp et al., 2008).

In many European Countries, there is a standardized curriculum for Infection Control Nurses (ICNs) recognized as a specialty. However Infection Control Physician (ICP) is not recognized as an independent specialty. The infection control team should include the following members: a medical doctor specialized in infection control, a nurse infection control specialist, a data manager, a secretary, a surveillance technician and an epidemiologist.

Conclusion

Healthcare-associated infection is a global issue due to its impact on the quality of care and patient safety and the excess needless costs to healthcare. The World must be committed with CDC, WHO and Joint Commission towards patient safety by reducing HCAs. The combined efforts under the Global Patient Safety Challenge have the potential to save millions of lives and resources by improvement of basic procedures and a greatly adherence to hand hygiene protocols among healthcare providers. The Health Care workers' academic programs

including nursing should consider the integration of Patient Safety Curriculum Guide Multi-Professional Edition into their curriculum. The collaboration between all HCWs as well as the compliance to different guidelines by adequate customization of educational tools is the key to improve knowledge and the implementation of recommended safe practices. The assessment of HCWs' performance should stress on improved professional clinical practice.

References

- Abdallah, B., Irani, J., Sallian, S.D., Gebran, V.G., & Rizk, U. (2014) Nursing Faculty teaching a module in clinical skills to medical students: a Lebanese experience. *Advances in Medical Education and Practice*, 5, 427-432.
- Allegranzi, B., Storr, J., Gerald, Dziekan G., Leotsakos, A., Donaldson, L., & Pittet, D. (2007). The First Global Patient Safety Challenge "Clean Care is Safer Care": from launch to current progress and achievements. *Journal of Hospital Infection* 65(S2) 115-123.
- Al-Hussami, M., & Darawad, M. (2013). Compliance of nursing students with infection prevention precautions: Effectiveness of a teaching program. *American Journal of Infection Control*, 41, 332-336.
- AL-Rawajfah, M.O., Hweidi, M. I., Alkhalailah, M., Khader, S.Y., & Alshboul, A.S. (2013). Compliance of Jordanian registered nurses with infection control guidelines: A national population-based study. *American Journal of Infection Control*, 41, 1065-1068.
- Cant, R., & Cooper, S. (2009). Simulation-based learning in nurse education: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 3-15. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05240.x>
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education. (2002). *Interprofessional Education-a definition*. London: CAIPE.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). *CDC guideline for hand hygiene in healthcare settings*. Atlanta [GA]: Centers for Disease Control and Prevention.
- Chassin, M.R., Mayer, C., & Klaus Nether, K. (2015). Improving Hand Hygiene at Eight Hospitals in the United States by Targeting Specific Causes of Noncompliance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 41(1), 4-12.
- Chalmers, C. & Straub, M. (2006). Infection control education for undergraduates. *Nursing Standard*, 20(37), 35-41.
- Donaldson, L., & Philip, P. (2004). Patient safety: A global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 892-892.
- El-Asady, R. (2009). *The WHO/EMRO patient safety friendly hospital initiative. Presented at Medhealth Damascus*. Syria: WHO.
- Erasmus, V., Daha, T., Brug, H., Richardus, J., Behrendt, M., Vos, M., & Van Beeck, E. (2010). Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(3), 283-294.
- Guil, A, Ustundag, H, & Neriman, Z. (2010). *Assessing undergraduate nursing and Midwifery students' compliance with hand hygiene by self-report*.
- Joint Commission. (2009). *Measuring hand hygiene adherence: overcoming the challenges*. Oakbrook Terrace [IL]: *The Joint Commission*.
- Lacerda, R. A. (2003). *Infection control in the operating room: Facts, myths and controversies*. São Paulo: Atheneu.

- Landers, T., Abusalem, S., Mary-Beth Coty, M-B., & Bingham, J. (2012). Patient-centered hand hygiene: The next step in infection prevention. *American Journal of Infection Control*, 40, S11-S17.
- Lapkin, S., Fernandez, R., Levett-Jones, T., & Bellchambers, H. (2010). *The effectiveness of using human patient simulation manikins in the teaching of clinical reasoning skills to undergraduate nursing students: A systematic review*. Systematic Reviews-Joanna Briggs Institute. Retrieved from <http://proquest.umi.com.ezproxy.valpo.edu/pqdweb>
- Levens, R. M., Edwards, J. R., Richards, C. L., Horan, T. C., Gaynes, R. P., Pollock, D. A., & Cardo, D. M. (2007). Estimating health care associated infections and deaths in U.S. hospitals in 2002. *Public Health Reports*, 122(2), 160-166.
- Prieto, J. (2009). Effective teaching on infection prevention and control: it's all about what learning is going on. *Journal of Infection Prevention*, 10 (6), 211-213.
- Sanders, J., & Cook, G. eds. (2007). *ABC of Patient Safety*. Oxford: Blackwell.
- Sherwood, G. & Drenkard, K. (2007). Quality and safety curricula in nursing education: Matching practice realities. *Nursing Outlook*, 55, 151–155.
- Sherwood, G. (2011). Integrating quality and safety science in nursing education and practice. *Journal of Research in Nursing*, 16, 226–240.
- Shinnick M.A. and Woo M.A.; (2013) The effect of human patient simulation on critical thinking and its predictors in prelicensure nursing students, *Nurse Education Today* 33:1062-1067.
- Smith, E.L., Cronenwett, L., & Sherwood, G. (2007). Current assessments of quality and safety education in nursing. *Nursing Outlook*, 55, 132-137.
- Son, C., Chuck, T., Childers, T., Usiak, S., Dowling, M., Andiel, C., & Sepkowitz, K. (2011). Practically speaking: Rethinking hand hygiene improvement in health care settings. *American Journal of Infection Control*, 39, 716-724.
- Skodová, M., García Urrea, F., Benítez, A.G., Jiménez Romano, M.R.MD., & Ortiz, A.G (2015). A Hand hygiene assessment in the workplace using a UV lamp American. *Journal of Infection Control*, 43, 1360-1362.
- Vaismoradi, M., Bondas T., Jasper, M., & Turunen, H. (2014). Nursing students' perspectives and suggestions on patient safety-Implications for developing the nursing education curriculum in Iran. *Nurse education today*, 34, 265-270.
- Vaismoradi, M., Salsali, M., & Marck, P. (2011). Patient safety: nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *International Nursing Review*, 58, 434–442.
- Ward, D.J. (2012). Attitudes towards the Infection. Prevention and Control Nurse: an interview study. *Journal of Nursing Management*, 20, 648–658.
- Ward, D. J. (2010). Infection control in clinical placements: experiences of nursing and midwifery students. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1533–1542.
- World Alliance for Patient Safety. (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva: World Health Organization.
- World Alliance for Patient Safety. *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. Available from: <http://whqlibdoc.who>
- World Health Organization. (2009). *Guide to implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *Fact sheet: Healthcare associated infections*. Retrieved: http://www.WHO.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf. Access Date: Nov 30, 2015.
- World Health Organization. (2012). *What is patient safety?* Retrieved from URL: <http://www.who.int/patientsafety/en/> (accessed 19 November 2015).
- World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva: World Health Organization.

RHUH CoV Alert and Response Plan

**Rita Raad- Rawan Shehade-
Jamila Itani- Jinane Jiblawie**

Nursing Supervisors RHUH.

Verified by: Dr. Pierre Abi Hanna
(Head of ID Division at RHUH)

Dr. Jude Haidar
(Chairman of Department of
Laboratory Medicine at RHUH)

Abstract

The number of Middle East Respiratory Syndrome Corona Virus cases reached an alarming level in eighteen countries. About 30% of cases confirmed to have Corona Virus infection have died. Shortly, Lebanon was affected. In response to this threat, Rafik Hariri University Hospital, and in collaboration with the Ministry of Public Health and the World Health Organization, developed an Alert and Response unit for the management of patients with Corona Virus; a multidisciplinary committee was created to set guidelines of care. The contribution of this project is two fold, to be a role model for all involved health sectors and to create an effective related national response plan.

Introduction

Rafik Hariri University Hospital (RHUH) is a dedicated governmental educational hospital committed to offer high quality care to individuals without any social distinction through integral medical and health services. RHUH focuses on patient-centered care, excellence, and innovation. At the national level, RHUH coordinates all health related interventions with other public health organizations. Hence, RHUH was selected by Ministry of Public health (MOPH) to become the primary referral center for Middle East Respiratory Syndrome Corona Virus (MERS-CoV) cases. RHUH developed and implemented an Alert and Response unit for the management of patients with CoV; a multidisciplinary committee was created to set guidelines of care. Lately, the committee participated in the second congress for Quality and Safety organized by the Lebanese Society for Quality and Safety in Health Care (LSQSH) in collaboration with WHO to present the plan and goals achieved.

Coronaviruses are a large family of viruses that can cause a range of illnesses in human, from common cold symptoms to severe acute respiratory syndrome (SARS). These viruses also cause disease in a wide variety of animal species. In late 2012, a novel coronavirus that

had not previously been seen in humans was identified for the first time in a resident of the Middle East; now known as the Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV). Thus far, all patients infected with MERS-CoV have had a direct or indirect link to the Middle East; however, local non-sustained human-to-human transmission has occurred in other countries, in people who had recently travelled to the Middle East. The Public Health Agency of Canada requests that probable and confirmed cases be reported within 24 hours of being classified as such (WHO, 2013). Prior to any patient interaction, all healthcare workers (HCWs) have a responsibility to assess the infectious risk posed to themselves and to other patients, visitors, and HCWs. Recommendations for infection prevention and control measures for patients presenting with suspected or confirmed infection or co-infection with MERS-CoV in acute care settings include (IPAC Canada, 2016):

1. Routine Practices
2. Contact and Droplet Precautions
3. Airborne Precautions

It should be noted that, in Ontario, Airborne Precautions (including respirator and airborne infection isolation room) are recommended. This is also the recommendation from the Centers for Disease Control (CDC) in the U.S.

Objective

This report describes RHUH response as a referral center for MERS-CoV cases. It highlights all preventive and implemented measures settled in the CoV Alert and Response Plan to contain MERS-CoV outbreak in Lebanon in collaboration with WHO.

Background of the lebanese setting:

As of June 11, 2014, 683 human cases infected with MERS-CoV have been described in eighteen countries, 204 of these cases died of the disease. In Lebanon, out of 98 suspected cases with MERS-CoV, only one case was positive for CoV which recovered completely.

Patient Management Plan Components:

Accommodation:

- Assign a team of nurses (as requested by MOPH) to identify suspected cases in the airport. Identify appropriate room in ER for patients being investigated for disease.
- Establish timeline for transfer of patient out of ER when admission is required.
- Create a separated, properly and adequately equipped area (isolation system) for admitted patients.

Additional Precautions: (Refer to Annex 1)

- Use of both Droplet/Contact and Airborne Precautions (i.e., use of gown, gloves, eye protection, N95).
- Patients should wear a surgical mask during transportation, if tolerated.
- Precautions are initiated whenever a case is suspected; and are to be discontinued when case is cleared.
- Proper cleaning and disinfection process after patient discharge.
- Proper and safe linen and waste management (including handling, storage, and disposal)

Education/Training:

- Trigger a training system to increase staff awareness and knowledge regarding status of MERS-CoV. Twelve nurses have been trained by the infection control team in collaboration with the WHO team. Laboratory technicians and doctors, biomedical engineers and housekeeping staff were also involved.
- Send staff for external conferences (Saudi Arabia,

NAMRU Egypt) in collaboration with MOPH.

- Allocate and train systematically a dedicated nursing team to care for the admitted cases.
- Define which hospital departments may be providing care and/or provide diagnostic services for the patient and require information (e.g., nursing areas, respiratory therapy, physiotherapy, occupational therapy, nutrition, diagnostic imaging, laboratories, pharmacy, and security, others...).
- Limit visitors to family and provide education on personal protective equipment (PPE) requirements and use.

Staff Monitoring for disease hazards:

- Consult with MOPH to develop a plan for follow-up of exposed staff and visitors.
- Assure monitoring and immediate reporting of signs and symptoms of acute illness.
- Report any occupational illness to the safety committee.

WHO Support:

The MOPH, in collaboration with the WHO, initiated specific staff training before implementing the management process in our hospital. Later on, the WHO representatives had an onsite visit intended to evaluate the appropriateness of our accommodations (location and infrastructure), availability of needed resources (equipment, supplies, human resources, etc...), safe waste and linen management, timely and proper laboratory tests including Quality Control for Molecular Diagnosis, safe transportation and storage of specimens (-70°C). Some medical supplies were delivered post visit through the MOPH. Results deemed compliant with the requirements.

Results

Approximately 11 patients suspected to have corona virus infection were admitted to RHUH from February 2014 till September 2014, two of whom were transferred from another hospital. All cases admitted had a travel history to the Arabian Peninsula or contact with travelers coming from this area. Polymerase Chain Reaction (PCR) results performed within the last 24 hours were found to be negative. Following those admissions, none

of the staff who had been involved developed any sign of Acute Respiratory Infection.

The below chart (Fig. 1) shows that among the tests done at RHUH (98 samples), 5.1% were refused 7.1% were declined. Note that the declined samples are the ones related to patients who did not meet the clinical case definition for corona virus symptoms and the refused ones are the ones which collection conditions were deficient (e.g. use of wrong cotton or wooden swab).

Conclusion

Although the incidence of the disease was very low; we consider that better precautions are needed to prevent the community and health staff from infection, and for better monitoring during transport, emergency management and testing.

We recommend at national level the creation of a centralized and specialized health institute "Quarantine" close to the airport and/or to the national port, dedicated only for highly contagious community diseases such as EBOLA, CoV, etc... where all cases shall be referred to minimize exposure.

PCR Data

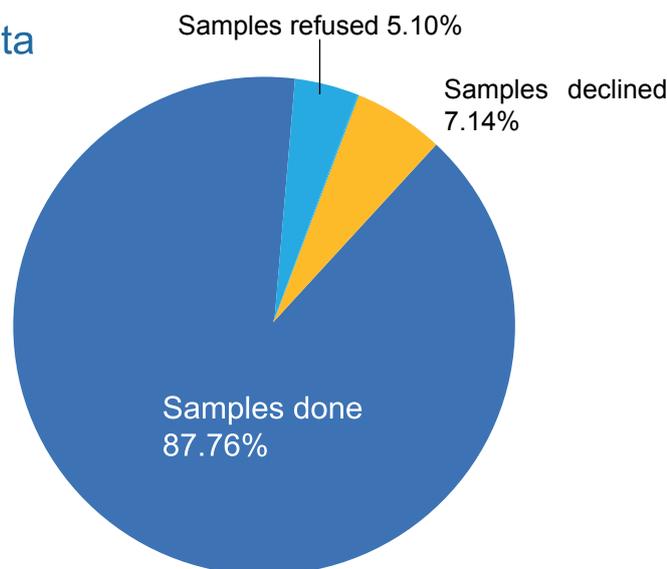


Figure 1: PCR results for the period under study (from February till September 2014)

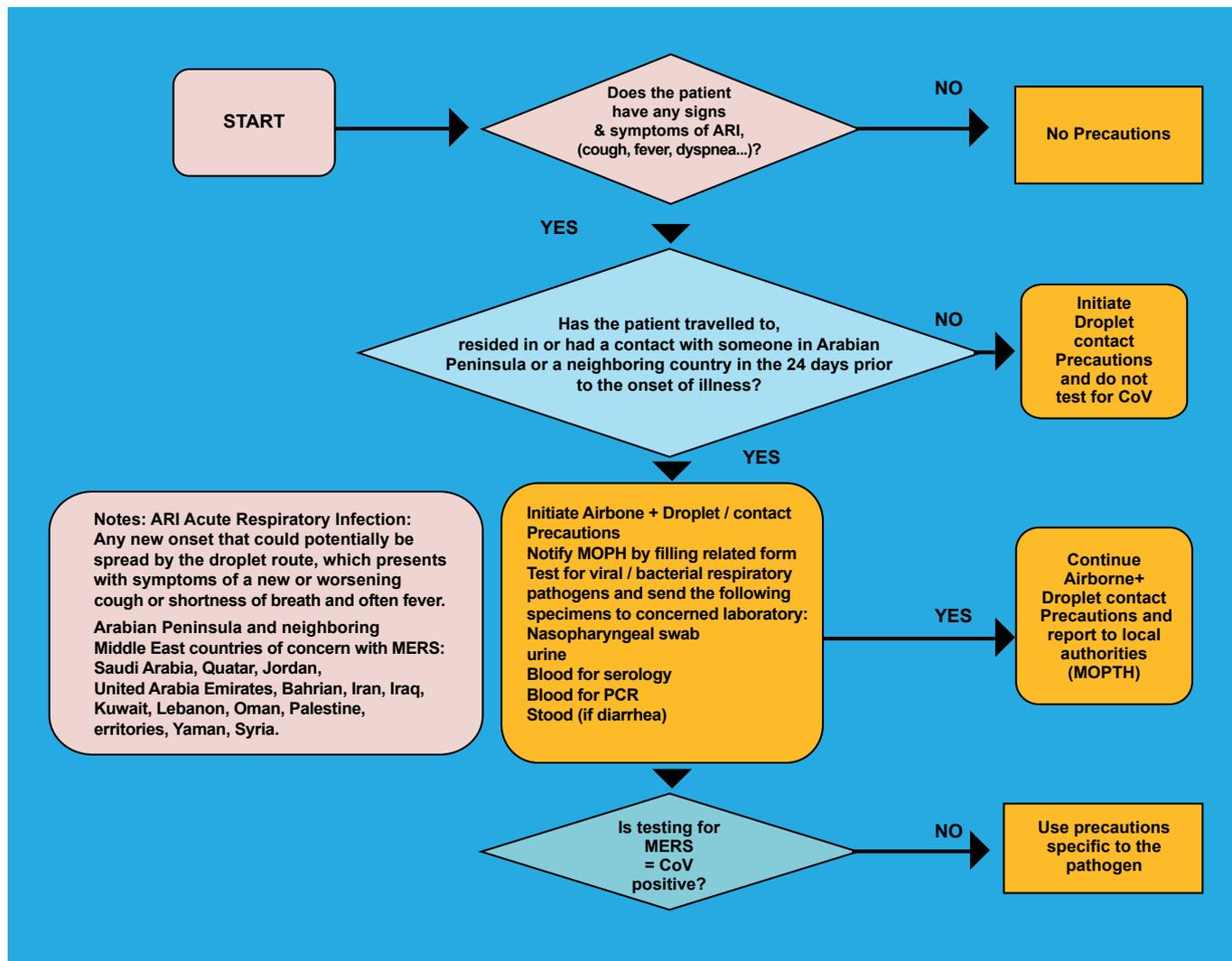
References

IPAC Canada. (2016 , March Saturday 26). Retrieved from info@ipac-canada.org

WHO. (2013). WHO guidelines for investigation of cases

with Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus. Retrieved from www.who.int/.../coronavirus_infections/MERS_CoV_investigation_guid

Annex 1: RHUH Management Plan Algorithm



كلمة نقيبة الممرضات والممرضين في لبنان



زميلاتي وزملائي الاعزاء

تطل عليكم مجلتنا السنوية هذا العام بشكل مختلف يقتصر على المواضيع العلمية فقط بحيث تساعد الممرضات والممرضين على الاطلاع على تجارب زملائهم في دراسة وتطوير الاداء التمريضي بطرق وتقنيات علمية مطابقة لبيئة العمل التمريضي في لبنان.

طموح النقابة منذ سنوات وعبر عهود النقباء السابقين ان تكون المقالات العلمية التمريضية على مستوى عالمي متطور من البحث العلمي الذي يصب في خدمة المهنة من حيث استعمال الأدلة والبراهين في تطوير وتحسين العناية التمريضية، بالإضافة الى تطوير ادارة وتعليم التمريض. نحن في لبنان لدينا كفاءات عالية لممرضات وممرضين مؤهلين لاجراء ابحاث تمريضية علمية، وللعمل على مشاريع تطوير الاداء وتحسين الجودة في العناية التمريضية المبنية على مبادئ علمية وأدلة حسية مناسبة لمواصفات ومتطلبات مرضانا ومجتمعنا وحتى امكانياتنا ومواردنا.

إن تزايد عدد الممرضات والممرضين من حملة الدكتوراه والماجستير في التمريض يدل بشكل كبير على امكانياتنا وقدراتنا في اجراء البحوث التمريضية العلمية ومشاريع تحسين الاداء والتوعية في العمل التمريضي، ويفتح الآفاق لممرضات وممرضين للمشاركة تحت إشراف ذوي الاختصاص في ترجمة نتائج هذه الابحاث عمليا في العناية التمريضية والادارة والتعليم.

بفضل مجهود القيمين والمشاركين نتطلع لاصدار أكثر من عدد واحد في السنة لنضع بين أيدي زملائنا مراجع ومواد ومواضيع يمكن الرجوع اليها لتطوير ادائهم ومهاراتهم ومعلوماتهم فيشكل فرصة للمعرفة في متناولهم.

نتمنى أن تجدوا في هذا العدد ما يرضي طموحاتكم العلمية.

لكم منا جزيل الاحترام
زميلتكم نهاد يزيك ضومط



Lebanese Journal of Nursing Revue Libanaise de l'infirmier (e)

issue 5 - 2016

