

Université de Montréal

**L'allaitement dans la formation initiale des futurs
professionnels de la santé du Québec**
**Parvenir à un consensus sur les objectifs de formation initiale pour
améliorer les compétences en allaitement**

par Badina Myrtha Traoré

Département de Nutrition, Université de Montréal
Faculté de Médecine

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise
en Nutrition
option mémoire

Janvier 2017

© Badina Myrtha Traoré, 2017

Université de Montréal

**L'allaitement dans la formation initiale des futurs
professionnels de la santé du Québec**
**Parvenir à un consensus sur les objectifs de formation initiale
pour améliorer les compétences en allaitement**

Par

Badina Myrtha Traoré

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

FERLAND Guylaine, Ph. D.; Président rapporteur (Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Pavillon Liliane-Stewart, 2405, Chemin Côte Ste-Catherine, Local 1296)

BATAL Malek, Ph. D.; Directeur (TRANSNUT- Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2405 Chemin de la Côte Ste Catherine, Montréal, QC, H3T 1A8, Canada)

GABOURY Isabelle. Ph. D.; Codirecteur (Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, 3001 12e Avenue Nord Sherbrooke (QC) J1H 5N4)

MARCIL Valérie, Ph. D.; conseillère interne (CHU Ste-Justine, Local 3175, chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal (Québec) H3T 1C5)

Maîtrise en Nutrition

Faculté de médecine

Résumé

Bien que l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie du nouveau-né soit recommandé par les instances nationales et internationales, les mères québécoises n'atteignent pas encore cette cible. Les programmes de formation initiale en santé présentent des lacunes ne permettant pas aux futurs professionnels de santé d'acquérir les compétences en allaitement afin de promouvoir, protéger l'allaitement, et soutenir les mères allaitantes au-delà de la maternité. Un référentiel commun de compétences transversales en allaitement, qui pourrait être utilisé par divers programmes de formation initiale, est souvent recommandé. Cette étude visait l'atteinte d'un consensus d'experts québécois en allaitement et en enseignement de diverses disciplines de santé sur les objectifs transversaux minimaux en allaitement à maîtriser dans la formation initiale des futurs professionnels de la santé. Une méthode Delphi a été utilisée pour guider et assembler les opinions du groupe d'experts, à travers trois rondes, vers un consensus final. Une liste préliminaire d'objectifs transversaux minimaux en allaitement à maîtriser lors de la formation initiale des professionnels de la santé a été examinée par 33 participants. Suite à la ronde 1, 15 des 29 objectifs ont été validés et estimés pertinents pour les compétences précliniques et de gestion clinique de l'allaitement. Lors de la ronde 2, le consensus a été obtenu pour un objectif supplémentaire. Aucun consensus n'a été obtenu pour les 13 objectifs restants. Cette étude est une étape préliminaire à la création d'un référentiel multidisciplinaire de compétences en allaitement pour tous les professionnels de la santé appelés à soutenir la mère allaitante. Elle contribuera à rehausser la formation en allaitement et ultimement, à améliorer les pratiques et de changer les attitudes des professionnels de la santé au Québec afin de pouvoir soutenir adéquatement et durablement les mères allaitantes, pour le bien-être des nouveau-nés, des mères et de la société.

Mots-clés : Allaitement, objectifs transversaux, formation initiale, Delphi

Abstract

Although exclusive breastfeeding in the first six months is recommended nationally and internationally, mothers from the Province of Quebec do not reach this goal. Undergraduate programs in health present gaps - preventing future health professionals from acquiring the skills to promote, protect, and support the breastfeeding mothers beyond the birth of their child. A common competency framework in breastfeeding, which could be used in diverse programs of undergraduate training, is often recommended. This study aimed to obtain a consensus from experts in breastfeeding and experts in medical and health science education, who come from diverse health disciplines and from Quebec, on the minimal objectives across disciplines in breastfeeding to be acquired through the undergraduate training of future health professionals. A Delphi method was used to guide and assemble the opinion of a group of experts, through three rounds, toward a final consensus. Thirty-three participants examined a preliminary list of minimal cross-cutting objectives in breastfeeding to be acquired through the undergraduate training of future health professionals. After round one, 15 of 29 objectives were validated and considered relevant for the preclinical and clinical management competency of breastfeeding. During round two, consensus was obtained for an additional objective. No consensus was obtained for the 13 remaining objectives. This study is a preliminary step prior to the elaboration of a multidisciplinary breastfeeding competency framework for all health professionals called to support breastfeeding mothers. The study will allow for the improvement of breastfeeding training, and ultimately practice. It will encourage change in the attitude of health professionals in Quebec regarding breastfeeding, which will allow them to support more adequately and more sustainably breastfeeding mothers, for the well-being of the newborn children, their mothers and the society.

Keywords: breastfeeding, transversal objectives, undergraduate school, Delphi

Bakurubaseben (résumé en langue Bambara)

A jininendon jamana ni diɲe faama fe, ko sin dɔron dili den ma kalo wɔro fɔlo kɔno o ye wajibi ye. O n'a ta bee kebeki denlan te se o ma. Fiɲe caman be kalan porogarumu na minnuw t'a to sinima denko dɔnnibagaw ka sew sɔro denw ka sindili kan walasa ka sindili matarafa a ni ka deme don denbaw ma jigini kɔfe.

Forobaseben do ka kan k'a dilan ka ke misali ye. Se caman ka kan ka jɛsin sindi ma min be se ka kalan porogarumu suguya caman kɔno jininikalan in tun jɛsinnen be kebeki jininikala waanew ka benkan do ma sindi kan. A be se ka jɛsin fana keneyako kalansen caman ma minnuw jɛsinnen don kuntilenna damado ma sindi kan. keneyako dɔnnibagaw do ka kan ka minnuw don. jininifeere n'o be wele ko delifi ka jininifeere de tara ka waane kulu ka kuntilenne n'u ka hakilinaw farala jɔgonkan barosigi saba senfe. Ka benkan kelen ta, kuntilenna caman na sindi kan. Olu segesege la mɔgo 33 fe, minnuw ka kan ka don keneyako dɔnnibagaw fe u ka kalan senfe. Barosigi fɔlo la kuntilena 15 de sugandira 29 cela minnu jateminena k'a fo k'olu jɔyoro ka bon sindi donni na keneyasow kɔno. Barosigi filana senfe, ben kera farankan kuntilenna kan fosi ma sɔrokuntilenna 13 tow la jininikalan in ye ko damine ye ye ka seben dilan se caman kan sindi ko la walasa keneyadɔnbagaw ka se ka denbaw deme.

A b'a to do be fara sindi kalan don n'a nataw ka do fara wale kan, ani ka yeɛma don kebeki k keneyako dɔnnibagaw ka taabolow la walasa u ka deme juman n'a kuntaala jan don denbaw ye, denyereninw mineko juman na.

Daje kerɛnkerennenw : sindi, kuntilennaw kalanso kɔnokalan, Delphi

Table des matières

Résumé	i
Abstract.....	ii
Bakurubaseben (résumé en langue Bambara)	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Liste des sigles	viii
Liste des abréviations.....	ix
Liste des annexes	x
Remerciements.....	xii
Introduction	1
Objectif de l'étude	3
Chapitre 1 : Recension des écrits	4
1 Recommandations en allaitement	5
1.1 Recommandations en santé publique	5
1.2 Recommandations de formation en allaitement	6
2 L'allaitement et son enseignement dans le contexte québécois.....	9
2.1 Les tendances de l'allaitement au Québec	9
2.2 La situation de la formation en allaitement au Québec	10
3 Les études d'évaluation de la formation en allaitement.....	12
3.1 L'évaluation de formation en allaitement à l'échelle mondiale	13
3.2 L'évaluation de formation en allaitement au Canada.....	14
4 Du référentiel basé sur les objectifs vers un référentiel de compétences.....	16
4.1 Le référentiel de compétences.....	16
4.2 Les objectifs de formation en allaitement	21
Chapitre 2 : Méthodologie.....	28
1. Mise en contexte.....	29
2. La méthode Delphi	29
3. La liste d'objectifs.....	30
4. Population et échantillonnage	34

5.	Le questionnaire Delphi	36
6.	Analyses statistiques	37
7.	Considérations éthiques.....	38
Chapitre 3: Résultats.....		40
Chapitre 4 : Discussion et conclusion		53
1.	L'élaboration d'un référentiel d'objectifs à travers les rondes du Delphi	54
2.	Les barrières et solutions novatrices pour rehausser la formation initiale en matière d'allaitement.....	56
3.	L'influence des caractéristiques des participants sur l'atteinte de consensus.....	60
4.	Forces et limites du projet.....	61
5.	Pertinence du projet.....	62
	Conclusion	64
	Bibliographie.....	66
Annexes.....		i

Liste des tableaux

Tableau I.	Le référentiel de compétences du <i>USBC</i> de 2010	26
Tableau II.	Liste des objectifs de formation initiale des professionnels de la santé	32
Tableau III.	Répartition professionnelle des participants au début et à la fin du projet	41
Tableau IV.	Informations démographiques des participants au Delphi	42
Tableau V.	Moyennes (M) et écart inter-quartiles (q_1 et q_3) des résultats des panélistes pour chaque objectif à chaque ronde.....	47
Tableau VI.	L'obtention de consensus des participants après trois rondes en fonction des thèmes de l'allaitement maternel	50
Tableau VII.	Coefficients de concordance W des opinions entre les professions et niveaux d'expertise (de nombre k) au sujet de la pertinence des 29 objectifs de formation (m)	51

Liste des figures

Figure 1.	Quelques exemples de ressources, de capacités et d'indicateurs pour la compétence de l'expertise clinique.....	23
Figure 2.	La méthode Delphi étape par étape	30

Liste des sigles

AAP	American Academy of Pediatrics
ABM	Academy of Breastfeeding Medicine
ALTC	Australian Learning and Teaching Council
APP	Approche par problème
CanMEDS	The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
CERES	Comité d'éthique de recherche en santé de l'Université de Montréal
IAB	Initiative Amis des bébés
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
MAQ	Mouvement allaitement du Québec
OCUFA	Confédération ontarienne des associations de facultés universitaires
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPDQ	Ordre professionnel des diététistes du Québec
PHSCC	Public Health Service Commissioned Corps
RAM	RAND/UCLA Appropriateness Method
UNICEF	United Nations Children's Fund
USBC	United States Breastfeeding Committee
TED-Ed	Technology, Entertainment and Design-Education

Liste des abréviations

Inclus. : Inclusion

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire de la ronde 1 du Delphi

Annexe 2 : Exemple de type de questionnaire pour les rondes 2 et 3 du Delphi

Annexe 3 : Approbation éthique du CERES de l'UdeM

Annexe 4 : Message de recrutement

Annexe 5 : Formulaire de consentement

Annexe 6 : Autorisation d'utilisation du référentiel de compétences des infirmières de l'UdeM dans ce mémoire

À toutes les mères et leurs nourrissons, parce que votre bien-être me tiendra toujours à cœur.

Remerciements

Je tiens à remercier mes superviseurs, Pre Isabelle Gaboury et Pr Malek Batal de m'avoir guidée et soutenue à travers ce projet. Nos échanges ont toujours été très instructifs pour moi et c'est vraiment grâce à vous que j'ai pu mener à terme ce projet. Vous m'avez transmis votre passion pour la recherche. Merci pour les nombreuses heures que vous avez dédiées à ce projet. Infiniment, merci !

Un gros merci à Isabelle Michaud-Létourneau qui m'a introduite à ce projet et épaulée jusqu'à la fin. Que ce soit depuis ton cours de Nutrition internationale où tu as transmis ta passion pour la nutrition dans les pays en voie de développement à tous tes étudiants, jusqu'au Mouvement allaitement du Québec (MAQ) où tu m'as naturellement intégrée. Tu sais être présente pour tes étudiants dans le cadre de leur étude, mais même au-delà. Comme beaucoup d'autres, je te garde pour modèle d'enseignement, comme mentor. C'est en t'observant que j'ai appris comment concilier les implications dans la vie universitaire avec celles de la vie communautaire. Merci !

Je ne remercierai jamais assez les membres du Comité formation et de manière plus large les membres du MAQ. Vous êtes pour moi des modèles de persistance et d'amour. C'est incroyable de compter les nombreuses heures de bénévolat que vous dédiez à votre cause pour le bien-être de la société québécoise. Qui le ferait à votre place ? De nos jours, nous négligeons facilement l'importance de l'allaitement exclusif pour les six premiers mois pour la mère, son nourrisson, les familles et la société ; que ce soit sur les plans de santé, social, économique... Je me questionne toujours sur la manière de faire bénéficier mon continent des projets que j'entreprends. En ce sens, j'ai malheureusement pu constater que les jeunes personnes originaires d'Afrique ne se sentent pas concernées par les travaux face à l'allaitement puisque d'après elles, "tout le monde allaite chez nous". J'ai alors compris qu'il reste beaucoup de travail à faire parce que les préparations commerciales pour nourrisson restent très présentes dans nos familles et qu'on abandonne trop facilement l'allaitement exclusif. Je vous remercie de m'avoir toujours rappelé que c'est un réel problème dans les pays développés comme dans ceux en voie de développement parce que l'industrie alimentaire continue de gagner du terrain. Les maladies chroniques (obésité, diabète, cancer du sein,...) sont de plus en plus présentes dans

nos sociétés et que faisons-nous ? Comme vous le dites, mieux vaut prévenir que guérir, parce que c'est nous qui devons privilégier la santé et le bien-être de nos sociétés. Je ne peux que vous remercier de m'avoir fait réaliser qu'il est temps de revenir à une manière plus saine de combler nos besoins fondamentaux.

À vous, Dr. Dia Sanou, un grand merci pour votre soutien. Ce n'est pas toujours facile de se frayer un chemin en tant qu'étudiant immigrant et vous avez été une lumière qui a pu éclairer mon chemin lorsque je m'en détournais. Je vous garde comme modèle d'accomplissement en Nutrition internationale et vous remercie pour votre travail au Burkina et dans la sous-région. Je remercie aussi Dre Hélène Delisle pour ces accomplissements en Nutrition internationale au Burkina et en Afrique. C'est encore plus beau de voir une Canadienne œuvrer autant au Burkina. Cela m'a réconfortée dans l'idée que moi, burkinabé, je pouvais poursuivre ma maîtrise en Nutrition publique et œuvrer en allaitement pour le Québec.

La vie est parfois surprenante et malgré des moments difficiles, ces années de maîtrise ont été teintées de joie ! Je dédie ce mémoire à mon père et ma mère qui se sont toujours sacrifiés pour leurs enfants. C'est incroyable et les mots ne suffiront jamais pour vous rendre ce que vous m'avez procuré. Lorsque personne ne croyait en mon D.E.S.S. en Nutrition, vous m'avez dit que vous saviez que j'y arriverais et qu'il fallait foncer même si je ne savais pas si je serais prise en maîtrise en Nutrition parce que vous, vous y croyiez ! Et me voilà aujourd'hui en fin de maîtrise ! Vous m'avez inculqué qu'il faut toujours aller vers les autres et apprendre d'eux pour en tirer le meilleur. C'est ce que ce projet de maîtrise m'a apporté : de réaliser que certains problèmes persistent en Amérique comme en Afrique et de m'éduquer là-dessus pendant ces années très enrichissantes. J'ambitionne de contribuer à améliorer nos conditions de santé et de nutrition au Burkina et en Afrique, en gardant toujours en tête que notre contexte est très différent de celui occidental. Il y a encore tant de chemin à parcourir... Je dédie aussi ce mémoire à mon fiancé Gaëtan, qui me pousse constamment à être une meilleure version de moi-même. Pendant ces années de maîtrise, tu as été constamment présent pour me soutenir, peu importe le contexte. Tu me disais toujours "Allez ma chérie, tu peux le faire. Allez, on ne lâche pas !". Tu sais être présent pour ceux que tu aimes. Tu seras un père merveilleux. Je tiens aussi à remercier mes frères et sœurs (Joe, Maryse, Landry et Mylène Traoré) qui, malgré la distance, envoient toujours des ondes positives, des blagues, des souvenirs familiaux... À travers tous ces

moments de détente, vous étiez une ressource incroyable pour moi! Landry, je te remercie tout particulièrement parce que tu m'as toujours rassurée par rapport à mes choix d'orientation universitaire et tu as sincèrement cru en ma vocation. Cela m'a rassuré en moment de doute. À mes collègues de classe, Sira, Boubacar et Annie, je n'oublierai jamais ces années d'études en votre compagnie. On a appris, ri et souffert ensemble. Je vous remercie, car chacun, à votre manière, vous m'avez fait grandir et je vous garde dans mon cœur. Mariame, Adephe et Dioulde, vous êtes les amies d'école qui m'ont constamment soutenue et motivée. Ce sont ces encouragements aussi qui m'ont poussée à avancer en temps de difficultés.

Merci à tous! Je peux dire que je suis bénie et que pendant ces années, j'ai été bien entourée. Que Dieu vous rende à chacun le bonheur que vous m'avez apporté au centuple.

Introduction

L'allaitement maternel est la norme pour l'alimentation des nourrissons [1, 2]. En effet, il s'agit du meilleur moyen de fournir une alimentation idéale pour la croissance, le développement et l'optimisation de l'état nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant [3]. L'allaitement maternel est mondialement recommandé pour ses divers bienfaits pour la mère, son enfant et la société [3]. De plus, l'allaitement procure de nombreux avantages tant sur les plans économique et social que sur le plan environnemental [3-6]. Au niveau mondial, le Canada fait partie des pays où le taux d'amorce de l'allaitement est le plus élevé avec 89% des mères qui allaitaient selon les données collectées entre 2011 et 2012 [7]. Cependant, le taux d'allaitement exclusif chez les nourrissons de la naissance à l'âge de six mois était seulement de 26% pendant cette même période. Rien ne laisse croire que la situation se soit réellement améliorée depuis.

Dans la province de Québec, au Canada, la situation face à l'allaitement a drastiquement évolué au cours du temps. Pendant plusieurs siècles, l'allaitement maternel était le mode d'alimentation par excellence du nouveau-né [8]. Cependant, au début du XX^{ème} siècle, avec l'industrialisation de la société et l'émancipation féminine, il a été presque abandonné [8]. Ce déclin des pratiques d'allaitement a entraîné une augmentation du taux de mortalité infantile. Entre 1921 et 1925, il y avait 120 morts sur 1000 naissances au Québec. Ces décès étaient souvent dus à des maladies infectieuses [9]. En effet, l'allaitement est maintenant bien reconnu pour apporter l'immunité au jeune enfant et ainsi limiter plusieurs risques d'infections. Plus tard, au début des années 1970, l'allaitement a ressurgi dans les pratiques [8]. Cette croissance se poursuit jusqu'à nos jours [8].

Toutefois, seulement la moitié des femmes qui amorcent l'allaitement à la maternité le poursuivront à moyen terme, soit après six mois de vie du nouveau-né [7]. De multiples raisons peuvent expliquer cette situation. Pendant les premiers jours du nouveau-né, lorsque les mères débutent l'allaitement, elles ont particulièrement besoin du soutien des professionnels de la santé pour optimiser l'amorce de l'allaitement [10]. Pourtant, ces mères ne sont pas toujours adéquatement soutenues par les professionnels de la santé dans leur allaitement [11]. À ce sujet,

un sondage réalisé par le Mouvement allaitement du Québec (MAQ) révélait que la formation initiale des futurs professionnels de la santé du Québec en matière d'allaitement pourrait être améliorée en termes de contenu, mais aussi de durée [12]. Il est impératif de travailler à rehausser les compétences des professionnels de la santé pour soutenir les mères allaitantes lorsqu'elles en ont besoin. Ceci afin d'améliorer les compétences de ces professionnels pour protéger, promouvoir l'allaitement et soutenir les mères allaitantes, pour la santé et le bien-être des nourrissons et jeunes enfants.

À travers le présent projet de mémoire, la question abordée est celle de savoir si les objectifs établis par l'*Academy of Breastfeeding Medicine (ABM)* en lien avec la formation en allaitement des futurs médecins sont pertinents pour chacune des professions de santé de première ligne au Québec et s'il est réaliste d'inclure ces objectifs au programme de formation de ces professions [13]. Lorsqu'on parle de professionnels de la santé dans ce projet, les huit professions de première ligne suivantes au Québec sont visées : chiropratique, dentisterie, sciences infirmières (universitaires et collégiales), médecine (programme pré- et postdoctoral), nutrition, ostéopathie, pharmacie communautaire et sage-femme. L'hypothèse implicite est que la plupart des objectifs de formation initiale de l'*ABM* (référés ci-haut) seraient à atteindre par chacun des futurs professionnels de la santé puisque chacun de ceux-ci pourrait intervenir à différents moments dans le continuum périnatal et donc, devrait avoir une base afin de détecter les difficultés et savoir comment soutenir les mères lorsque nécessaire. Avec une formation plus adéquate et interprofessionnelle en allaitement, ces professionnels pourraient tous travailler de concert et contribuer ainsi à des environnements favorables à l'allaitement pour mieux soutenir les mères.

Dans ce mémoire, le premier chapitre portera sur des éléments contextuels afin de bien situer ce projet soit les recommandations en allaitement, l'évaluation de la formation en allaitement au Québec, le référentiel basé sur les compétences et les objectifs transversaux de formation. Le second chapitre traitera de la méthodologie employée. Ensuite, les résultats du projet seront présentés et une discussion suivra. Enfin, ce mémoire se conclura sur les perspectives de recherche et les suites à donner au projet.

Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est donc de formuler, par consensus d'experts en matière d'allaitement et en enseignement, une liste d'objectifs minimaux communs à atteindre par tout professionnel de la santé à la fin de son programme de formation initiale [14-17].

Suite à ce projet de mémoire, ces objectifs de formation pourront être utilisés pour générer un référentiel de compétences transversales minimales à acquérir en allaitement, dans le but de guider l'enseignement et d'assurer l'apprentissage des futurs professionnels de la santé au cours de leur formation initiale [18].

Chapitre 1 :

Recension des écrits

1 Recommandations en allaitement

Les recommandations en santé publique au sujet de l'allaitement ainsi que pour améliorer la formation des professionnels de la santé seront abordées dans cette première partie. Ces recommandations soulignent l'importance de l'allaitement et rappellent qu'amener des changements dans la pratique de soutien accordée aux femmes qui allaitent est encore une préoccupation à l'ordre du jour. Il est à noter que le présent projet de recherche concerne la formation initiale des différents professionnels de la santé, et donc, ce sont des données en lien avec cette formation qui seront présentées.

1.1 Recommandations en santé publique

Dans le but de promouvoir des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson ou du jeune enfant, diverses institutions ont émis des recommandations à l'égard de l'allaitement. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande aux professionnels de la santé de soutenir les mères afin d'amorcer l'allaitement [3]. Au Québec, comme au Canada, plusieurs institutions ont pris position pour promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement [8, 19-21]. Ce sont les associations et organismes professionnels de médecins, infirmiers, sages-femmes, obstétriciens et gynécologues, pharmaciens, diététistes, hygiénistes dentaires, pédiatres, de l'économie familiale, des soins de santé ainsi que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [8].

L'Ordre Professionnel des Diététistes du Québec (OPDQ) endosse les recommandations de l'OMS, de la Société canadienne de pédiatrie, de Santé Canada, des Diététistes du Canada, de l'Agence de la Santé publique du Canada et de l'*American Academy of Pediatrics (AAP)* en préconisant l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie, puis l'introduction d'une alimentation complémentaire avec l'allaitement qui se poursuit jusqu'à 2 ans et au-delà [22]. L'allaitement exclusif signifie que le bébé sera nourri seulement avec du lait humain provenant

de sa mère ou d'une nourrice en excluant l'eau [21]. Les vitamines, minéraux et médicaments prescrits (ou requis) n'interfèrent pas avec le caractère exclusif de l'allaitement. En outre, il existe des alternatives d'alimentation pour le nourrisson, comme l'enrichissement du lait maternel (parfois utilisé en cas de prématurité) ou la supplémentation avec les préparations commerciales pour nourrisson (ou « substituts du lait maternel ». Pour les mères ne pouvant pas allaiter leur prématuré ou leur enfant né à terme au sein/, il existe également l'enrichissement de lait, les banques de lait maternel et les préparations commerciales. Cependant, ces dernières ne protègent pas comme le fait l'allaitement des risques en termes d'immunité pour l'enfant et de la lactation pour la mère (une fonction physiologique de la femme se traduisant par la sécrétion de lait par les glandes mammaires qui est déclenchée et entretenue par l'hormone prolactine et qui offre une certaine protection à la mère contre certains cancers) [23].

Aux États-Unis, *le Surgeon General*¹ a d'ailleurs lancé un appel en 2011 pour soutenir les femmes qui allaitent et augmenter le taux d'allaitement maternel [3, 24].

1.2 Recommandations de formation en allaitement

Certaines organisations nationales et internationales préoccupées par la santé des nourrissons et des jeunes enfants ont émis des recommandations concernant la formation en allaitement afin que les professionnels de la santé acquièrent les compétences nécessaires pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement [10, 25-28]. S'assurer d'avoir des professionnels compétents en la matière peut permettre de contribuer à rendre des environnements favorables à l'allaitement dans lesquels les professionnels de santé protègent et promeuvent l'allaitement et soutiennent adéquatement les mères dans leur contexte de vie, afin qu'elles fassent un choix libre et éclairé sur la méthode optimale d'alimentation de leur enfant [10]. Un tel environnement est primordial pour favoriser la bonne santé des nourrissons puisque les enfants non allaités

¹ Le *Surgeon General* des États-Unis est le responsable à la tête du *U.S. Public Health Service Commissioned Corps* (PHSCC). Il est donc le porte-parole du Gouvernement fédéral des États-Unis en matière de santé publique.

constituent un groupe à risque qui requiert une attention particulière de la part des services sanitaires et sociaux [29]. Un enfant qui n'est pas allaité est plus à risque sur le plan immunitaire et de croissance [23]. Par exemple, l'enfant sera plus à risque d'avoir une infection gastro-intestinale, une infection des voies respiratoires ou encore une otite [23]. Plus drastiquement, le non-allaitement a été associé comme facteur pouvant causer le syndrome de mort subite du nouveau-né [23]. À plus long terme, la littérature scientifique a établi des liens entre le non-allaitement et un surplus de poids et obésité à l'âge adulte [23]. Ainsi, un appui doit être fourni à la mère ainsi que les informations pertinentes nécessaires afin qu'elle adopte de bonnes pratiques d'alimentation pour la santé et la bonne croissance de son nourrisson [2, 3, 22, 25, 27, 29]. Dans cette optique, l'OMS et l'UNICEF ont lancé l'Initiative Hôpital Amis des Bébé (connue au Canada sous l'appellation Initiative Amis des Bébé (IAB)) dont le but est d'assurer à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie [30]. Dans cette stratégie, dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel sont énoncées. Elles comprennent, entre autres, le fait de donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique de succès de l'allaitement maternel. Les connaissances portent sur l'hygiène, l'aspect nutritif et physiologique de l'allaitement, le mécanisme d'allaitement, les influences psychosociales, les difficultés rencontrées en lien avec l'allaitement et les manières de les surmonter [10]. Dans le contexte de la mise en œuvre de l'IAB, il est recommandé d'améliorer la formation initiale offerte aux futurs professionnels de la santé à partir des données probantes afin qu'ils acquièrent des compétences pertinentes [31]. Selon l'UNICEF et Agrément Canada, au moins vingt heures de formation initiale en allaitement incluant trois heures de formation clinique supervisée devraient être accordées à tout le personnel de la santé qui travaille en lien avec des patientes à divers moments dans tout le continuum périnatal [26, 32].

Cependant, la réalité du terrain est loin de répondre aux diverses recommandations. Lorsque les recommandations de l'IAB sont mises en œuvre et que la formation vise ses pratiques, les taux d'allaitement augmentent [33-35]. Pourtant, le taux de certification IAB des hôpitaux au Québec était de 9% en 2014, ce qui reste faible [36]. En 2003, l'OMS a développé une ligne d'action en harmonie avec l'IAB, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (de 1981) et la déclaration *Innocenti* (de 1990) [30, 37, 38]. Cette

même ligne d'action soutient le système de santé dans l'amorce et la poursuite de l'allaitement en sensibilisant aux problèmes d'alimentation infantile et en créant un environnement favorable pour choisir les pratiques d'alimentation infantile optimales. Ainsi, l'OMS recommande de réviser les programmes d'études des professionnels de la santé afin de fournir des informations appropriées à la mère pour choisir les pratiques d'alimentation infantile optimales [3].

Aux États-Unis, l'*Academy of Breastfeeding Medicine (ABM)*² a pris position sur l'allaitement et a émis des recommandations pour la formation des médecins de tous les cycles [39]. Selon cette organisation, la formation théorique et pratique de l'allaitement devrait être intégrée dans le curriculum de chaque école de médecine pour que tous les médecins aient les connaissances et compétences de base de prévention, diagnostic et traitement au sujet de l'allaitement. L'*ABM* précise que la formation préclinique médicale en allaitement et celle clinique devraient être basées sur un certain nombre d'objectifs présentés qui sont organisés en deux sections : 1) les objectifs précliniques en allaitement et 2) ceux pour la gestion clinique de l'allaitement. Les thèmes abordés avec les objectifs précliniques sont :

- L'anatomie et la physiologie,
- Les barrières et facteurs facilitant l'allaitement,
- Les bénéfices et contre-indications de l'allaitement (propriétés biochimiques et immunologiques, etc),
- Les pratiques recommandées pour augmenter les taux d'allaitement,
- Et l'influence de la société sur l'allaitement.

Quant à eux, les objectifs de gestion clinique sont plus nombreux et traitent de la protection et du soutien de l'allaitement, de l'impact de la grossesse et de l'accouchement, du comportement du nouveau-né à la naissance et sa prise en charge, de l'historique d'allaitement, de la reconnaissance des bonnes pratiques d'allaitement, de la guidance anticipatoire des difficultés de l'allaitement, de la planification familiale, de la médication compatible avec l'allaitement, et du travail confidentiel et sans conflit d'intérêts. Enfin, l'*American Academy of*

² L'*ABM* est une organisation mondiale composée de médecins de différentes spécialités qui travaillent sur la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement.

Pediatrics affirme que l'appui et les connaissances fournis par les services de santé à la mère sont nécessaires afin qu'elle acquière de bonnes pratiques d'alimentation [29]. Ainsi, les professionnels de la santé devraient soutenir les mères allaitantes en leur transférant les connaissances nécessaires pour faire le meilleur choix d'alimentation adapté à leurs besoins et à ceux de leur nourrisson.

Au Québec, l'OPDQ affirme que des connaissances, compétences et attitudes sont à inculquer aux professionnels de la santé pour pouvoir soutenir de façon durable les mères durant toute la période l'allaitement [22]. Pour ce faire, les futurs professionnels de la santé devraient recevoir, au cours de leur 1^{er} cycle de formation (collégial ou universitaire, selon le grade convoité), une formation théorique et pratique pour acquérir les compétences minimales de pratique en allaitement.

2 L'allaitement et son enseignement dans le contexte québécois

Dans cette partie, la situation par rapport à l'allaitement au Québec ainsi que l'importance de la formation des professionnels de la santé dans ce contexte seront abordés.

2.1 Les tendances de l'allaitement au Québec

Les taux d'allaitement au Québec sont comparables à ceux dans plusieurs pays ayant des conditions favorables à l'allaitement maternel. Cependant des défis persistent. En 2012, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a révélé que 89% des mères canadiennes amorcent l'allaitement tôt après la naissance du nourrisson [7]. Comparativement à la Norvège (95%) [7] et à l'Australie (92%) [40], ce taux est légèrement plus faible, mais il est au-dessus de celui des États-Unis (77%) [41]. Au Québec, le taux d'amorce de l'allaitement est similaire à celui du Canada (89%). Cependant, bien que les mères souhaitent continuer à allaiter au-delà

du congé hospitalier, seulement quatre mères sur dix continuent l'allaitement exclusif au moins six mois [7]. Ainsi, durant les six premiers mois de vie du nourrisson, pour plusieurs raisons, l'allaitement exclusif par les mères québécoises ne semble pas perdurer au-delà du congé hospitalier.

La durée de l'allaitement est influencée par de nombreux facteurs. Tout d'abord, la poursuite de l'allaitement peut être influencée par des caractéristiques propres à la mère : par exemple, celle-ci augmente avec l'âge des mères et leur éducation et est plus répandue chez les femmes en couple [7, 42]. Les croyances des mères également peuvent influencer. La principale raison avancée pour ne pas poursuivre l'allaitement est une croyance d'insuffisance de lait, qui est pourtant un problème médical rare [7, 43-45]. Au-delà des caractéristiques propres à la mère, le rôle de soutien que peuvent jouer les professionnels de la santé dans la poursuite de l'allaitement est crucial [10]. Majoritairement, les professionnels de la santé reconnaissent l'importance de l'allaitement, mais paradoxalement, ils semblent inconsciemment interférer à sa pratique, du moins au Québec [11]. Effectivement, ces derniers ne semblent pas toujours assurer le soutien de la mère dans la poursuite de l'allaitement, ce qui pourrait expliquer en partie les taux de poursuite d'allaitement considérablement plus faible que le taux d'amorce [7]. En effet, comme le Québec est la province la plus avancée sur l'implantation de l'IAB au Canada (selon Agrément Canada) [46], les mères seraient bien soutenues dans l'initiation de l'allaitement lorsqu'elles sont dans un hôpital IAB, donc dans un environnement favorable à l'allaitement. Cependant, une fois sorties du milieu hospitalier, les mères sont en contact avec différents professionnels à différents moments et leurs parcours varient. Il est donc important de bonifier la formation des différents professionnels susceptibles de venir en contact avec les mères (au-delà de l'hôpital) pour les soutenir dans la poursuite de l'allaitement, surtout qu'il semble y avoir le plus d'abandon de l'allaitement au cours du premier mois [21].

2.2 La situation de la formation en allaitement au Québec

En 2009, le Mouvement allaitement du Québec (MAQ) a été créé avec pour mission de favoriser la création d'environnements favorables à l'allaitement maternel au Québec [47]. Au

sein de cette organisation, le comité formation a été mis sur pied afin de travailler à rehausser et à harmoniser les compétences minimales en allaitement de tous les professionnels de la santé de la province, et ce, à travers le contenu de base de leur programme de formation.

Pour tenter de mieux comprendre la situation au Québec, entre 2011 et 2012, le comité formation du MAQ a réalisé un sondage auprès des programmes des cégeps et universités de sept professions (infirmières, médecins, dentistes, nutritionnistes, pharmaciens, sages-femmes, et chiropraticiens) afin de dresser un tableau du contenu des curricula de formation initiale sur les sujets théoriques et pratiques importants en allaitement [12]. Sur les 51 personnes contactées lors de ce sondage par courriel, 41 personnes ont répondu, représentant un taux de réponse de 80% et reflétant toutes les professions contactées, exceptée la chiropratique. Ce sondage a révélé que les programmes de formation initiale concernant l'allaitement pourraient être améliorés tant en nombres d'heures obligatoires (qui pouvait s'étendre entre une et huit heures de formation pour tous programmes confondus) qu'en contenu de la formation en allaitement (tel que nommé dans la littérature; par exemple, l'anatomie du sein, la physiologie de l'allaitement, la pharmacologie, la pathologie, les barrières sociales, et la gestion de problèmes cliniques en allaitement) [12].

Une telle limitation dans la formation des professionnels de la santé influence donc leur façon d'intervenir auprès des mères, et peut donc nuire à l'allaitement. En effet, étant donné que les professionnels de la santé ont un rôle primordial à jouer pour encourager l'amorce et la continuité de l'allaitement après la sortie d'hôpital des mères [21], les attitudes véhiculées et leurs messages peuvent influencer fortement la décision des parents face à l'allaitement [21]. Par exemple, selon une recherche menée en Australie et en Nouvelle-Zélande, lorsqu'un médecin soutenait et encourageait une mère à commencer et à poursuivre l'allaitement, cette dernière avait davantage tendance à choisir ce mode d'alimentation [48]. Selon l'Institut national de santé publique du Québec, un des rôles des professionnels de la santé est de recommander l'allaitement aux parents selon les lignes directrices en allaitement [21]. Ces professionnels doivent donc avoir une attitude réceptive et respectueuse au contexte de la famille. La mère peut aussi interpréter la neutralité du professionnel par rapport à l'allaitement comme une attitude défavorable, ce qui peut la pousser à cesser d'allaiter au bout de quelques

semaines [49]. De plus, les professionnels doivent être en mesure de fournir des informations basées sur des données probantes pour assister la mère dans ses choix.

Considérant l'écart entre les données obtenues par le MAQ quant à la formation donnée et les recommandations nationales et internationales, l'ensemble des professionnels de la santé pourrait bénéficier d'un rehaussement de la formation existante dans le but d'acquérir les compétences minimales requises pour exercer leur profession [39]. Dans ce sens, l'agence de Santé publique du Canada suggère d'améliorer la formation initiale à partir des données probantes afin de tenir compte des compétences les plus pertinentes trouvées dans la littérature scientifique pour les spécialistes en allaitement [28].

Malheureusement, il n'existe pas actuellement de consensus sur les compétences minimales à intégrer à cette formation. Il est donc primordial de définir les compétences minimales pour répondre aux besoins de formation en allaitement. Le présent projet de recherche fait partie d'une plus grande initiative visant l'établissement d'un référentiel de compétences transversales en allaitement afin de guider l'apprentissage des futurs professionnels de la santé durant leur formation initiale [18].

3 Les études d'évaluation de la formation en allaitement

De manière à pouvoir situer les avancées scientifiques en termes d'évaluation des notions en allaitement acquises au cours de formation initiale des professionnels de santé, une revue littéraire a été réalisée à l'aide des bases de données Medline, Embase et CINAHL pour la période entre 2005 et 2015, à partir des mots clés *Undergraduate*, *breastfeeding* et *educational intervention* ou *education* ou *program evaluation* ou *curriculum* [50]. Par la suite, seuls les articles qui traitaient de l'enseignement en allaitement pour les étudiants en formation initiale ont été conservés.

3.1 L'évaluation de formation en allaitement à l'échelle mondiale

À l'échelle mondiale, 38 articles ont été recensés, à savoir: des rapports de recommandations [51-53] ou de critique [54] pour la formation en allaitement ainsi que des études de types descriptif [55-74], évaluatif [75-85] ou analytique [86-88]. Les participants de ces études étaient généralement des étudiants du 1er cycle, principalement des infirmières [60, 65, 67-70, 74, 76-78, 85, 88] et des médecins [59, 73, 75, 80, 88], quelques fois des sages-femmes [83, 89] ou sinon de manière plus générale des étudiants de programmes en nutrition [52, 53, 64, 79], psychologie [90], physiothérapie [67], sciences de la santé [56], ou de divers programmes [61, 63, 71, 72, 81, 91]. Les projets étaient réalisés surtout en Asie et en Amérique du Nord (États-Unis, Canada), parfois en Europe (Roumanie, Angleterre) ou en Australie, et une fois au Brésil. La plupart des participants aux projets de recherche étaient invités par courriel ou automatiquement inclus dans le projet, de par leur appartenance au programme d'étude ciblé ou à l'année de formation ciblée. L'échantillonnage pouvait être randomisé ou non. Les données sociodémographiques étaient généralement colligées.

Deux études empiriques ont été recensées: une étude a testé l'effet d'une intervention éducationnelle sur les connaissances et attitudes des étudiants face à l'allaitement ; l'autre a testé l'impact d'un modèle de formation en recherche en allaitement pour les étudiants sur l'avancée de la recherche en santé maternelle et infantile [88, 92].

Il y avait aussi 21 études transversales qui ont permis d'observer des interventions éducatives ou l'état des connaissances, des expériences et des attitudes des étudiants envers l'allaitement. Dans ces études descriptives, les mesures ont pu être colligées en utilisant des questionnaires d'évaluation simple ou des questionnaires reconnus comme l'outil de sondage Smith (2004) et/ou des tests reconnus internationalement : l'*Iowa infant feeding attitude scale*, le *Breastfeeding knowledge questionnaire* et l'*Infant feeding knowledge test*[68, 93, 94]. Les données empiriques pouvaient aussi être colligées par examen de la performance clinique en allaitement [69]. Une étude a également utilisé des groupes de discussion focalisée [95].

Un total de dix études a été répertorié au sujet de l'enseignement de l'allaitement maternel, plus précisément d'intervention éducative sur le curriculum en allaitement ou du

matériel scolaire en allaitement. Ces projets d'évaluation de l'enseignement traitaient globalement de la mesure des connaissances et des attitudes des étudiants au sujet de l'allaitement, suite à une intervention éducationnelle. Souvent, il y avait un groupe contrôle et un groupe expérimental [75, 76]. Dans ce type d'étude, les données étaient collectées à travers les mêmes sortes de questionnaires et tests que les études descriptives. De plus, des discussions focalisées pouvaient être organisées [78].

Ces études rapportent plusieurs informations importantes sur les connaissances et attitudes des étudiants au sujet de l'allaitement ainsi que sur les interventions mises en œuvre. En général, des attitudes sous-optimales et des lacunes en termes de connaissances face à l'allaitement étaient soulevées. Une étude a démontré que les connaissances des étudiants sur les pratiques en allaitement ne sont pas toujours basées sur les données probantes [96]. De plus, un lien significatif entre le fait d'avoir allaité et une attitude positive envers l'allaitement a pu être observé [57]. Les interventions éducatives amélioraient souvent la perception, les connaissances et les pratiques des étudiants face à l'allaitement [75, 83]. La plupart de ces dernières montraient l'importance de l'allaitement maternel et de ses bénéfices comparativement aux formules de lait. Lorsque les étudiants avaient déjà une attitude positive et de bonnes connaissances en allaitement, il n'y avait pas de différence au niveau des connaissances après l'intervention éducative en allaitement [74]. Une forte corrélation entre les connaissances en allaitement et les attitudes des étudiants a également pu être observée.

3.2 L'évaluation de formation en allaitement au Canada

À l'échelle canadienne, une seule étude sur les attitudes, les connaissances et la confiance acquises par les médecins et résidents à travers leur formation a été répertoriée : un sondage rempli électroniquement par 22 participants sélectionnés par choix raisonné [97]. Dans un premier temps, le sondage d'évaluation des besoins des médecins praticiens ainsi que des résidents médicaux a été réalisé au Canada pour déceler leurs connaissances, croyances et attitudes envers l'allaitement et le soutien de la mère allaitante. Dans un deuxième temps, une rencontre en personne de deux jours a été réalisée en 2014 afin de discuter des sujets suivants :

les activités courantes d'éducation en allaitement dans plusieurs programmes post-gradués; les résultats du sondage d'évaluation des besoins discutés plus haut; les possibles résultats d'apprentissage de leur intervention éducationnelle; les éventuelles stratégies pour implémenter et évaluer une intervention éducationnelle nationale [97]. Cette étude a mis en lumière la nécessité de développer une intervention éducationnelle en allaitement pour les médecins et que celle-ci soit flexible, réalisable et durable pour faciliter son implémentation à l'échelle nationale. Les participants au projet ont identifié cinq connaissances initiales à intégrer dans une intervention future : 1) l'évaluation de la méthode d'allaitement, les méthodes de soutien de la mère dans son allaitement ; 2) les problèmes de santé rencontrés par les mères allaitantes ; 3) les bénéfices de l'allaitement pour les enfants et les mères ; 4) les ressources en allaitement; 5) le besoin de mettre en place une intervention éducationnelle flexible, réalisable et durable pour faciliter son implémentation à l'échelle nationale a également été souligné [97].

D'après cette recension des écrits, plusieurs lacunes sont soulevées dans la littérature au sujet de la formation en allaitement, mais également des limites sont présentes dans le peu d'études sur cette formation. Il est peu surprenant que des interventions éducationnelles améliorent les connaissances et les attitudes des étudiants non gradués envers l'allaitement. Cependant, aucune de ces interventions n'a été réalisée dans un cadre multidisciplinaire, n'offrant donc pas la possibilité de tester des interventions qui pourraient être offertes à divers types de professions. De plus, les études qui portent sur la formation initiale sont généralement réalisées avec des étudiants, mais on ne peut connaître l'impact sur leur future pratique. Étant donné que les professionnels de la santé connaissent à la fois le contexte de la vie estudiantine ainsi que le contexte du travail, ils seraient mieux outillés pour fournir des informations plus compréhensives afin de bâtir un référentiel d'objectifs en allaitement pour éventuellement améliorer la formation initiale.

Cette recension des écrits fait également ressortir le besoin de l'établissement d'un référentiel d'objectifs transversaux en allaitement pour la formation initiale au Québec. Il n'y a

présentement aucune étude sur le sujet. Les objectifs de formation en allaitement, validés suite à ce projet de recherche, pourront être utilisés pour établir un référentiel de compétences.

4 Du référentiel basé sur les objectifs vers un référentiel de compétences

Dans l'optique d'améliorer l'apprentissage des notions en allaitement au cours de la formation initiale des professionnels de santé en se basant sur des compétences transversales minimales, il est donc impératif d'établir une liste de compétences essentielles. Cette liste pourrait servir à constituer le cadre de référence de compétences (aussi appelé référentiel de compétences) qui pourrait à son tour être utilisé pour bonifier et standardiser les programmes de formation des futurs professionnels de la santé. Dans cette partie, l'établissement de la liste d'objectifs pour l'apprentissage des notions en allaitement acquises au cours de la formation initiale des professionnels de santé ainsi que son utilité dans l'élaboration du référentiel de compétences seront discutés.

4.1 Le référentiel de compétences

4.1.1 Définition d'une compétence

a) Différence entre une compétence et une connaissance

Pour mieux comprendre ce qu'est un référentiel de compétences, il est essentiel de définir les notions de compétences et de connaissances. Une compétence est un savoir-agir complexe, c'est-à-dire un mélange de savoir-faire, d'attitude et de connaissances [98]. Autrement dit, c'est la capacité de mobiliser les bonnes ressources (internes et externes à l'individu) et de les combiner efficacement dans une variété de situations, en fonction du

contexte. Une capacité, quant-à-elle, se définit par l'intégration des ressources (savoirs, savoir-faire et savoir être) mobilisées et combinées dans l'exercice de chaque compétence [99]. De plus, une compétence intègre et combine différentes ressources dans un contexte précis. Une compétence professionnelle est la mise en œuvre en situation professionnelle d'un savoir-faire (lié à des connaissances, des aptitudes, et des habiletés) ainsi que d'un savoir-être (lié à des attitudes) qui sont tous nécessaires à un individu afin d'endosser son rôle de professionnel avec succès [100-103].

Selon le comité d'allaitement des États-Unis (*United States breastfeeding committee (USBC)*³), les compétences sont définies comme l'ensemble des connaissances, attitudes et capacités minimales nécessaires pour les professionnels de santé de toutes les disciplines pour fournir des soins aux patients qui protègent, promeuvent et supportent l'allaitement [93, 104]. Une compétence évolue dans le temps et favorise le développement d'un esprit critique tout au long de la vie professionnelle, dans des situations plus ou moins complexes [98, 99, 105]. « La compétence n'est pas une connaissance, ni une capacité, ni un objectif. Elle relève de l'ordre de l'action et peut s'adapter au contexte en fonction des ressources internes et externes dont l'étudiant dispose. » [106]. Par définition, « une compétence transversale est un savoir-agir d'ordre intellectuel, méthodologique, personnel, social, et de l'ordre de la communication qui dépasse les frontières des savoirs disciplinaires, tout en s'y déployant et en favorisant leur acquisition et leur réinvestissement dans les situations concrètes. » [106]

Les connaissances, quant à elles, englobent les savoirs (théoriques) et les savoir-faire (procéduraux) à appliquer en fonction du contexte [107]. L'exactitude des connaissances est plus simple à vérifier que celle des compétences de pratique [108].

³ Le USBC est une organisation à but non lucratif composée de représentants gouvernementaux et d'associations de professionnels de la santé qui coordonnent des initiatives nationales en faveur de l'allaitement.

b) Quelques exemples de référentiels de compétences

Plusieurs référentiels sont reconnus sur la scène internationale (notamment dans la formation médicale), comme le CanMEDS, le *ALTC Threshold learning outcomes framework* et le *Hunter/New England capability framework* [18].

Plus particulièrement, c'est le référentiel des CanMEDS qui a été implanté au Canada. Créé au début des années 1990, ce référentiel de compétences défini par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est un modèle éducatif reconnu internationalement pour établir un curriculum en médecine [18, 109]. Il est adopté entre autres pour évaluer des résidents de programmes de médecine, pour faciliter l'identification de ceux en difficulté d'apprentissage, et pour soutenir les enseignants dans l'accomplissement de leurs tâches [110]. De plus, ce référentiel se veut intégrateur de toutes les spécialités médicales, sauf celle de médecine de famille qui dispose de son propre référentiel CanMEDS. Il s'organise donc autour des rôles que chaque médecin devrait avoir acquis durant sa formation postdoctorale.

Puisque les compétences désignent des habiletés observables, la mesure de la capacité des étudiants à accomplir des tâches liées à l'allaitement dans leur discipline permettra à chaque faculté et programme de déterminer si ses étudiants sont adéquatement formés [107]. Effectivement, comme les référentiels de compétences sont axés sur les résultats après la formation, les étudiants en difficulté pourraient être facilement identifiés et remis à niveau [111]. Ainsi, les étudiants diplômés seraient mieux formés pour remplir leur rôle de professionnel. Ceci pourrait éventuellement favoriser la prestation de soins médicaux de plus grande qualité. Cependant, les programmes des diverses professions en santé utilisent différentes façons de bâtir ou d'exprimer les compétences, ce qui rend difficile le développement de compétences en allaitement qui devraient être acquises dans tous les programmes de formation initiale.

4.1.2 Les stratégies d'enseignement et d'apprentissage

Au fil du temps, le paradigme d'enseignement universitaire a évolué. L'ancien paradigme d'enseignement se basait sur l'acquisition du savoir, la mémorisation. Son but était de développer des automatismes chez les étudiants [112]. Cependant, le paradigme le plus

récent, aussi nommé paradigme de l'apprentissage, vise le développement de compétences chez l'étudiant afin qu'il puisse intervenir dans des situations complexes [112].

a) L'approche par objectif

Dans les années 60, les programmes de formation ont adopté l'approche par objectifs, aussi nommée pédagogie par objectifs qui sera définie ci-après. Dans cet ancien paradigme, le courant pédagogique du behaviorisme définissait l'apprentissage comme une modification durable des comportements [112]. Dans ce paradigme, les comportements y sont définis comme des réactions objectivement observables d'un individu et déterminées par l'environnement qui les façonne. Dans l'approche par objectifs, le terme "objectif pédagogique décrit le comportement final de l'apprenant en précisant les conditions dans lesquelles le comportement doit se produire et définit les critères de performance acceptables" [112]. Dans les programmes de formation, les objectifs pédagogiques de Bloom et Mager sont encore souvent utilisés [113-116]. Selon Mager, un objectif pédagogique doit être composé d'un verbe d'action définissant la performance attendue de l'étudiant, une description des conditions de réalisation ainsi que les critères de performance [112, 113]. De plus, dans l'approche par objectifs, le processus de formation qui permet d'atteindre les objectifs de formation doit tenir compte des besoins de formation, du contenu souhaité de formation, des moyens d'apprentissage et de l'évaluation. L'élaboration de la liste des objectifs doit également tenir compte du contexte professionnel des étudiants. Elle doit se baser sur une analyse des tâches classées de manière hiérarchique pour les traduire en comportements observables et pouvoir ensuite les évaluer [112]. Enfin, il est conseillé d'élaborer un plan d'apprentissage en classant les objectifs du plus simple au plus complexe.

Dans le milieu pédagogique, l'approche par objectifs est souvent critiquée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'enseignant fait parfois face à des objectifs pédagogiques trop complexes puisque les objectifs sont décrits de manière détaillée, ce qui les rend peu malléables pour adapter l'apprentissage [112]. Cette approche conduirait donc à un morcèlement des connaissances et à la fragmentation des compétences. De la sorte, l'étudiant n'arrive pas à avoir une vision globale de sa formation et à l'intégrer. Ensuite, selon Tardif, l'approche par objectifs ne favorise pas la résolution de problèmes courants, l'argumentation et l'analyse critique par l'étudiant puisqu'elle se concentre sur des habiletés de plus bas niveau intellectuel. Enfin, cette

approche est axée sur le contenu de formation et l'accumulation de connaissances, mais pas l'attitude que le futur professionnel doit acquérir [112].

b) L'approche par compétences

En raison des critiques à l'égard de l'ancien paradigme, les milieux éducatifs ont commencé à faire un virage vers l'approche par compétences qui semble être plus globale [112]. L'implantation de cette approche a d'abord commencé aux États-Unis, dès les années 60-70, puis au Canada, dans les années 80. Déjà utilisée dans les écoles du Québec au primaire, et au secondaire au début des années 2000, cette approche est en train de s'implanter aussi dans les programmes de formation des cégeps et des universités [117]. Par exemple, les baccalauréats en sciences infirmières sont maintenant basés sur cette approche. Une fois que l'étudiant acquiert les compétences, il devrait être en mesure de comprendre et de faire des liens contextualisés. En somme, pour améliorer la formation en allaitement et favoriser l'apprentissage des futurs professionnels de la santé, l'approche la plus adaptée pour atteindre les résultats souhaités apparaît être la formation par compétences [112]. L'établissement d'un référentiel de compétences s'avère donc primordial afin d'assurer la qualité et l'harmonisation de la formation en allaitement.

Il est à noter toutefois que les référentiels basés sur les compétences peuvent être critiqués pour d'autres raisons. Par exemple, il existe une diversité de domaines dans lesquels des référentiels de compétence sont conçus [18]. En plus, il existe différents degrés de complexité des référentiels de compétence en fonction du niveau d'expertise des étudiants recherché. De plus, un des défis observés dans la littérature est la multitude de définitions des compétences. En effet, il n'existe pas de consensus dans le système éducatif à l'échelle mondiale ni même canadienne, ni pour la définition d'une compétence, ni pour celle d'une formation basée sur un référentiel de compétences. En outre, il y a peu de publications sur l'éducation basée sur les compétences [110]. N'ayant donc pas de consensus, les responsables de formation développent des référentiels de plus en plus disparates [110].

D'un autre côté, il faut également reconnaître que les référentiels de compétences présentent plusieurs bénéfices [110]. Ils permettent de coordonner l'éducation aux besoins de la collectivité dans les milieux de santé; de légitimer les professions; de faciliter la standardisation

de la pratique; de fournir une évaluation équitable par des praticiens internationaux; de guider le développement de curriculum; d'identifier les relations interprofessionnelles; de pouvoir aisément reconnaître les apprentissages antérieurs; d'augmenter la responsabilité; de faciliter les évaluations de performance professionnelle; d'améliorer le moral du personnel de santé; et de guider la supervision clinique, le mentorat et l'éducation continue [118, 119].

Également, bien définir les compétences sert de modèle spécifique pour exceller dans une profession [103]. En effet, “un cursus axé sur le développement des compétences emploie des éléments curriculaires choisis minutieusement afin d'atteindre des résultats d'apprentissage escomptés clairement établis”[120]. Le développement de compétences tout au long du parcours professionnel permet d'évoluer du stade de novice, puis débutant, ensuite compétent, puis performant et enfin expert [121].

4.2 Les objectifs de formation en allaitement

4.2.1 La pertinence de l'élaboration d'une liste d'objectifs : des objectifs vers les compétences

Dans son livre “Réussir la formation par compétences”, Francois Lasnier aborde les différentes étapes de l'élaboration d'un référentiel de compétences [106]. Selon l'auteur, préliminairement à l'élaboration d'un référentiel de compétences (ici en allaitement), il est essentiel de faire une analyse de l'efficacité de la formation (ici, celle initiale en allaitement) offerte dans les universités et cégeps au Québec afin de savoir s'il y a un besoin d'améliorer la formation et à quel sujet [106]. Cet état de la situation a été décrit grâce au sondage du MAQ en 2012 [12]. Rappelons que ce sondage a révélé que les programmes de formation initiale concernant l'allaitement pourraient être améliorés tant en nombres d'heures obligatoires qu'en contenu de la formation en allaitement. Sachant que la formation proposée actuellement est insuffisante pour acquérir les compétences nécessaires en allaitement, l'élaboration d'un référentiel de compétence est souhaitée.

Ensuite, dans le processus d'élaboration du référentiel de compétences, selon les recommandations de Lasnier, il serait important de répondre à ces questions [106]:

- **Démarche épistémologique** : Quel contenu pédagogique au sujet de l'allaitement les étudiants en santé devraient recevoir à travers leur formation initiale pour le développement de compétences minimales à la pratique clinique en matière d'allaitement et du soutien à la mère, au nouveau-né, à la famille et à la communauté ?
- **Élaboration du profil de l'élève** : Que souhaitez-vous que le futur professionnel soit capable de faire par la maîtrise de chaque compétence à la fin de sa formation en allaitement en termes de comportements observables ?

Cette dernière question reflète le besoin de développer une liste d'objectifs de formation en allaitement. En effet, rappelons qu'un objectif pédagogique décrit le comportement observable final de l'étudiant en fonction de l'environnement et définit les critères de performance acceptables. Ainsi, élaborer la liste des objectifs pédagogiques pour la formation initiale en allaitement des étudiants dans le domaine de la santé permettrait d'établir le profil de l'élève.

Cette liste d'objectifs permettrait également d'établir la liste de compétences transversales minimales en allaitement. À partir des objectifs de formation en allaitement retenus à travers ce projet, les capacités en allaitement critiques à l'exercice de profession de chaque professionnel de santé pourront être déterminées. Ces capacités critiques sont les apprentissages essentiels que les professionnels de la santé doivent avoir acquis à la fin de leur formation [106]. Plusieurs capacités peuvent être intégrées dans chaque compétence (figure 1, inspirée du référentiel de compétences pour les sciences infirmières (autorisation en annexe 6)) [122]. Donc, pour élaborer le référentiel de compétences pour la formation initiale en allaitement, les objectifs de formation retenus suite au projet pourront être transformés en capacités qui pourront à leur tour être regroupés en compétences. Chaque capacité devrait avoir des indicateurs qui permettront d'évaluer que l'étudiant a bien acquis la compétence [106]. Les capacités devront être regroupées en fonction des ressources nécessaires pour être en mesure d'exercer chaque compétence.

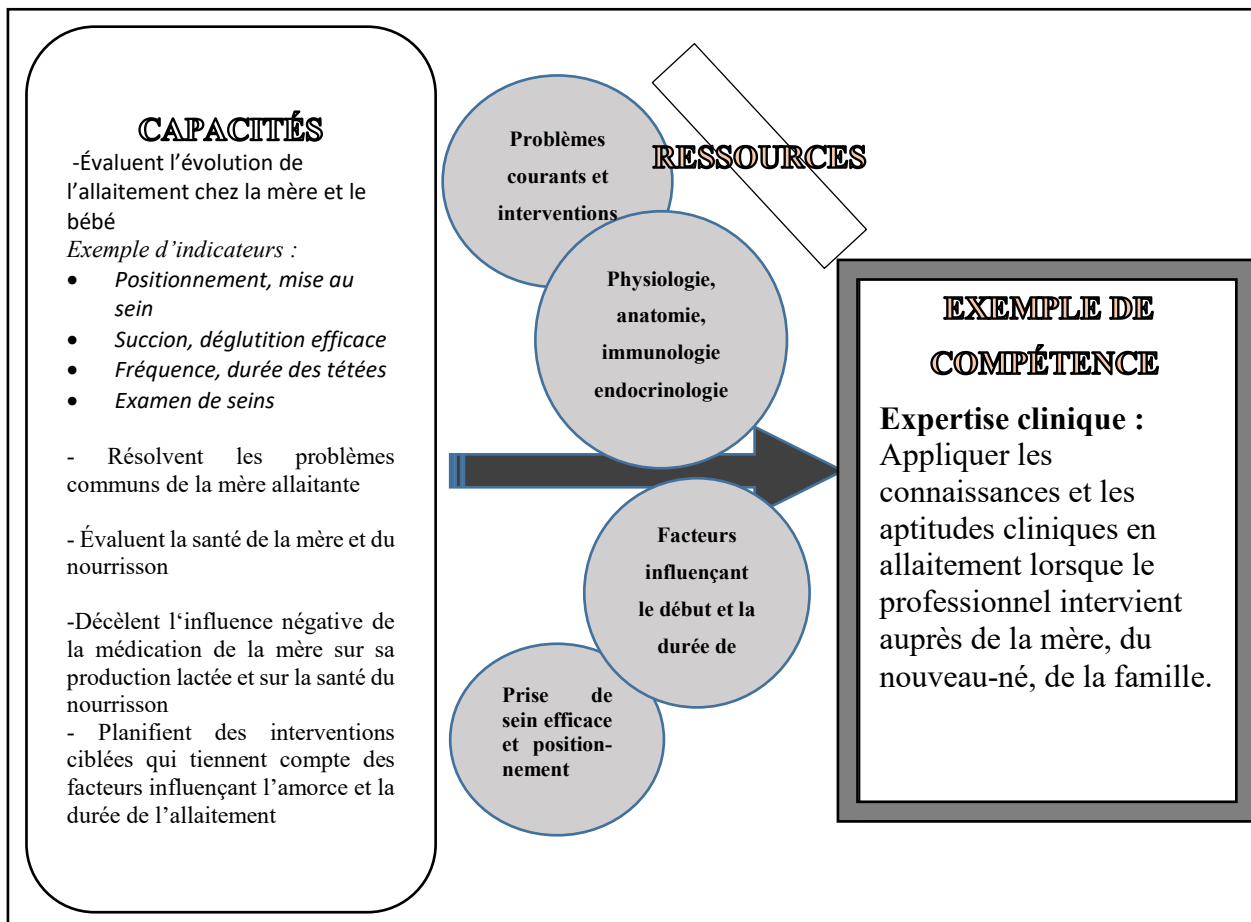


Figure 1. Quelques exemples de ressources, de capacités et d'indicateurs pour la compétence de l'expertise clinique

4.2.2 Formation en allaitement et multidisciplinarité

Le référentiel de compétences doit être transversal et cibler toutes les disciplines de la santé dans lesquelles le professionnel est amené à travailler en première ligne auprès des patientes qui allaitent. La multidisciplinarité se définit par le travail simultané de professionnels issus de différentes disciplines et implique la coordination de manière indépendante de ces derniers [123]. Puisqu'en pratique les professionnels de santé de différentes disciplines doivent

travailler pour soutenir l'allaitement de diverses façons et en complémentarité, il est essentiel que leurs compétences soient adaptées à tous les types de professions de la santé, particulièrement pour ceux appelés à œuvrer en première ligne, dans un contexte multidisciplinaire [123].

Au-delà d'une formation initiale sous-optimale, on note une disparité au niveau de la formation des professionnels de la santé en matière d'allaitement [12]. Ceci peut s'expliquer par la variabilité des prérequis entre les différents programmes de formation professionnelle pour pouvoir pratiquer. En effet, pour chaque domaine, la durée et le contenu du programme d'étude varient. Ainsi, les moments-clés pour acquérir les compétences terminales sont modulés en fonction des professions. Dans un éventuel référentiel basé sur les compétences en matière d'allaitement, chaque compétence retenue doit donc pouvoir s'appliquer à tous les types de professions. De cette manière, les compétences utilisées dans le contexte d'une pratique collaborative et de continuité réduiraient la fragmentation des soins offerts puisque tous les professionnels de la santé auraient acquis les mêmes compétences minimales [110]. Selon Le Boterf, le développement des compétences collectives devrait être priorisé et remplacer les compétences individuelles [112]. En effet, les situations professionnelles auxquelles les futurs professionnels de la santé feront face pourront être complexes. Vu la complexité des systèmes de santé actuels, les ressources d'un seul individu ne seront pas toujours suffisantes pour résoudre les problèmes auxquels les mères allaitantes pourraient faire face. Les environnements devraient donc favoriser le partage des connaissances. Pour les responsables de formation et les futurs professionnels de la santé, l'harmonisation et la reconnaissance des compétences essentielles pour tous les étudiants en formation initiale (de niveau collégial, pré-doctoral, ou postdoctoral) apparaissent hautement pertinent.

4.2.3 L'élaboration de la liste des objectifs de formation en allaitement

Pour élaborer la liste des objectifs, les articles issus de cette revue littéraire ont été analysés. Le référentiel de compétences en allaitement défini par le comité d'allaitement des États-Unis (*USBC*) ainsi que les objectifs de formation en allaitement pour les médecins de

famille de l'organisation de *l'American Breastfeeding Medicine* sont les deux documents de référence qui ont été initialement retenus pour l'établissement des objectifs de formation en allaitement de ce projet [39, 104]. En effet, ces documents sont reconnus internationalement et régulièrement utilisés dans le monde de l'allaitement. Rappelons que la définition des objectifs de formation retenue est celle stipulant que ce sont des comportements observables que le futur professionnel doit être capable de réaliser par l'atteinte de chaque objectif à la fin de sa formation en allaitement.

En premier lieu, le référentiel de compétence du *USBC* établit les compétences nécessaires au professionnel de la santé pour endosser son rôle (voir le tableau I) [104]. Il stipule que, minimalement, chaque professionnel de la santé devrait comprendre le rôle de la lactation, du lait maternel, et de l'allaitement dans l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ainsi que pour limiter la morbidité infantile et des mères et favoriser leur bonne santé. Tout professionnel de la santé devrait être en mesure de faciliter les processus des soins en allaitement en préparant les familles à des attentes réalistes; en communiquant des informations pertinentes au personnel de soin en allaitement; en faisant des suivis avec la famille après que les soins et services en allaitement aient été fournis, tout en tenant compte de leur culture [104]. Pour faciliter l'acquisition de ces compétences par le personnel de santé, le *USBC* recommande aux organisations des professionnels de la santé de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement comme une priorité de santé publique.

En deuxième lieu, l'*ABM* a fait une déclaration en 2011 sur les objectifs éducationnels en allaitement pour les médecins [39]. Ces objectifs de formation en allaitement des résidents ou des étudiants en médecine sont une référence internationale acceptée et souvent citée dans la littérature. La déclaration comprend 29 objectifs pour l'éducation médicale au prédoctorat et 49 autres objectifs supplémentaires pour l'éducation médicale postdoctorale [39]. Seuls les objectifs de formation prédoctoraux ont été retenus pour le présent projet. Comme pour les autres programmes de formation de futurs professionnels de la santé, le soutien de l'allaitement n'est pas encore reconnu comme une sous-spécialité en médecine familiale [13]. Dans ce contexte, la déclaration de l'*ABM* se veut un guide pour l'intégration du soutien en allaitement dans le cursus éducatif des futurs médecins de famille. Elle stipule que ceux-ci devraient avoir des connaissances et des capacités de base pour la prévention, le soutien durable, les diagnostics

et les traitements reliés à l’allaitement [39]. Une traduction des objectifs de la déclaration de l’*ABM* est présentée dans le chapitre 2 intitulé Méthodologie.

Tableau I. Le référentiel de compétences du *USBC* de 2010

Les connaissances	Les capacités	Les attitudes
<ul style="list-style-type: none"> • L’anatomie et la physiologie du sein • Le rôle de l’allaitement et du lait maternel sur la santé et la prévention de maladies et le risque de ne pas allaiter • Le rôle des soins de santé sur l’allaitement • L’impact de la culture et de la société sur l’allaitement • Les potentiels risques des substituts du lait maternel • Ressources et services en allaitement • L’effet du marketing des substituts du lait maternel 	<ul style="list-style-type: none"> • La pratique de manière à protéger, promouvoir et soutenir l’allaitement • L’historique d’allaitement pour assurer un meilleur soutien de la mère allaitante • La confidentialité • Le fait d’appuyer sa pratique sur les données probantes 	<ul style="list-style-type: none"> • La valorisation de l’allaitement par le professionnel de la santé • Le maintien de la confidentialité • Reconnaître l’importance du soutien du professionnel et des services en allaitement et de l’adaptation des soins fournis à la culture des patients • La recherche de coordination et de collaboration dans un contexte interdisciplinaire • Reconnaître les limites de son expertise et savoir référer à un spécialiste en allaitement • Le professionnalisme : ne pas confondre son expérience personnelle aux soins dans un contexte professionnel • Encourager son milieu de travail à soutenir l’allaitement • Appuyer les lois au sujet de l’allaitement

En conclusion, face aux recommandations des instances de santé publique au sujet de la formation en allaitement et puisque les lacunes des programmes de formation au sujet de l’allaitement sont maintenant reconnues, un référentiel de compétences en allaitement pourrait

être utilisé pour guider les interventions éducationnelles au Québec dans le but d'améliorer la formation initiale des futurs professionnels de la santé. Malheureusement, les diverses professions n'utilisent pas les mêmes façons de formuler les compétences. Pour résoudre ce problème, une première étape est d'obtenir un consensus sur des objectifs transversaux minimaux à acquérir en allaitement afin que chaque programme de formation puisse les transformer en compétences selon des situations cliniques vécues en lien avec leur profession. Ultérieurement, une deuxième étape sera de formuler les capacités critiques à l'exercice de profession de chaque professionnel de santé en lien avec l'allaitement à partir de la liste d'objectifs transversaux minimaux de formation en allaitement. Ceci devra se faire avec l'engagement de personnes représentant les diverses professions impliquées. Ces capacités pourront par la suite être regroupées pour établir les compétences essentielles en allaitement pour les professionnels de santé. Ce projet est donc la suite logique dans l'atteinte de ce but.

Chapitre 2 :

Méthodologie

1. Mise en contexte

Le projet a été réalisé par Mlle Myrtha Traoré en collaboration avec le Mouvement allaitement du Québec, l'Université de Sherbrooke et le Département de nutrition de l'Université de Montréal.

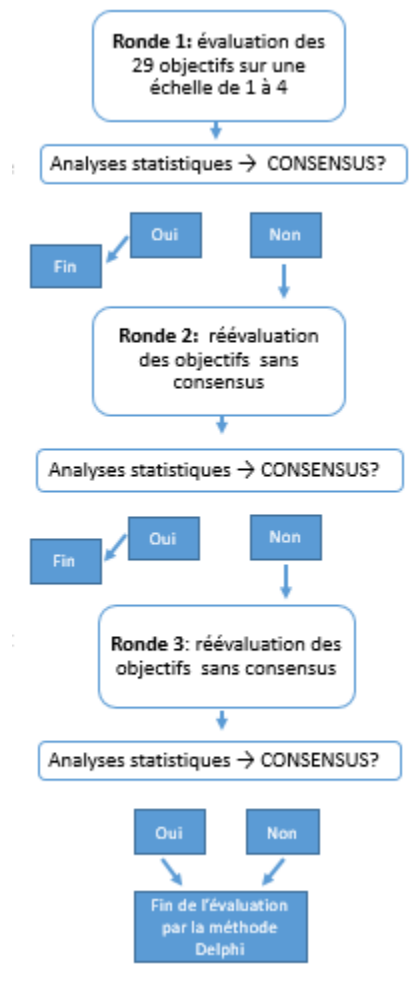
2. La méthode Delphi

Ce projet de recherche a utilisé un sondage, plus particulièrement la méthode Delphi, afin de recueillir les opinions de participants au sujet des objectifs de formation initiale en allaitement. Elle a été créée dans les années 50 par la *Rand Corporation* aux États-Unis [124]. Cette méthode est utilisée depuis des années dans les domaines de l'éducation et des soins de santé [14, 125-127]. Cette méthode quantitative consiste en l'utilisation d'un processus itératif permettant de guider et d'assembler les opinions d'un groupe vers un éventuel consensus final. Des questionnaires sont présentés à un panel d'experts du domaine d'intérêt (ici, l'allaitement, l'enseignement médical et des sciences de la santé) afin d'obtenir leur point de vue sur un sujet donné [16]. Après chacune des rondes du Delphi (généralement au nombre de trois), des statistiques descriptives permettent l'analyse des réponses des participants pour évaluer le point de vue du groupe [16, 127]. À la ronde suivante, un résumé des réponses du groupe est transmis aux panélistes qui doivent comparer leurs réponses à celles du groupe et anonymement réévaluer leur jugement pour tenter d'obtenir un consensus [16, 127]. Le processus continue jusqu'à l'obtention –ou non, d'un consensus des participants (voir section 6 ci-dessous pour une description détaillée du critère de consensus) [16, 127]. Cette méthode permet d'harmoniser les opinions de plusieurs experts de spécialités différentes et d'équilibrer les résultats en minimisant la domination potentielle de certaines opinions, due à une influence individuelle [16]. En effet, si la confidentialité des réponses des participants n'était pas assurée, l'opinion d'un participant pourrait être influencée par celle d'un autre qui imposerait plus son point de vue.

Dans le cas de cette étude, cette méthode Delphi a été employée pour obtenir un consensus d'un panel d'experts en allaitement, en enseignement médical et des sciences de la santé, sur les objectifs prioritaires à développer afin de guider la formation des futurs

professionnels de la santé en matière d'allaitement au cours de leurs programmes d'étude. Les étapes de cette méthode sont présentées dans la figure 2. Les objectifs présentés dans le questionnaire du Delphi ont été inspirés du cadre des objectifs de formation en allaitement de l'ABM. Les participants ont dû évaluer chaque objectif sur une échelle de 1 (faible accord) à 4 (fort accord).

Figure 2. La méthode Delphi étape par étape



3. La liste d'objectifs

La liste des objectifs de formation a été obtenue suite à une revue littéraire réalisée à partir des bases de données *Pubmed*, *Medline*, *Embase* et *CINAHL*, de 2005 à 2015, à partir des mots clés *Undergraduate*, *breastfeeding* et *educational intervention* ou *education* ou *program*

evaluation ou curriculum. Cette revue littéraire a permis de recenser tous les objectifs de formation en allaitement disponibles. Par la suite, cette liste a été comparée à celle de l'*ABM* dont les objectifs de formation en allaitement des résidents ou des pré-résidents sont une référence internationale reconnue [39]. Suite à cette comparaison, il s'est avéré que les objectifs de l'*ABM* englobaient ceux de la revue littéraire et étaient les plus complets disponibles. La décision a donc été prise de partir des objectifs de l'*ABM* afin de les faire valider par les participants de diverses professions à l'aide de la méthode Delphi. La liste ci-dessous des objectifs de formation du présent projet est une traduction libre des objectifs de l'*ABM*. Elle comprend vingt-neuf objectifs organisés sous deux sections dont 12 objectifs précliniques en allaitement et 17 objectifs sur la gestion clinique de l'allaitement [39].

Tableau II. Liste des objectifs de formation initiale des professionnels de la santé

Section 1. Les compétences précliniques en allaitement
Pour obtenir son droit de pratique, un étudiant doit être capable de :
1. Lister les risques de ne pas allaiter pour la santé des enfants, des mères, des familles et de la société
2. Faire un diagramme de l'anatomie de la glande mammaire et de la structure de soutien du sein et identifier l'histologie (la structure tissulaire) normale ou anormale
3. Décrire la physiologie de production et de sécrétion du lait
4. Décrire les principales hormones de lactation et leurs multiples effets sur la mère et l'enfant
5. Expliquer les propriétés biochimiques et immunologiques du lait humain en comparaison avec les préparations commerciales pour nourrisson
6. Décrire la physiologie de la suppression de la fertilité reliée à la lactation
7. Apprécier les aspects culturels, sociologiques, biologiques et psychologiques du soutien à l'allaitement
8. Identifier l'association des taux d'allaitement (amorce et durée) selon les groupes ethniques, le degré d'instruction des mères et leur statut socio-économique
9. Identifier les objectifs nationaux et/ou internationaux appropriés pour les taux d'allaitement et les objectifs appropriés pour les pratiques d'allaitement
10. Comparer la biomécanique de la succion au sein à celle lors de l'utilisation d'un biberon
11. Conseiller une mère allaitante sur ses besoins nutritionnels et ceux de son enfant
12. Décrire les pratiques recommandées pour les fournisseurs de soins pour lesquelles il a été démontré que leur pratique entraîne une augmentation du taux d'amorce de l'allaitement et de sa durée

Section 2. Les compétences pour la gestion clinique de l'allaitement

Pour obtenir son droit de pratique, un étudiant doit être capable de :

13. Identifier les facteurs qui contribuent à la prise de décision parentale au sujet de l'allaitement
14. Obtenir un historique détaillé de l'allaitement et réaliser un examen des seins relié à l'allaitement
15. Reconnaître les effets de la grossesse et de l'accouchement sur l'amorce de l'allaitement
16. Décrire l'impact des procédures réalisées et des médicaments pris pendant la période prénatale (intrapartum) et le postpartum immédiat sur la lactation
17. Faciliter la première mise au sein immédiatement après l'accouchement
18. Reconnaître une bonne prise et une succion efficace au sein
19. Conseiller les mères sur la manière d'établir et de maintenir la production lactée lorsqu'elles sont séparées de leur enfant, soit à cause de maladies ou lors du retour au travail ou aux études
20. Conseiller les mères pour prévenir les difficultés possibles lors de l'allaitement (guidance anticipatoire)
21. Recommander des médicaments et des options de traitement qui sont compatibles avec la lactation
22. Discuter des options appropriées de planification familiale pour les femmes allaitantes
23. Discuter des causes, des actions préventives et de la gestion des problèmes communs d'allaitement (ex : les mamelons endoloris, l'insuffisance de lait, le faible gain de poids, la jaunisse, la mastite...) avec la mère

Section 2. Les compétences pour la gestion clinique de l'allaitement

Pour obtenir son droit de pratique, un étudiant doit être capable de :

24. Décrire le moment propice pour l'introduction des aliments complémentaires ainsi que la manière de les sélectionner et de les introduire
 25. Reconnaître que la plupart des enfants, même ceux avec des besoins spéciaux en soins de santé, peuvent être allaités
 26. Expliquer le profil de croissance normal pour les bébés allaités
 27. Coordonner les services avec les autres professionnels de la santé, les groupes communautaires ou toute autre personne susceptible d'offrir un soutien et référer de façon appropriée
 28. Soutenir les politiques et procédures qui promeuvent l'allaitement dans toutes les professions de santé et les spécialités
 29. Fournir les soins et services en allaitement sans biais personnel ou conflit d'intérêts commercial, tout en respectant le « Code international de commercialisation des substituts du lait maternel » et en maintenant la confidentialité
-

4. Population et échantillonnage

Le présent projet cible des experts en allaitement et des experts en santé dans le système éducatif. Par expert, on entend une personne capable d'endosser son rôle et ayant les connaissances, les compétences associées et les valeurs professionnelles nécessaires à l'exercice de ce rôle [128]. Dans ce projet, les experts peuvent être en pratique active sur le terrain, des professeurs universitaires ou au collégial, des responsables de programmes d'enseignement médical et des sciences de la santé et des personnes occupant un poste de gestion comme celui de représentant d'un des ordres professionnels des professions ciblées. Ces personnes ont une maîtrise pratique du système d'éducation et/ou de l'allaitement et ont un intérêt pour les résultats du projet. Un expert en allaitement peut être une consultante en lactation certifiée par le comité international (IBCLC) ou une personne formée en allaitement qui remplit l'un des critères ci-dessous :

- Donne de la formation initiale en santé ;
- Donne de la formation continue en allaitement ;
- Planifie la formation en allaitement ;
- Assure le soutien aux intervenants en matière de formation en allaitement.

De la même manière, un expert en santé du système éducatif est une personne formée en éducation qui répond à l'un des critères suivant :

- Donne de la formation initiale en santé ;
- Donne de la formation continue en santé ;
- Planifie la formation en santé ;
- Assure le soutien aux intervenants en matière de formation en santé.

Dans les études utilisant la méthode Delphi, aucun consensus n'a permis d'établir une taille d'échantillon requise pour l'obtention de résultats valides [127]. Il est cependant suggéré d'avoir de 30 à 50 sujets [15]. Compte tenu de la population cible, la taille d'échantillon attendue pour obtenir des résultats valides était à un minimum de 32 panélistes, soit quatre représentants par profession concernée.

La génération de la liste d'experts à convoquer fut réalisée avec l'aide des membres du comité formation du MAQ. L'échantillonnage par critère a permis d'assurer la validité interne de l'échantillon en choisissant des sujets qui satisfont les critères prédéterminés de sélection [129]. Également, l'échantillonnage par boule de neige a permis de recruter des experts supplémentaires en demandant à des participants d'identifier d'autres experts susceptibles de contribuer significativement au projet [130].

Les participants ont été sélectionnés grâce aux critères suivants [127] :

- Être un expert en allaitement ou une consultante en lactation ou un expert issu d'une des huit professions de première ligne suivantes au Québec: infirmières (universitaires et collégiales), médecins (programme pré- et postdoctoral), dentistes, nutritionnistes, pharmaciens communautaires, sages-femmes, chiropraticiens et ostéopathes [12]. Ces participants devaient être soit en pratique active, soit occuper un poste de gestion (par exemple, représentant d'un des ordres professionnels ciblés) ; ou être dans le système éducatif, en tant que responsable de formation ou professeur ;
- Avoir la capacité, l'intérêt et le temps de participer au Delphi.

Un message de recrutement (annexe 4) a été envoyé par courriel à chaque personne sélectionnée. Le fait de répondre au questionnaire constituait la preuve que le consentement éclairé du participant avait été obtenu.

5. Le questionnaire Delphi

Lors du déroulement du Delphi, chaque sujet recevait un courriel avec un lien internet pour l'inviter à participer au sondage en répondant à un questionnaire sur la plateforme électronique *Lime Survey* (<https://www.limesurvey.org/>). La première partie du questionnaire a été développée à partir de la liste d'objectifs en allaitement de l'*ABM* (voir tableau II, chapitre 1, page 24). La deuxième partie du questionnaire portait sur les attributs sociodémographiques et l'expérience en éducation sanitaire en général et particulièrement en allaitement des participants. Le questionnaire était auto-administré. Après un délai de dix jours, un rappel à participer au sondage était envoyé par courriel aux participants n'ayant pas répondu au questionnaire. Le nombre de rondes a été déterminé en fonction de la convergence des opinions au cours du processus jusqu'à un maximum de trois rondes prévues.

Comme mentionné plus haut, dans le questionnaire de la première ronde, pour chaque objectif, les participants devaient cocher sur une échelle de 1 (faible accord) à 4 (fort accord), à quel point l'objectif à acquérir était pertinent et à quel point l'atteinte de l'objectif durant la formation académique était importante pour exercer sa fonction propre à la profession (voir annexe 1). Un espace était accordé pour tout commentaire additionnel de la part des participants sur leurs choix de réponses, sur la formulation des objectifs, ou sur d'autres objectifs qu'ils considéraient pertinents à inclure dans la liste...

À la deuxième ronde, un nouveau questionnaire a été envoyé par courriel à chaque participant (voir annexe 2). Cette fois-ci, la moyenne des réponses du groupe quant à la pertinence d'inclure chacun des objectifs au cadre de référence en développement était présentée ainsi que la réponse initiale du participant. Chaque participant pouvait donc, s'il le souhaitait, modifier sa réponse anonyme initiale à la lumière des réponses du groupe fournies par la suite,

de telle sorte à faciliter l'évolution du groupe vers un consensus. Ainsi, le processus itératif s'est poursuivi de la même manière à la troisième ronde [125].

6. Analyses statistiques

Pour s'assurer de la validité du questionnaire Delphi, un prétest de ce dernier a été mené auprès de cinq individus sans expertise en éducation ou en allaitement. Ces personnes n'étaient pas affiliées au projet. Suite au prétest, des changements ont été apportés à la photo de présentation et au logo du questionnaire, à l'introduction du questionnaire, aux instructions initiales, à la mise en page des objectifs ainsi qu'à la disposition des questions d'ordre démographique.

À partir des réponses collectées, les analyses statistiques descriptives ont été réalisées pour chaque ronde à l'aide du logiciel Excel (version 2010) afin de déterminer le niveau de consensus [131]. Après la première ronde, les objectifs avec un score de 4 pour plus de 70% des participants ont été automatiquement considérés retenus par consensus. Les objectifs avec un score de 1 pour plus de 70% des sujets ont, quant à eux, été rejetés par consensus. Les autres objectifs ont été conservés pour la prochaine ronde. Le Delphi a cessé lorsqu'un degré acceptable de consensus a été atteint, évalué de manière individuelle pour chacun des objectifs [126]. Lorsqu'un consensus n'a pas été atteint pour un objectif donné, les résultats ont été présentés en expliquant que les divergences des opinions n'avaient pas permis d'atteindre un consensus. De plus, une analyse par sous-groupe de profession a été réalisée pour déterminer si les opinions entre les membres d'une même profession étaient semblables.

Pour des résultats fiables, une attention a été portée entre toutes les rondes afin d'évaluer si le consensus a été obtenu à travers chaque ronde ou plutôt vers la fin du processus et si l'opinion du groupe a changé au fil des rondes [125]. Ainsi, après chaque ronde, les objectifs pour lesquels un consensus avait été obtenu au sujet de la pertinence et du réalisme de leur inclusion aux programmes de formation des professionnels de la santé ont été enlevés du questionnaire de la ronde suivante.

Dans le cadre de ce projet, la méthode *RAND/UCLA Appropriateness Method* (RAM) de l'institution *RAND* a également été utilisée pour valider les résultats obtenus par la méthode Delphi [132]. La RAM a été la première à être utilisée dans les années 80 pour analyser les résultats obtenus suite au processus itératif de la méthode Delphi. Dans la RAM, c'est la pertinence et la nécessité de la variable étudiée qui sont évaluées sur une échelle de 1 (fortement inapproprié) à 9 (fortement approprié). Cette méthode recommande d'établir trois seuils d'évaluation de la pertinence sur l'échelle d'évaluation. Dans le contexte de la présente étude, cette échelle s'est étendue de 1 à 4 [132]. Dans la RAM, la médiane d'évaluation du panel ainsi que des mesures de dispersion sont utilisées comme des indicateurs du niveau de consensus. Les objectifs avec les médianes des évaluations situées au tiers du dessus (donc entre 2,5 et 4) sont considérés pertinents et ceux situés au tiers du dessous (donc entre 0 et 1,5) sont considérés non pertinents. Pour les objectifs entre 1,5 et 2,5, la pertinence est incertaine. Dans cette étude, les résultats obtenus ont donc été validés par la méthode RAM afin de s'assurer de l'exactitude des analyses menées.

De plus, le test du coefficient de concordance *W* de Kendall a été employé pour évaluer la convergence des opinions au sujet de la pertinence de chaque objectif pour toutes les professions ou les différents niveaux d'expertise sur Excel version 2010. Grâce à ce test, il est possible de savoir s'il y a une convergence des opinions, de mesurer si le niveau de consensus augmente en fonction de certains paramètres (la profession et le niveau d'expertise des participants) et de mesurer sa robustesse à l'aide de la valeur *p* (statistiquement significative ou non). Le coefficient *W* varie de 0 (pas de convergence) à 1 (convergence totale des opinions). Plus *W* se rapproche de 0 et plus la convergence est faible. Au contraire, lorsqu'il se rapproche de 1, la convergence devient forte.

7. Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de recherche en santé de l'Université de Montréal (CERES) (voir annexe 3) [133]. Par souci de confidentialité, un code numérique connu seulement par le chercheur du projet et son équipe a été assigné à chaque participant. Il n'y a donc pas eu d'anonymat absolu. Cependant, les opinions des participants étaient

confidentielles et les résultats de groupe sont restés en tout temps confidentiels. Les participants pouvaient quitter le projet à n'importe quel moment en ne répondant pas. Cependant, ceux qui avaient répondu seulement en partie au questionnaire d'une ronde étaient exclus du projet à la ronde suivante. Par leur participation à la première ronde du Delphi, les participants indiquaient, dans le consentement écrit, leur souhait de participer aux prochaines rondes. En retour, un résumé vulgarisé des conclusions importantes de l'étude a été envoyé aux participants à la fin du projet. Les données brutes collectées seront conservées au moins sept ans au laboratoire TRANSNUT, du Département de nutrition de l'Université de Montréal.

Chapitre 3:

Résultats

1. Caractéristiques des participants

La répartition des 33 participants initiaux en fonction de leur profession est présentée dans le tableau III. Initialement, un minimum de quatre personnes a été invité par profession.

Tableau III. Répartition professionnelle des participants au début et à la fin du projet

Professions	Pourcentage initial de participants (n)	Pourcentage final de participants (n)
Infirmier(ère)	42,4 (14)	29,6 (8)
Médecin (programme pré- et postdoctoral)	15,2 (5)	11,1 (3)
Nutritionniste	9,1 (3)	7,4 (2)
Dentiste	6,1 (2)	3,7 (1)
Sage-femme	0 (0)	0 (0)
Chiropraticien(ne)	15,2 (5)	18,5 (5)
Ostéopathe	3,03 (1)	3,7 (1)
Pharmacien(ne) communautaire ou hospitalier(ère)	6,1 (2)	3,7 (1)
Consultante certifiée en lactation (IBCLC)	36,4 (12)	33,3 (9)
Autres : Gestionnaire, agente de programmation et de recherche	3,03 (1)	0 (0)

L'échantillon était composé de plusieurs experts en allaitement du Québec, Canada (tableau III). Sur les 61 personnes initialement contactées pour participer à l'étude, 33 (54%) ont répondu pour la ronde 1, 26 (42%) pour la ronde 2 et 23 (37,7%) pour la ronde 3. Un résumé des informations démographiques de ces participants est présenté dans le tableau IV. Le recrutement des participants s'est déroulé du 4 au 18 janvier 2016 et la collecte de données a été réalisée entre janvier et avril 2016.

Suite à l'auto-évaluation de l'expertise en allaitement des participants, il a été observé que, parmi les 33 répondants initiaux, 51,5% avaient une très bonne expertise, 36,4% avaient une bonne expertise et 6,1% des participants avaient une expertise moyenne. Quatre-vingt-huit pour cent des participants avaient une formation en santé et 85% en allaitement. La plupart d'entre eux étaient professionnellement actifs.

Tableau IV. Informations démographiques des participants au Delphi

Profession*	N (%)
Infirmier(ère) clinicien(ne)	9 (27)
Infirmier(ère)	5 (15)
Médecin (programme pré- et postdoctoral)	5 (15)
Nutritionniste	3 (9)
Dentiste	2 (6)
Sage-femme	0 (0)
Chiropraticien(ne)	5 (15)
Ostéopathe	1 (3)
Pharmacien(ne) communautaire ou hospitalier(ère)	2 (6)
Consultante certifiée en lactation (IBCLC)	12 (36)
Autres :	1 (3)
Agente de planification, de programmation et de recherche	
Lieu de travail	N (%)
Gouvernement	2 (6)
Hôpital	4 (12)
Organisation à but non lucratif	5 (15)
Travailleur autonome	5 (15)
Université	6 (18)
CIUSS	1 (3)
Autres	3 (9)
Retraité(e)	2 (6)
Autre institution d'enseignement	1 (3)

Tableau IV. Informations démographiques des participants au Delphi

Nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme	N (%)
0-5 ans	3 (9)
5-10 ans	4 (12)
10-20 ans	15 (45)
20 et +	14 (42)
Années d'expérience pour l'enseignement de la profession	N (%)
0-5 ans	5 (15)
5-10 ans	8 (24)
10-20 ans	6 (18)
20 et +	5 (15)
Niveau d'expertise par rapport aux objectifs du projet	N (%)
Très bonne expertise	17 (51)
Bonne expertise	12 (36)
Expertise moyenne	2 (6)
Faible	0 (0)
Très faible/ pas d'expertise	0 (0)
Présentement en pratique active de la profession	N (%)
Oui	26 (79)

*Quelques participants n'ont pas répondu à certaines questions.

Un total de 26 des 33 participants avait une formation en santé et en allaitement. Ces participants travaillaient dans divers lieux comme au gouvernement, dans les hôpitaux ou dans un organisme sans but lucratif. L'étendue d'expérience depuis l'obtention du diplôme leur permettant d'exercer leur profession variait entre 1 et 54 ans avec une moyenne de 23 ans et un écart-type de 11. Un total de 22 participants étaient enseignants et leur expérience d'enseignement variait entre 3 et 40 années. Seulement un des participants au sondage était à la retraite.

2. Résultats des rondes

Le tableau V présente la liste d'objectifs de formation en allaitement ayant été présentée aux participants. Elle comprend des objectifs de formation préclinique en allaitement (ex. : décrire la physiologie de production et de sécrétion du lait) ainsi que des objectifs de gestion clinique (ex. : obtenir un historique détaillé de l'allaitement et réaliser un examen des seins relié à l'allaitement). Les participants au sondage devaient répondre à deux questions en lien avec ces objectifs, soit la pertinence de chacun des objectifs pour leur profession ainsi que le réalisme de l'inclusion de chacun des objectifs à leur programme de formation initiale. Rappelons qu'un consensus partiel est atteint lorsque la moyenne des participants était évaluée à 4 (le plus haut score possible pour un énoncé) seulement sur la pertinence ou sur le réalisme d'inclusion de l'objectif. Un consensus total est obtenu lorsque la moyenne des participants est de 4 pour la pertinence et le réalisme d'inclusion de l'objectif. Lorsque la moyenne de l'objectif était évaluée à 1, celui-ci était décrété non pertinent et/ou irréaliste à inclure dans un programme de formation. Lorsque la moyenne d'un objectif était évaluée à 2 ou 3, alors le panel n'avait pas atteint de consensus.

Par exemple, à la ronde 1, la moyenne des évaluations des panelistes au sujet de la pertinence de l'objectif 1 était de 4 avec plus de 75% des participants qui l'ont évalué à 4. De plus, la moyenne des évaluations des panelistes au sujet de l'inclusion de l'objectif 1 aux programmes de formation initiale était de 3,75 avec plus de 75% des participants qui l'ont évaluée à 4. Ainsi, dès la première ronde, il y a eu un consensus des participants au sujet de l'objectif 1 à inclure pour les programmes de formation des futurs professionnels de la santé.

Sur les 39 personnes ayant accepté de participer au sondage, 33 ont complètement rempli le questionnaire de la ronde 1. Suite à cette ronde, 15 des 29 objectifs ont été validés et jugés pertinents pour inclure à la formation des futurs professionnels de la santé (tableau V). Pour les objectifs de formation préclinique en allaitement, 58% ont été déclarés pertinents et un consensus a été obtenu au sujet du réalisme d'inclusion de 65% de ceux-ci. Pour les objectifs de gestion clinique en allaitement, 50 % ont été décrétés pertinents et le réalisme de l'inclusion de 23 % d'entre eux a été validé par consensus.

La ronde 2 a été lancée après l'obtention de 33 réponses lors de la ronde 1. Les 15 objectifs ayant obtenu un consensus ont donc été retirés du questionnaire pour la ronde 2. Sur les 33 participants restants du projet, 26 participants y ont répondu. Un consensus total a été

obtenu pour un objectif supplémentaire et un consensus partiel pour cinq objectifs (tableau III). Ces cinq derniers objectifs n'ont pas été évalués comme pertinents pour le programme de formation des professionnels de la santé, mais leur inclusion à ces programmes a été jugée réaliste.

Dans la quête de recherche de consensus, une troisième ronde a été réalisée. Un consensus partiel a été obtenu sur la pertinence de l'objectif « Expliquer le profil de croissance normal pour les bébés allaités ». Aucun consensus total n'a été obtenu pour les objectifs de la ronde 3 (tableau V). Ainsi, l'enquête Delphi a pris fin. À cette dernière ronde, 26 personnes ont participé au sondage, cependant, 23 des participants y ont répondu entièrement.

Tableau V. Moyennes (M) et écart inter-quartiles (q₁ et q₃) des résultats des panélistes pour chaque objectif à chaque ronde

Liste des objectifs	Ronde 1		Ronde 2		Ronde 3	
	Pertinence	Réalisme d'inclus.	Pertinence	Réalisme d'inclus.	Pertinence	Réalisme d'inclus.
Section 1. Les compétences précliniques en allaitement						
1. Lister les risques de ne pas allaiter pour la santé des enfants, des mères, des familles et de la société*	3,9 (4;4)	3,8(4;4)	-	-	-	-
2. Faire un diagramme de l'anatomie de la glande mammaire et de la structure de soutien du sein et identifier l'histologie (la structure tissulaire) normale ou anormale	3,06(2;4)	3,15 (2,5;4)	2,8(2;3)	2,8(2;4)	2,8(3;3)	2,5(1;3)
3. Décrire la physiologie de production et de sécrétion du lait	3,7(4;4)	3,7(4;4)	-	-	-	-
4. Décrire les principales hormones de lactation et leurs multiples effets sur la mère et l'enfant*	3,7(4;4)	3,7(4;4)	-	-	-	-
5. Expliquer les propriétés biochimiques et immunologiques du lait humain en comparaison avec les préparations commerciales pour nourrisson*	3,8(4;4)	3,8(4;4)	-	-	-	-
6. Décrire la physiologie de la suppression de la fertilité reliée à la lactation*	3,2(2,5;4)	3,2 (2,5; 4)	3 (3;3,25)	2,8 (2;3)	3 (3;3)	2,8(3;3)
7. Apprécier les aspects culturels, sociologiques, biologiques et psychologiques du soutien à l'allaitement	3,6(3;4)	3,5(3;4)	3(3;4)	3,2(2;4)	3,1(3;4)	3,3(3;4)
8. Identifier l'association des taux d'allaitement selon les groupes ethniques, le degré d'instruction des mères et leur statut socioéconomique	2,9(2;4)	2,8(2;4)	2,4(2;3)	2,8 (2;3,25)	2(1;3)	2,1(1;3)
9. Identifier les objectifs nationaux et/ou internationaux appropriés pour les taux d'allaitement et les objectifs appropriés pour les pratiques d'allaitement	3,3(3;3)	3,3(3;4)	3(2,75;4)	3,4(3;4)	3,1(3;4)	3,4(3;4)

Section 1. Les compétences précliniques en allaitement	Pertinence	Réalisme d'inclus.	Pertinence	Réalisme d'inclus.	Pertinence	Réalisme d'inclus.
10. Comparer la biomécanique de la succion au sein à celle lors de l'utilisation d'un biberon*	3,7(3,5;4)	3,6(4;4)	-	-	-	-
11. Conseiller une mère allaitante sur ses besoins nutritionnels de base et ceux de son enfant*	3,5(3;4)	3,3(3;4)	3,1(3;4)	3,3(3;4)	3,1(3;4)	3,3(3;4)
12. Décrire les pratiques recommandées pour les fournisseurs de soins pour lesquelles il a été démontré que leur pratique entraîne une augmentation du taux d'amorce de l'allaitement et de sa durée*	3,6(3,5;4)	3,6(3;4)	-	-	-	-
Section 2. Les compétences pour la gestion clinique de l'allaitement	Pertinence	Réalisme d'inclus.	Pertinence	Réalisme d'inclus.	Pertinence	Réalisme d'inclus.
13. Identifier les facteurs qui contribuent à la prise de décision parentale au sujet de l'allaitement	3,3(3;4)	3,1(3;4)	2,8(2;3)	2,7(2;3)	2,8(2;3)	2,7(2;3)
14. Obtenir un historique détaillé de l'allaitement et réaliser un examen des seins relié à l'allaitement	2,9(2;4)	2,8(2;4)	2,8(2;3)	2,7(2;3)	2,9(2;3)	2,7(2;3)
15. Reconnaître les effets de la grossesse et de l'accouchement sur l'amorce de l'allaitement*	3,5(3;4)	3,5(3;4)	3,6(3;4)	-	-	-
16. Décrire l'impact des procédures réalisées et des médicaments pris pendant la période prénatale et le postpartum immédiat sur la lactation*	3,6(3;4)	3,5(3;4)	3,4(3;4)	-	-	-
17. Faciliter la première mise au sein immédiatement après l'accouchement*	3,5(4;4)	3,4(3;4)	-	-	-	-
18. Reconnaître une bonne prise et une succion efficace au sein*	3,8(4;4)	3,6(4;4)	-	-	-	-
19. Conseiller la mère pour établir/maintenir la production lactée quand elle est séparée de son enfant	3,5(3;4)	3,3(2,5 ;4)	3(2,75;4)	3,9(4;4)	3,1(2,5;4)	3,2(3;4)3,
20. Conseiller les mères pour prévenir les difficultés possibles lors de l'allaitement	3,4(3;4)	3,3(3;4)	3,2(3;4)	3,8(4;4)	3,4(3;4)	3,3(3;4)

Section 2. Les compétences pour la gestion clinique de l'allaitement	Pertinence	Réalisme d'inclus.	Pertinence	Réalisme d'inclus.	Pertinence	Réalisme d'inclus.
21. Recommander des options de traitement qui sont compatibles avec la lactation	3,2(3;4)	3,2 (2,5; 4)	3,1 (2,75; 4)	3,3(3;4)	3,2(3;4)	3(3;4)
22. Discuter des options appropriées de planification familiale pour les femmes allaitantes	3,2(2;4)	3,2(2;4)	2,8(2; 3,25)	3,5(3;4)	3(3;3)	3,4(3;4)
23. Discuter des causes, des actions préventives et de la gestion des problèmes communs d'allaitement avec la mère*	3,6(3,5;4)	3,5(3;4)	-	-	-	-
24. Décrire le moment propice pour l'introduction des aliments complémentaires ainsi que la manière de les sélectionner et de les introduire	3,5(3;4)	3,4(3;4)	3,3(3;4)	3,2(3;4)	3,1(3;4)	3(3;4)
25. Reconnaître que la plupart des enfants, même ceux avec des besoins spéciaux en soin de santé, peuvent être allaités*	3,8(4;4)	3,6(3;4)	3,7(4;4)	3,7(4;4)	-	-
26. Expliquer le profil de croissance normal pour les bébés allaités	3,6(3;4)	3,5(3;4)	3,5(3;4)	3,6(3;4)	3,6(3;4)	3,5(3;4)
27. Coordonner les services avec les autres professionnels de la santé, les groupes communautaires ou toute autre personne susceptible d'offrir un soutien et référer de façon appropriée*	3,6(3;4)	3,3(3;4)	3(3;4)	3,7 (3,75;4)	-	-
28. Soutenir les politiques et procédures qui promeuvent l'allaitement dans toutes les professions de santé et les spécialités*	3,7(4;4)	3,3 (3,5; 4)	3,1(3;4)	3,8(4;4)	-	-
29. Fournir les soins et services en allaitement sans biais personnel ou conflit d'intérêt commercial, tout en respectant le « Code international de commercialisation des substituts du lait maternel» et en maintenant la confidentialité*	3,7(4;4)	3,4(3;4)	3,2(3;4)	3,8(4;4)	-	-

*Les objectifs de formation qui ont été validés par consensus

3. Analyse des résultats issus des trois rondes

Le tableau VI résume le nombre d'objectifs pour lesquels un consensus a été atteint après trois rondes en fonction des thèmes d'éducation abordés pour l'allaitement maternel. Les objectifs sont regroupés en six thèmes fréquemment retrouvés dans la littérature pour catégoriser les objectifs en lien avec l'enseignement de l'allaitement.

Les opinions ont le plus facilement convergé au sujet de l'objectif abordant le comportement du nouveau-né à la naissance et des trois objectifs sur les bénéfices et contre-indications de l'allaitement. En effet, la totalité de ces objectifs a été évaluée comme pertinente et réaliste à inclure dans les programmes de formation des futurs professionnels de la santé. Les opinions ont le plus divergé au sujet de l'influence de la société, de l'anatomie et la physiologie, ainsi que des barrières et facteurs facilitant l'allaitement, car ce n'est pas la totalité des objectifs sous ces thèmes qui a reçu un consensus.

Tableau VI. L'obtention de consensus des participants après trois rondes en fonction des thèmes de l'allaitement maternel

Thèmes de l'allaitement	Nombre total d'objectifs	Nombre d'objectifs ayant atteint un consensus après les 3 rondes	
		Pertinence de l'objectif (% du nombre total d'objectifs)	Réalisme d'inclusion (% du nombre total d'objectifs)
Anatomie et physiologie	5	3 (60)	3(60)
Comportement du nouveau-né à la naissance	1	1 (100)	1(100)
Barrière et facteurs facilitant l'allaitement	7	4(57)	3(43)
Gestion clinique	8	6(75)	5(63)
Bénéfices et contre-indications	3	3(100)	3(100)

Les réponses des participants ont également été analysées par profession et par niveau d'expertise afin de déterminer si ces variables avaient modulé l'atteinte d'un consensus. À l'aide

du test W de Kendall, la convergence des opinions au sujet de la pertinence des objectifs a été évaluée de manière interprofessionnelle et en fonction du niveau d'expertise. Un coefficient de concordance W peut varier entre 0 et 1. Un W de 0,1 renvoie à un très faible accord alors que un W de 0,9 renvoie à un accord très fort [134]. Un coefficient W élevé et significatif signifie que les participants ont les mêmes standards de jugement par rapport aux objectifs. En ce qui concerne la convergence interprofessionnelle, le coefficient W était de 0,10 ce qui indique un niveau de consensus interprofessionnel très faible ($p < 0,01$). Il n'y a pas de convergence interprofessionnelle des opinions des participants (tableau VII). Au sujet de la convergence en fonction du niveau d'expertise, le coefficient W était de 0.19 ce qui indique un niveau de consensus très faible des trois niveaux d'expertise ($p < 0,004$). En outre, la force relative de consensus peut être évaluée en comparant les coefficients de concordance W entre différents niveaux d'expertise. Ainsi, la convergence des opinions a pu être comparée à l'aide du test W de Kendall, spécifiquement en appariant différents niveaux d'expertise en allaitement. Comme le présente le tableau VII, le coefficient W varie énormément en fonction des niveaux d'expertises comparés ($p < 0,001$). Ainsi, les opinions semblent avoir une forte concordance malgré la variation du niveau d'expertise 0,74 ($p < 0,001$) et 0,73 ($p < 0,001$); sauf pour les opinions de participants de très bonne expertise en comparaison avec ceux de bonne expertise dont la concordance de 0.4 ($p < 0,001$) est moyenne. A vue d'œil, ces résultats ne permettent pas d'affirmer qu'il y a une corrélation entre l'augmentation de l'expertise et la convergence des opinions.

Tableau VII. Coefficients de concordance W des opinions entre les professions et niveaux d'expertise (de nombre k) au sujet de la pertinence des 29 objectifs de formation (m)

Test W de Kendall	Coefficient de concordance W	Valeur p	Décision à $\alpha=5\%$
Entre les professions (k=7)	0,10	≤ 0.007	Rejetter H_0
Entre les trois plus hauts niveaux d'expertise (k=3)	0,19	≤ 0.004	Rejetter H_0
Entre très bonne expertise et bonne expertise (k=2)	0,4	< 0.001	Rejetter H_0
Entre bonne expertise et expertise moyenne (k=2)	0,74	< 0.001	Rejetter H_0

Entre très bonne expertise et expertise moyenne (k=2)	0,73	<0.001	Rejeter H ₀
--	------	--------	------------------------

Toutes les valeurs p pour le test W de Kendall sont significatives ; m=29

L'hypothèse nulle (H₀) stipule qu'il n'y a pas de convergence d'opinion.

En somme, des participants de diverses professions de la santé et milieux de travail, et avec différents niveaux d'expertise en allaitement ont été impliqués dans cette étude. À travers celle-ci, un consensus entre ces individus a pu être obtenu au sujet de la pertinence et du réalisme d'inclusion de plusieurs objectifs aux programmes de formation de la santé. Cela permettra d'établir une liste d'objectifs transversaux en allaitement pour la formation initiale en santé.

Chapitre 4 :

Discussion et conclusion

1. L'élaboration d'un référentiel d'objectifs à travers les rondes du Delphi

Dans cette étude, notre objectif était d'élaborer et valider, par consensus d'experts en enseignement et en matière d'allaitement, une liste d'objectifs minimaux requis pour la formation des professionnels en allaitement. L'objectif de l'étude a pu être atteint en trois rondes au cours desquelles des experts ont donné leur opinion sur la pertinence et le réalisme d'inclusion de chaque objectif. Après les rondes 1 et 2, un consensus a été obtenu pour la moitié des objectifs. À la ronde 3, aucun autre consensus n'a été obtenu pour les objectifs restants. Les objectifs qui n'ont pas été validés lors de la ronde 3 sont ceux pour lesquels il n'y a pas eu de consensus sur la pertinence de leur inclusion aux programmes de formation des futurs professionnels de la santé. Ce sont ces objectifs qui ont été retirés de la liste finale des au sujet de l'allaitement dans la formation initiale pour les professions de santé.

La liste des objectifs de formation de ce projet a été obtenue suite à une revue littéraire. Le choix des objectifs de l'*ABM* s'est avéré satisfaisant puisque ces objectifs englobent tous les autres objectifs en allaitement tirés de la littérature, requis pour une formation initiale adéquate des futurs professionnels de la santé. Ainsi, même si cette liste a été originellement conçue par des membres de l'association *ABM* de différentes spécialités médicales et pour la profession de médecin, elle paraissait complète, non biaisée et semblait adaptée pour un auditoire multidisciplinaire en santé. De plus, c'est un avantage qu'elle soit recommandée par une instance internationale dédiée à la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement.

Les rondes 1, 2 et 3 se sont bien déroulées avec les deux premières rondes ayant été particulièrement décisives pour l'obtention de consensus. La ronde 1 a permis de valider 15 objectifs. Dès la ronde 2, l'obtention de consensus totaux sur les objectifs restants s'avérait difficile, indiquant un commun accord lors de la première ronde. Puisqu'il y a eu consensus sur le réalisme d'inclusion de seulement 23% des objectifs de la gestion clinique de l'allaitement dans les programmes des professions de la santé, il faut s'attarder pour la suite du développement du référentiel sur les défis que semble poser une telle intégration. Un travail de plaidoyer pourrait être envisagé auprès des décideurs en lien avec les programmes de formation et de la haute direction sur l'importance de la formation en matière d'allaitement, car ces

personnes peuvent jouer un rôle clé dans le processus de changement dans les programmes. Cependant, il s'avère essentiel de mieux comprendre les raisons qui incitent les participants à penser que l'inclusion de ces objectifs de formation ne semble pas réaliste dans leur programme (s'agit-il par exemple, de la présence de nombre important de thèmes devant être traités dans les cours de base et la difficulté d'en ajouter d'autres ?). Des solutions novatrices sont proposées à la partie 2 de ce chapitre.

Lors de la première ronde, puisqu'environ la moitié des objectifs ont pu être validés par consensus, il était attendu qu'une bonne proportion des objectifs restants pouvait obtenir un consensus lors de la deuxième ronde. Toutefois, seulement un consensus total a été obtenu pour un objectif de gestion clinique supplémentaire, amenant un certain questionnement sur les raisons d'un tel dénouement. La faible obtention de consensus suite à la ronde 2 pouvait refléter une réelle divergence des opinions, ou encore un épuisement des participants. Les réponses de la ronde 3 ont permis de confirmer que les panelistes ne parvenaient tout simplement pas à être en accord au sujet de la pertinence et du réalisme de l'inclusion des objectifs restants. Ceci semble habituel puisque dans leurs études, Dalkey *et al.* (1972) ainsi que la *RAND Corporation* (2001) avaient déjà souligné qu'à la ronde 3 d'un Delphi, peu de consensus sont atteints [135, 136]. Le résultat de la ronde 3 renforce donc celui de la ronde 2 et reflète qu'il n'y a pas eu d'inconsistance dans les réponses des participants. Comme mentionné par Jacobs dans son étude, bien que rares avec la méthode Delphi, des inconsistances peuvent parfois survenir par un manque de concentration au cours du remplissage du questionnaire [132].

Enfin, à la ronde 2, cinq objectifs cliniques n'ont pas été considérés comme pertinents pour le programme de formation des professionnels de la santé, mais leur inclusion à ces programmes a été jugée réaliste. Ceci soulève certaines questions sur les raisons pour lesquelles ces objectifs n'ont pas été jugés pertinents pour un type de profession. Par exemple, les objectifs «Soutenir les politiques et procédures qui promeuvent l'allaitement dans toutes les professions de santé et les spécialités», «Coordonner les services avec les autres professionnels de la santé, les groupes communautaires ou toute autre personne susceptible d'offrir un soutien et référer de façon appropriée» et «Fournir les soins et services en allaitement sans biais personnel ou conflit d'intérêt commercial, tout en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et en maintenant la confidentialité» semblent pertinents à toutes les

professions de la santé puisqu'il abordent le soutien de l'allaitement, l'interprofessionnalisme et le travail en suivant les principes éthiques reliés à l'allaitement. Il est possible qu'une partie des répondants soit des cliniciens, et qu'ils n'aient probablement pas vu la pertinence de protéger le Code ou de coordonner les services de santé. En effet, comme ces objectifs relèvent aussi de certains aspects organisationnels, les participants au sondage ont pu penser qu'ils n'avaient pas à jouer de rôle dans l'atteinte de ceux-ci. Pourtant, même s'il semble difficile d'atteindre ces objectifs, ils restent tout de même importants. Lorsque leur organisation ne peut répondre à ce besoin, les professionnels de la santé ont un rôle essentiel à jouer dans le plaidoyer pour l'atteinte de ces objectifs. De plus, les professionnels de la santé sont aussi très peu informés en matière du Code de commercialisation des substituts du lait maternel. En outre, les compagnies industrielles interfèrent avec les pratiques de l'allaitement en ciblant abondamment les professionnels de la santé pour essayer de les influencer [137, 138]. Ainsi, ces objectifs de formation semblent être très pertinents. Il est possible d'envisager que les autres objectifs qui sont considérés non pertinents mais réalistes soient ajoutés au besoin au curriculum d'une profession en particulier. Par exemple, les objectifs «Reconnaitre les effets de la grossesse et de l'accouchement sur l'amorce de l'allaitement», «Décrire l'impact des procédures réalisées et des médicaments pris pendant la période prénatale (intrapartum) et le postpartum immédiat sur la lactation» pourraient être plus pertinents, du point de vue théorique, pour les futurs médecins que pour les dentistes.

2. Les barrières et solutions novatrices pour rehausser la formation initiale en matière d'allaitement

Certains objectifs ont été jugés pertinents à inclure dans les programmes de formation, mais leur inclusion a aussi été jugée irréaliste, comme par exemple les objectifs sur l'appréciation «des aspects culturels, sociologiques, biologiques et psychologiques du soutien à l'allaitement» et sur le fait de «conseiller les mères sur la manière d'établir et de maintenir la

production lactée lorsqu'elles sont séparées de leur enfant, soit à cause de maladies ou lors du retour au travail ou aux études». Face à une telle situation, il est nécessaire de se questionner sur les barrières perçues par les participants au rehaussement de la formation en allaitement, mais également sur des solutions novatrices qui pourraient être envisagées. Ci-dessous, plusieurs exemples de barrières et solutions apportées à travers la littérature sont présentés.

En 2016, de façon concomitante au Delphi, des groupes de discussion focalisés ont été réalisés par le Comité formation du MAQ afin de mieux comprendre les barrières à la modification des programmes de formation en santé perçues par des professeurs et étudiants. Une des barrières identifiées était que les programmes sont déjà chargés [139]. Le peu d'heures et de crédit de formation consacrés au thème de l'allaitement par les programmes rend donc difficile l'intégration de nouvelles heures au sujet de l'allaitement.

Une autre barrière soulevée dans divers contextes est le manque de ressources [139-141]. En effet, cela est peu surprenant étant donné que les contraintes budgétaires subies par les universités et les programmes ces dernières années sont dénoncées par plusieurs entités comme l'Association canadienne de l'éducation [140], la Confédération ontarienne des associations des facultés universitaires (*OCUFA*) [142], dans la presse [143] et même dans des articles scientifiques [141]. Selon un sondage réalisé par l'*OCUFA*, 42% des facultés attribuent la diminution de la qualité d'instruction en formation initiale au financement public [142]. L'augmentation du taux d'inscription serait également un facteur contribuant puisque les classes sont plus grandes, ce qui réduit l'interaction du professeur avec ces étudiants et donc amène des contraintes sur ce qu'il est possible de faire en classe. Les barrières budgétaires peuvent être difficiles à surmonter, mais l'utilisation d'approches novatrices afin de rejoindre un grand nombre d'apprenants peut être envisagée.

À cause du manque de ressources les programmes de formation des différentes spécialités de la santé travaillent séparément, mais pourraient unir leurs efforts et développer une méthode d'apprentissage commune et facile à utiliser, par exemple, des plateformes pouvant rejoindre un grand nombre de personnes. En ce sens, l'équipe du Dr. Pound travaille depuis quelques années sur un projet dont le but est de bâtir un cours sur l'allaitement en ligne [144]. À travers une étude initiale, les étudiants résidents ainsi que des superviseurs de résidents en pédiatrie de l'Ontario ont pu donner leur opinion dans un sondage d'évaluation des besoins de

formation. Ils ont majoritairement stipulé qu'ils utiliseraient une ressource en ligne pour leur formation (comme la plateforme TED-Ed [145]). De tels cours peuvent réduire les coûts s'ils peuvent être accessibles et utilisés par différents types de professions, permettant en plus d'harmoniser les messages entre les divers professionnels de la santé.

Comme solution novatrice au manque de ressource, des cours en lignes devraient être complétés par d'autres types d'enseignement afin que les habiletés cliniques et pratiques soient acquises, en plus des notions théoriques. Ceci a été soulevé à plusieurs reprises dans l'éducation des infirmières [146-148]. Comme le souligne Stizman *et al.* ainsi que Pound *et al.*, des activités en face à face pourraient accompagner un cours en ligne afin que les étudiants acquièrent de l'expérience pratique [144, 149]. Malheureusement, le nombre de participants recrutés dans ce projet n'a pas permis la confirmation de cette hypothèse.

La rigidité des programmes de santé a également été mentionnée comme barrière considérable pour le changement, pouvant donc rendre encore plus difficile le rehaussement de l'enseignement en allaitement [139]. Le changement peut être perçu comme une menace pour les parties prenantes dans les institutions académiques puisqu'il peut engendrer une perte de temps, de pouvoir, et refléter l'inadéquation des méthodes précédemment utilisées. En 2014, l'Association canadienne de l'éducation, affirme que le changement peut donc occasionner une résistance et être dévalorisé parce qu'il crée de l'instabilité à cause d'une incertitude par rapport à son succès [140]. Dans le contexte de l'allaitement, en plus de cette possible résistance au changement, le grand nombre de programmes à uniformiser ainsi que les nombreuses pratiques à harmoniser rendent donc la tâche encore plus complexe. Dans leur article, Pelletier *et al.* soulignent que l'importance d'une volonté politique ou de l'engagement de gens haut placés dans la prise de décisions est un facteur reconnu comme étant nécessaire afin de mener à des changements dans les pratiques [150]. C'est aussi nécessaire dans les programmes de formation. Donc, une équipe de champions pourrait être formée afin de sensibiliser les dirigeants des programmes de formation qui résistent aux changements sur l'importance de l'allaitement et à sa valeur ajoutée pour les divers programmes.

D'autres barrières peuvent être le manque d'interprofessionnalisme dans le contenu de l'enseignement prodigué et dans la formation pratique [139, 151-153] ; deux barrières séparées, mais qui peuvent être surmontées par des solutions communes. Le manque de concertation entre

les programmes de formation et le fait que les professionnels de la santé connaissent peu le rôle des uns et des autres occasionne un travail discontinu et un discours hétérogène auprès des patients [153-155]. Cette difficulté est également présente dans le contexte de l'allaitement [139]. De plus, le manque de formation pratique par rapport à la formation théorique est régulièrement soulevé à travers plusieurs études [54, 151, 156, 157]. Afin de rendre l'inclusion des objectifs de gestion clinique plus réaliste, un cours sur la collaboration interprofessionnelle dans lequel le sujet de l'allaitement serait intégré pourrait s'avérer une solution à explorer. L'étude de Norgaard *et al.* a démontré que la formation clinique en milieu interprofessionnel des étudiants en santé améliorerait l'estime de leur compétence comparativement aux cours pratiques habituels [158]. Comme le recommande l'étude de Guido Goelen *et al.*, ce cours pourrait présenter des simulations interprofessionnelles de situations communes (dans notre contexte au sujet d'allaitement), avec par exemple une approche par problème (APP) [159]. De plus, Reese *et al.* ont pu observer que les simulations favorisaient le développement de la collaboration au sein d'un groupe d'étudiants infirmiers et médecins [160]. Une autre solution potentielle afin de faciliter l'intégration des objectifs de gestion clinique serait de favoriser et d'encourager l'utilisation des cliniques universitaires interprofessionnelles pour des activités de formation en matière d'allaitement ainsi que d'offrir et d'appuyer les stages interprofessionnels (ex. : dans des cliniques d'allaitement) [139, 161]. C'est une des recommandations de Spatz et Pugh dans leur étude qui vise l'amélioration des connaissances et pratiques des futurs infirmières face à l'allaitement [161].

Comme solution potentielle soulevée lors des rencontres de groupe de discussions focalisées du MAQ, l'apport de plusieurs petits changements plutôt que des changements majeurs pourrait aider à transcender le fait que les programmes soient chargés [139]. Sans nécessairement augmenter le nombre d'heures ou retirer un cours pertinent au programme, des notions reliées aux objectifs d'allaitement identifiés grâce à la présente étude pourraient être incluses à l'intérieur de cours actuels (ex. : pédiatrie) ou dans d'autres cours (ex. : pharmacologie) [139]. À cette fin, une communauté de pratique pourrait être créée pour d'aider les responsables de cours à intégrer ce contenu plus aisément. De tels changements n'auraient pas d'incidence sur le nombre d'heures de cours offert, et les notions en allaitement seraient vues d'une façon plus globale et en lien avec divers champs de pratique.

Ainsi, il reste donc un travail important à réaliser afin d'améliorer la formation initiale des professionnels de la santé en matière d'allaitement en agissant sur les différentes barrières mentionnées plus haut. Heureusement, il existe plusieurs pistes de solution et des moyens novateurs d'inclure davantage de formation en matière d'allaitement en considérant tout de même les contraintes vécues par les programmes. L'Association canadienne de l'éducation rappelle qu'une attitude positive vis-à-vis de ce sujet et la prise des dispositions nécessaires pour soutenir le changement souhaité pourraient faciliter son aboutissement [140].

3. L'influence des caractéristiques des participants sur l'atteinte de consensus

Dans la présente étude, initialement, il y a eu un déséquilibre dans le nombre de participants par profession avec une plus grande représentation des infirmières comparativement aux autres professions. Ceci était attendu puisque les infirmières sont beaucoup plus nombreuses, et proviennent de différents niveaux de formation (université et cégep). Les sages-femmes n'ont pas été représentées ce qui pouvait être prévisible puisqu'elles sont peu nombreuses dans l'enseignement étant donné le petit nombre de programmes pour cette profession. La plupart des utilisateurs de la méthode *RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM)* recommandent d'avoir des participants provenant de plusieurs disciplines pour mieux refléter la variété des spécialistes qui sont impliqués, dans ce cas-ci de spécialistes auprès de mères allaitantes [132]. Effectivement, pendant tout le continuum périnatal, les femmes ont des parcours variés qui les rendent susceptibles de rencontrer divers professionnels de la santé. Il est important que ces derniers sachent aborder avec doigté la question de l'alimentation privilégiée par la mère pour son enfant et évaluer convenablement la façon dont se déroule l'alimentation du nourrisson. Il est donc essentiel que ces professionnels aient conscience de leur rôle ainsi que de celui de leurs collègues et qu'ils soient formés adéquatement. Une analyse de concordance a permis de révéler que la convergence des opinions pour toutes les professions des participants, donc au niveau interprofessionnel, est très faible. Ainsi, il semble que le fait qu'il y ait eu plus d'infirmières ou pas de sages-femmes a pu influencer ou déséquilibrer les résultats obtenus.

Le niveau d'expertise est une donnée subjective qui a été autoévaluée par chaque participant. Parmi les 33 répondants initiaux, 51,5% considéraient avoir une très bonne expertise, 36,4% une bonne expertise et 6,1% une expertise moyenne. Le niveau d'expertise aurait pu influencer la perception des objectifs. Cependant, les analyses menées ont démontré qu'il ne semblait pas y avoir de lien entre l'augmentation du niveau d'expertise et la convergence des opinions. De plus, 79% des participants ont dit avoir une formation en allaitement et en santé et la plupart d'entre eux étaient professionnellement actifs. Ces participants devraient correspondre au pourcentage de personnes avec une très bonne, une bonne ou une expertise moyenne. La distribution des niveaux d'expertise n'était pas semblable à travers les professions, ce qui pourrait expliquer le fait qu'il n'y ait pas eu de concordance interprofessionnelle.

4. Forces et limites du projet

Cette étude présente certaines limites. Premièrement, la méthode Delphi peut être laborieuse et entraîner un modeste taux de répondants [16]. Des personnes initialement contactées, 54% ont répondu au questionnaire, illustrant un certain défi pour les participants à y répondre. Deuxièmement, au cours du Delphi, le tiers des participants s'est désisté. Ces derniers n'ont pas répondu au sondage de la ronde 1 ou de la ronde 2. Après la ronde 2, le soutien des membres du MAQ avait donc été sollicité afin de maximiser le taux de réponse des participants, ce qui semble avoir aidé puisqu'il n'y a plus eu de désistement lors de la ronde 3. Troisièmement, il était certes souhaité d'avoir plus de 26 participants au sondage, mais puisqu'il y a un nombre limité d'experts, le bassin de participants potentiels pouvait difficilement être plus grand. Plusieurs raisons peuvent expliquer le fait que certains participants se soient désistés. Par exemple, puisque Hsu et Sandford stipulent que la méthode Delphi est un processus itératif qui demande de l'assiduité, la longueur du questionnaire (d'une soixantaine de questions) auquel les participants devaient répondre à chaque ronde a pu en décourager certains [16, 162]. Enfin, il y a eu un biais de réalisation du sondage puisque les questionnaires n'ont pas pu être personnalisés à la ronde 2 : seulement le tiers des questionnaires a pu être adapté aux participants. Ainsi, lorsque le participant n'a pas pu être identifié, un questionnaire générique

lui a été envoyé avec les évaluations moyennes pour chaque objectif. Sans savoir quelle était son évaluation de la ronde précédente, le participant devait décider s'il voulait modifier sa réponse pour parvenir au consensus final sur chaque objectif [16, 163]. Le fait que le questionnaire ne soit pas adapté aux participants est une des limites dénoncées par Rotondi dans son étude sur la méthode Delphi pour la santé publique [162]. Ainsi, une personnalisation a pu être réalisée pour le questionnaire de chaque participant lors de la ronde 3.

Ce projet présente également plusieurs forces. Tout d'abord, les experts ayant répondu au sondage ont constitué un atout pour cette étude. L'échantillon a été composé de participants issus de sept professions reliées à l'allaitement, provenant de différents milieux au Québec, une première en la matière. Ensuite, Skumolski affirme que la méthode Delphi reste pratique lorsque l'opinion de plusieurs individus ne pouvant interagir facilement en face à face est sollicitée [16, 164]. Ainsi, la collecte confidentielle et électronique des données était donc avantageuse en diminuant les coûts, le temps et la logistique associés [132, 163]. La méthode Delphi de ce projet s'étendait au total sur seulement deux heures, limitant la demande de temps pour les participants. Enfin, comme le recommande plusieurs études dont celle de Rotondi et Skulmoski, pour éviter de se préoccuper des individus au caractère dominant ou aux opinions rigides qui pourraient influencer les réponses des autres, chaque participant était anonyme [163, 164].

5. Pertinence du projet

Dans cette partie, la validité de cette étude sera abordée.

Suite aux recommandations en formation de l'IAB [165] au sujet de la nécessité de formation des professionnels de la santé en matière d'allaitement, la présente étude pourrait être importante et novatrice au Québec et sur la scène nationale et internationale également. Puisque la formation académique actuelle présente des lacunes [165], des formations continues dispendieuses sont offertes aux professionnels tout au long de leur cursus. Il semble donc y avoir un besoin d'amélioration des programmes de formation initiale des diverses professions de la santé, offerts pour qu'ils répondent aux recommandations des grandes instances internationales [13, 166, 167]. Pour pouvoir rehausser la formation en allaitement sur le long terme, il est donc

important d'avoir des objectifs communs à chaque profession pour harmoniser la formation offerte.

Conclusion

Ce projet de recherche a plusieurs avantages et retombées potentiels en termes de développement de la formation initiale en allaitement.

Premièrement, c'est la seule étude qui emploie la méthode Delphi pour mener à une première ébauche d'un référentiel multidisciplinaire basé sur les objectifs en matière d'allaitement.

Deuxièmement, puisqu'il n'y a pas de consensus sur la définition d'une compétence, ni d'harmonisation de leur articulation pour chaque programme de formation, cela entraîne une confusion terminologique [110] et rend l'arrimage entre les divers programmes de formation difficile. Il est donc nécessaire de définir un cadre de référence de compétences en allaitement qui pourrait utiliser une formulation plus large des compétences et permettre à tous les programmes de santé de se les approprier ; ceci dans le but de standardiser la formation initiale et de l'uniformiser à travers les programmes de formation professionnelle, ainsi que d'établir un cadre et des lignes directrices par les ordres professionnels. Il existe déjà quelques référentiels de compétences en allaitement. Par exemple, un rapport de l'Association des consultantes en lactation en Irlande réalisé en 2015 présente un référentiel de compétences en allaitement pour les professionnels de santé dans les hôpitaux et milieux communautaires [168]. De plus, le référentiel de compétences du Comité d'allaitement des États-Unis (USBC) s'adresse aussi à tous les professionnels de santé [104]. Ces référentiels peuvent être utilisés comme modèles dans l'établissement des curricula académiques. Cependant, ces référentiels de compétences ne contiennent pas de formulations de compétences pouvant s'aligner avec les référentiels existants des divers professionnels étant donné les différentes compréhensions de la notion de compétence. Ainsi, cette étude est une première étape vers la création de ce référentiel au Québec. En complément aux résultats de ce projet, le référentiel de compétences CanMEDS pourrait servir de guide pour bâtir le référentiel de compétences en allaitement [109]. Comme mentionné en introduction, cet outil a été originellement conçu pour la profession médicale mais est souvent utilisé dans presque toutes les sciences de la santé. Il pourrait être adapté au secteur de l'allaitement, tout en étant facilement compatible avec les référentiels d'enseignement actuellement en place, pour les divers programmes de formation et les ordres professionnels.

Troisièmement, partager les résultats obtenus à travers ce projet avec un groupe interdisciplinaire ou interprofessionnel incluant les diverses professions mentionnées dans cette étude serait une prochaine étape. Un tel groupe stratégique pour le développement d'un curriculum adapté pour la formation en allaitement a été créé suite au « Colloque de planification stratégique pour la formation des professionnels de la santé en matière d'allaitement au Québec » [139].

Finalement, il est souhaité que tous les professionnels de la santé de première ligne acquièrent un minimum de compétences pratiques pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement de façon adéquate dans un contexte où les environnements n'y sont pas toujours favorables [139]. Ces derniers pourraient être assistés par les consultantes en lactation (professionnels de deuxième ligne) dans le but d'uniformiser les pratiques et les messages [169]. Elles doivent assister la dyade mère-enfant et les familles de manière compétente puis faire un suivi confidentiel de ces soins au professionnel de première ligne. De la sorte, les mères pourraient bénéficier d'un soutien en milieu hospitalier, mais aussi après leur sortie. Ultimement, après avoir suivi la formation initiale en allaitement basée sur les compétences, les professionnels de la santé nouvellement diplômés pourront perfectionner leurs habiletés ou acquérir d'autres compétences lors de programme de formation continue.

Bibliographie

1. American Academy of Pediatrics, *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics, 2005(115): p. 496-506.
2. American Academy of Pediatrics, *AAP reaffirms breastfeeding guidelines*. American Academy of Pediatrics, 2012.
3. FISE, Organisation Mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. OMS, 2003: p. 5-20.
4. World Cancer Research Fund et American Institute for Cancer Research (, *Food, Nutrition, physical activity, and the Prevention of cancer: a Global perspective*. American Institute for Cancer Research, 2007: p. 354 et 388
5. Amitay, E.L. et L. Keinan-Boker, *Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review*. JAMA Pediatr, 2015. **169**(6): p. e151025.
6. Victora, C.G., et al., *Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil*. Lancet Glob Health, 2015. **3**(4): p. e199-205.
7. Gionet, L., *Coup d'œil sur la santé : Tendances de l'allaitement au Canada*. Statistique Canada, 2013; n° 82-624-X.
8. Beaudry, M et al., *Biologie de l'allaitement*. Presse de l'Université de Québec, 2006: p. 1-34.
9. Assemblée générale des Nations-Unies, *Convention relative aux droits de l'enfant, New York, adoptée et ouverte la signature, ratifications et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989*. UNICEF, 1990.
10. (OMS), O.M.d.l.S., *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité*. OMS. . Organisation Mondiale de la Santé, 1989: p. 3-12.

11. Declercq, E., et al., *Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed*. Am J Public Health, 2009. **99**(5): p. 929-35.
12. Lauzière, J., et al., *Portrait de la formation en matière d'allaitement dans les programmes de formation qualifiant au droit de pratique en santé au Québec*. MAQ, 2014.
13. Academy of breastfeeding Medicine, *Educational objectives and skills for the physician with respect to breastfeeding*. Breastfeed Med, 2011. **6**(2): p. 99-105.
14. Hasson, F., S. Keeney, et H. McKenna, *Research guidelines for the Delphi survey technique*. J Adv Nurs, 2000. **32**(4): p. 1008-15.
15. Hasson, F., S. Keeney, et H. McKenna, *J Adv Nurs Research guidelines for the Delphi survey technique*. J. Adv. Nurs. , 2000. **32**(4): p. 1008-1015.
16. Hsu, C. et B.A. Sandford, *The Delphi Technique: making sense of consensus*. . Practical assessment, research and evaluation, 2007. **12**(10): p. 1-6.
17. Hsu, C. et B.A. Sandford, *The Delphi Technique: making sense of consensus*. Practical assessment, research and evaluation, 2007. **12**(10).
18. Brownie, S., et al., *Competency-based education training and competency-based career frameworks: informing Australian health workforce development*. National Health workforce planning and research collaboration, 2011: p. 18-61.
19. Ordre professionnel des diététistes du Québec. *Allaitement maternel et alimentation du nourrisson*, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 2016.
20. Société canadienne de pédiatrie, *Grossesse et bébés. L'allaitement*. www.soinsdenosenfants.cps.ca/Grossesse&bebes/allaitement.htm, 2008.
21. Institut national de Santé Publique du Québec, *Allaitement-Promouvoir et soutenir l'allaitement-Le rôle des professionnels de la santé et des services sociaux*. Gouvernement du Québec, 2011.
22. Lauzière, J., et al., *Position de l'ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel*. Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ), 2012.
23. Stuebe, A., *The risks of not breastfeeding for mothers and infants*. . Rev Obstet Gynecol, 2009. **2**(4).

24. Lowe, N.K., *The Surgeon General's call to action to support breastfeeding*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2011. **40**(4): p. 387-9.
25. Groupe de travail conjoint sur l'alimentation du nourrisson (Société Canadienne de Pédiatrie), *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé: Recommandations de la naissance à six mois*. Ministère des travaux publics et des services gouvernementaux du Canada, 2005.
26. Initiative Amis des Bébé(s)(IAB), *Curriculum guidance. The Baby Friendly Initiative*. UNICEF UK, 2010.
27. Doré, N. et D. Le Hénaff, *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans : Guide pratique pour les mères et les pères*. Institut national de santé publique du Québec, 2011: p. 736.
28. Agence de la santé publique du Canada, *Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens*. Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité du système canadien de surveillance périnatale de l'Agence de la santé publique du Canada et l'Institut canadien de la santé infantile, 2012: p. 334.
29. American Academy of pediatrics, *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics, 2012. **129**(3): p. e827-41.
30. UNICEF, *Tout sur l'IHAB-Initiative hôpital Amis des Bébé(s)*. Initiative hôpital Amis des Bébé(s), 2015.
31. Pound, C.M., et S.L. Unger, *L'initiative Amis des bébé(s) : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement*. . Paediatr Child. Health, 2012. **17**(6): p. 322-326.
32. Agrément Canada, *Normes-Services d'obstétriques- Pour les visites qui commencent après le 5 Septembre*. Agrément Canada, 2012: p. 58.
33. Ingram, J., D. Johnson, et L. Condon, *The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff*. Prim Health Care Res Dev, 2011. **12**(3): p. 266-75.
34. Venancio, S.I., et al., *The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil*. J Epidemiol Community Health, 2012. **66**(10): p. 914-8.
35. Nickel, N.C., et al., *The extent that noncompliance with the ten steps to successful breastfeeding influences breastfeeding duration*. J Hum Lact, 2013. **29**(1): p. 59-70.

36. Ministère de la santé publique et des services sociaux (M.S.S.S), *Établissement "Amis des bébés" au Québec*. 2014, Ministère de la santé et des services sociaux: Québec. p. 1-7.
37. UNICEF UK, *The international code of marketing of breastmilk substitutes*. UNICEF UK. UNICEF UK, 2010.
38. UNICEF, *Déclaration "Innocenti" sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel*. UNICEF, 2015.
39. The Academy of Breastfeeding Medicine, *Educational objectives and skills for the physician with respect to breastfeeding*. Breastfeed Med, 2011. **6**(2): p. 99-105.
40. NHMRC Clinical Trials Centre, *Improving Health Outcomes*. University of Sidney, 2011.
41. Center for Diseases Control and Prevention, *CDC 24/7 Saving lives, protecting peoples*. 2009.
42. Dunn, S., et al., *The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome*. JOGNN clinical research, 2006. **35**(1): p. 88-95.
43. Gremmo-Feger, G., *Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit*. Spirale, 2003(27): p. 1.
44. Dunn S, et al., *The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome*. JOGNN clinical research, 2006. **35**(1): p. 88-95.
45. Semenic, S., C. Loiselle, et L. Gottlieb, *Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers*. Res Nurs Health, 2008. **31**(5): p. 428-41.
46. Agrément Canada, *Agrément Canada- Meilleure qualité. Meilleure Santé*. . 2013.
47. Mouvement allaitement du Québec, *Le Mouvement allaitement du Québec, pour soutenir l'allaitement autrement*. 2015.
48. Counsilman, J.J., Mackay, E. V. et Copeland, R. M, *Bivariate analyses of attitudes towards breastfeeding. Australian and New Zealand*. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1983. **23**(4): p. 208-215.
49. DiGirolamo, A.M., Grummer-Strawn, L. M. et Fein, S. B. , *Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions?* Birth, 2003. **30**(2): p. 94-100.
50. National Institute of Health, *US National Library of Medicine (NCBI)*. . 2015.

51. Academy of Breastfeeding Medicine, *Educational objectives and skills for the physician with respect to breastfeeding*. Breastfeeding medicine, 2011. **6**(2): p. 99-105.
52. Theurich, M.A., et McCool M.E., *Moving National Breastfeeding Policies into Practice: A Plea to Integrate Lactation Education and Training into Nutrition and Dietetics Programs in the United States*. Journal of human lactation, 2016. **32**(3): p. 563-567.
53. James DC, et al., *Position of the American Dietetic Association: Promoting and supporting breastfeeding*. journal of American Diet Association, 2005. **105**(5): p. 810-818.
54. Dykes, F., *The education of health practitioners supporting breastfeeding women: time for critical reflection*. Matern Child Nutr, 2006. **2**(4): p. 204-16.
55. Tarrant, M., *Knowledge, attitudes, exposure, and future intentions of Hong Kong university students toward infant feeding*. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing, 2007. **36**(3): p. 23-254.
56. Dodgson, J.E., M. Bloomfield, et M. Choi, *Are health science students' beliefs about infant nutrition evidence-based?* Nurse Educ Today, 2014. **34**(1): p. 92-9.
57. Marrone, S., N. Vogeltanz-Holm, et J. Holm, *Attitudes, knowledge, and intentions related to breastfeeding among university undergraduate women and men*. J Hum Lact, 2008. **24**(2): p. 186-92.
58. Ekström , M.A., Widström A.M., et Nissen E., *Breastfeeding attitudes among counselling health professionals*. Scand Journal of Public Health, 2005. **33**(5): p. 353-359.
59. Tarek Tawfik Amin, A.G., N. S. Al Muhaidib et O. Alhamdan, *Breastfeeding attitudes and knowledge among future female physicians and teachers in Saudi Arabia*. Health Science Journal, 2014. **8**(1): p. 102-115.
60. Ribeiro, K. V. et al., Patrícia Lima Pereira Peres, *Breastfeeding experienced by college students: contributions of nursing in light of the phenomenology of Alfred Schutz*. Cuidado e fundamental online, 2011. **3**(3): p. 2309-2319.
61. Lou , Z.G., et al., *Breastfeeding Knowledge, Attitudes, and Intention in a Sample of Undergraduate Students in Mainland China*. Journal Human Lactation, 2014. **30**(3): p. 331-339.

62. Nehring-Gugulska, N.P., et Królak-Olejnik B., *Breastfeeding knowledge among Polish healthcare practitioners supporting breastfeeding mothers*. Nurse Education Practice, 2015. **15**(5): p. 381-386.
63. Wallach, H.R., et Matlin M., *College women's expectations about pregnancy, childbirth, and infant care: a prospective study*. Birth, 1992. **19**(4): p. 202-207.
64. Du Plessis, L.M., et al., *Computer-based learning for the enhancement of breastfeeding training*. South African Journal of clinical Nutrition, 2009. **22**(3): p. 137-145.
65. Siggia, G. et Rosenberg S., *Does Breastfeeding Education of Nurses Increase Exclusive Breastfeeding Rates in a Large Academic Medical Institution?* Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 2014. **43** (51): p. 538.
66. Al-Ali, N., Hatamleh R. et Khader Y, *Female public Jordanian university undergraduate students' intentions and attitudes toward breastfeeding: application of self-objectification theory*. Breastfeeding review, 2013. **21**(3): p. 31-42.
67. Freitas, C.R., Terra K., et Das Mercês N.N., *Undergraduate students' knowledge about the prevention of breast cancer*. Rev Gaucha Enferm., 2011. **32**(4): p. 682-687.
68. Spear, H.J., *Baccalaureate nursing students' breastfeeding knowledge: a descriptive survey*. Nurse education today, 2006. **26**(4): p. 332-337.
69. Chiu, F.H., et al., *Common problems of clinical performance examination in breastfeeding instruction for nursing baccalaureate students*. Journal of nursing research, 2003. **11** (2): p. 109-18.
70. Ahmed, A. et S.R. el-Guindy, *Breastfeeding knowledge and attitudes among Egyptian baccalaureate students*. Int Nurs Rev, 2011. **58**(3): p. 372-8.
71. Kavanagh, K.F., et al., *Breastfeeding knowledge, attitudes, prior exposure, and intent among undergraduate students*. J Hum Lact, 2012. **28**(4): p. 556-64.
72. Hamade, H., et al., *Breastfeeding knowledge, attitude, perceived behavior, and intention among female undergraduate university students in the Middle East: the case of Lebanon and Syria*. Food Nutr Bull, 2014. **35**(2): p. 179-90.
73. Taylor, J., et al., *Medical student-mothers*. R I Med J (2013), 2013. **96**(3): p. 42-5.
74. Vandewark, A.C., *Breastfeeding attitudes and knowledge in bachelor of science in nursing candidates*. J Perinat Educ, 2014. **23**(3): p. 135-41.

75. Feldman-Winter, L., et al., *Residency curriculum improves breastfeeding care*. Pediatrics, 2010. **126(2)**(2): p. 289-97.
76. Dodgson, J.E., et al., *Outcomes of a breastfeeding educational intervention for baccalaureate nursing students*. Nurse Education Today, 2007. **27(8)**: p. 856-67.
77. Williams, A. et al., *Improving knowledge of breastfeeding management: a practice development intervention for paediatric nurses*. Neonatal, paediatric and child health nursing, 2013. **16(2)**: p. 8-14.
78. Spatz, D.L. et A. Sternberg, *Advocacy for breastfeeding: making a difference one community at a time*. J Hum Lact, 2005. **21(2)**: p. 186-90.
79. Barbara Radcliffe, J.P., *Hearts and Minds Project: A breastfeeding curriculum intervention to improve the education outcomes for nutrition and dietetics graduates*. Nutrition and dietetics, 2011. **68(3)**: p. 201-207.
80. Psiaki, D.L et Olson C.M., *Design and evaluation of breastfeeding materials for medical students*. journal of tropical pediatrics, 1982. **28(2)**: p. 85-88.
81. Spear, H.J., *College Students' Experiences and Attitudes Regarding Middle and High School-Based Breastfeeding Education*. The Journal of School Nursing, 2007. **23(5)**: p. 276-282.
82. Watkins, A.L., et Dodgson J.E., *Breastfeeding Educational Interventions for Health Professionals: A Synthesis of Intervention Studies*. Journal of specialists in Pediatric Nursing, 2010. **15(3)**: p. 223-232.
83. Angell C, et Taylor A.M., *Alien knowledge: preparing student midwives for learning about infant feeding--education practice at a UK university*. Nurse Educ Today, 2013. **33(11)**: p. 1411-5.
84. Spatz, D.L., et Stenberg A., *Advocacy for breastfeeding: making a difference one community at a time*. Journal of human lactation, 2005. **21(2)**: p. 86-90.
85. Spear, H.J., *School nurses and teachers: attitudes regarding inclusion of breastfeeding education in school curricula*. Journal of school nursing, 2010. **26(2)**: p. 137-146.

86. Wallis, A.B., et al. , *An International Model for Staffing Maternal and Child Health Research: The Use of Undergraduate Students*. Breastfeeding Medicine, 2007. **2**(3): p. 139-144.
87. Ban Al-Sahab, A.L., M. Feldman et H. Tamim, *Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey*. BMC Pediatrics, 2010. **10**(20): p. 1-9.
88. Davis, A., et Sherrod R.A., *Effects of an educational intervention on baccalaureate nursing students' knowledge and attitude in providing breastfeeding support to mothers*, T.U.o. Alabama, Editor. 2014: Department of Educational Leadership, Policy, and Technology Studies.
89. Fraser, D.M., et Huges A.J., *Perceptions of motherhood: The effect of experience and knowledge on midwifery students*. Midwifery, 2009. **25**(3): p. 307-316.
90. Marrone, S., N. Vogeltanz-Holm, et J. Holm, *Attitudes, knowledge, and intentions related to breastfeeding among university undergraduate women and men*. journal of human lactation, 2008. **24**(2): p. 186-192.
91. Tarrant, M., et Dodgson J., *Knowledge, attitudes, exposure, and future intentions of Hong Kong university students toward infant feeding*. Journal Obstetrics Gynecologue Neonatal Nursing, 2007. **36**(3): p. 243-254.
92. Wallis, A.B., et al., *An international model for staffing maternal and child health research: the use of undergraduate students*. Breastfeeding medicine, 2007. **2**(3): p. 139-144.
93. Grossman, L.K., C. Harter, et C. Hasbrouck, *Testing mothers' knowledge of breastfeeding: instrument development and implementation and correlation with infant feeding decision*. J Pediatr Perinat Nutr, 1990. **2**(2): p. 43-63.
94. Twells, L.K., et al., *Assessing Infant Feeding Attitudes of Expectant Women in a Provincial Population in Canada: Validation of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale*. J Hum Lact, 2014.
95. Fraser, D.M., et Huges A.J., *Perceptions of motherhood: The effect of experience and knowledge on midwifery students*. Midwifery, 2009. **25**(3): p. 307-16.
96. Dodgson, J.E., et Tarrant M., Choi M, *Are health science students' beliefs about infant nutrition evidence-based?* Nurse education today, 2014. **34**(1): p. 92-99.

97. Pound, C.M., et al., *The planning of a national breastfeeding educational intervention for medical residents*. Med Educ Online, 2015. **20**: p. 26380.
98. Tardif, J., *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Chenelière, 2006.
99. McNair, R.P., *The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education*. Medical Education, 2005. **39**: p. 456-464.
100. Académie de Lille, *Lexique de termes pédagogiques couramment utilisés dans le monde éducatif de l'enseignement*. Académie de Lille, 2006.
101. Consortium pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en santé(CPIS), *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2010.
102. CPSISC, *What is a unit of competency? Construction and property services industry skills council*. 2015.
103. OPM.GOV, *Assessment and selection, compétences*. U.S. office of personnel management, 2015.
104. United States breastfeeding committee (USBC), *Core competencies in breastfeeding care and services for all health professionals*. 2010.
105. Roegiers, X, *Curricular reforms guide school: but, where to? Curriculum change and competency-based approaches: A worldwide perspective*. Prospects, 2007. **37**(2): p. 155-186.
106. Lasnier, F., *Réussir la formation par compétences*. Guérin, 2000.
107. Ringsted, C., et al., *Are some of the challenging aspects of the CanMEDS roles valid outside Canada?* Medical Education, 2006. **40**: p. 807-815.
108. J. Tardif, M.D., F. Paradis et G. Lachiver, *LE développement des compétences : cadres conceptuels pour l'enseignement professionnel*. . Pédagogie collégiale, 1992. **6**(2): p. 14-19.
109. Royal College of physicians and surgeons of Canada, *The CanMEDS Framework*. Royal College of physicians and surgeons of Canada, 2014.
110. Brownie, S., et Thomas J., *A single competency-based education and training and competency-based career framework for the Australian health workforce: discussing the potential value add*. Int. J. Health Policy Manag, 2014. **3**(4): p. 215-221.

111. Long, D.M., *Competency based residency training: the next advance in graduate medical education*. Acta Neurochir Suppl, 2000. **78**: p. 153-8.
112. Institut National de Santé Publique du Québec, *L'approche par compétences, un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Gouvernement du Québec, 2011: p. 6-49.
113. Mager, R.F., *Preparing Instructional Objectives*. Palo Alto : Fearon Press, 1962.
114. Krathwohl, D.R.B., et al., *Taxonomie des objectifs pédagogiques, tome 2: domaine affectif*. (traduit de l'anglais par Macelle Lavalée, 1980). . Sillery : Les Presses de l'Université du Québec, 1964.
115. Harrow, A.J. , *Taxonomie des objectifs pédagogiques, tome 3 : domaine psychomoteur* (traduit de l'anglais par Marcel Lavallée, 1980). . Sillery : Les Presses de l'Université du Québec, 1972.
116. Bloom, B.S., et al , *Taxonomy of Educational Objectives: Handbook 1: Cognitive domain*. New York: McKay, 1956.
117. Tremblay, G., *A propos des compétences comme principes d'organisation d'une formation*. . Fédération des cégeps, Bulletin d'information, 1990. **6**(9).
118. Pharmaceutical Society of Australia, *Competency standards for pharmacists in Australia*. PSA, 2003.
119. Spencer, B., *Competency standards for health and allied health professionals in Australia*, . Community Services and Health Training Board, 2005: p. 7-19.
120. Tannenbaum, D., et al., *Cursus triple C axé sur le développement des compétences-rapport du groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Le Collège des médecins de famille du Canada, 2011.
121. Council, N.R., *Knowing what students know. The science and design of education assessment*. National Academy Press, 2001.
122. Université de Montréal, *Référentiel de compétences du baccalauréat en sciences infirmières 2010*, Université de Montréal- Faculté des sciences infirmières.
123. Constant, E., *Libre de penser. Le devoir*. 2013.
124. Rand Corporation. *The Delphi Method*. 2016 [cited 2016 16-08-31]; Available from: <http://www.rand.org/topics/delphi-method.html>.

125. Greatorex, J., et T. Dexter, *An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study*. J Adv Nurs, 2000. **32**(4): p. 1016-24.
126. De Villiers, M.R., P.J. De Villiers, et A.P. Kent, *The Delphi technique in health sciences education research*. Med Teach, 2005. **27**(7): p. 639-43.
127. Skulmoski, G.J., F.T. Hartman, et Krahn. J, *The Delphi method for graduate research*. J. of information technology education, 2007. **6**.
128. Frank, J.R., Snell L. et Sherbino Jonathan, *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. 2015, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: Ottawa.
129. Patton, M.Q., *Qualitative evaluation and research methods*. Sage Publications, 2010. **4**: p. 177.
130. Organisation des Nations Unies contre la drogue et le crime, *techniques d'échantillonnage* in *Étude d'évaluation thématique: approche qualitative de la collecte de donnée*, N.U.O.c.l.d.e.l. crime, Editor. 2014, Nations Unies: New York. p. 17.
131. Holey, E.A., et al., *An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies*. BMC Med Res Methodol, 2007. **7**: p. 52.
132. Fitch, K., et al, *The RAND/UCLA appropriateness method User's manual*. 2001, Santa Monica: RAND.
133. Université de Montréal, *Éthique de la recherche avec des être humain: comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)*. Université de Montréal, 2015.
134. Schmidt, R., *Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques*. . Decision Sciences, 1997. **28**(3): p. 763-774
135. Jacobs, M.J., *Essential assessment criteria for physical education teacher education programs: A Delphi study.*, in *Unpublished doctoral dissertation*, W.V. University, Editor. 1996.
136. Dalkey N. C., et al., *Study in the quality of life: Delphi and decision-making 1972*: Lexington books. 55-83.
137. The American Academy of Pediatrics, *The promotion of Breast-Feeding*. Pediatrics, 1982. **69**(5).

138. Rollins, N.C., et al., *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?* The Lancet, 2016. **387**(10017): p. 491-504.
139. Michaud-Létourneau, I. et al, *Colloque de planification stratégique pour la formation en allaitement des professionnels de la santé au Québec.* . 2016, Mouvement allaitement du Québec. p. p. 8-25.
140. Association canadienne d'éducation. *En bref: The challenge to change: from vision to action in Canadian education.* Regional workshop follow up report 2014.
141. Anjali Khirwadkar , P.C., *Issues and Problems in Higher Education from the Perspective of India and Canada* International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education (IJCDSE), 2014. **4**(3): p. 2044-2045.
142. Ontario Confederation of university faculty Associations, *OCUFA Faculty Survey: Views on university quality and faculty priorities.* 2012.
143. Daoust-Boisvert, A., *La santé publique menacée*, L. Devoir, Editor. 2014: Québec.
144. Moreau, K.A.,et al , *The development of a TED-ed online resident research training program.* Medical education online, 2014. **19**(26128).
145. TEDed. *TEded know worth sharing.* 2014; Available from: <http://ed.ted.com/>.
146. Kenny, A., *Online learning: enhancing nurse education.* Journal of Advanced Nursing, 2002. **38**(2): p. 127-135.
147. Ketty, M., et al., *A multi-method study to determine the effectiveness of, and student attitudes to, online instructional videos for teaching clinical nursing skills.* Nurse Education today, 2009. **29**(3): p. 292-300.
148. Christianson, L., Tiene D. et Luft P., *Wed-based teaching in undergraduate nursing programs.* Nurse Educator, 2002. **27**(6): p. 276-282.
149. Sitzman, K., et Leners D.W., *Student perceptions of CARING in Online Baccalaureate Education.* Nursing Education Perspectives, 2006. **27**(5): p. 254-259.
150. Pelletier, D.L., et al., *The nutrition policy process: the role of strategic capacity in advancing national nutrition agendas* Food and Nutrition Bulletin, 2011. **32**(2): p. 59-69.

151. Tracy Levett-Jones, K.H., et al., *The 'five rights' of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients*. Science Direct, 2010. **30**(6): p. 515-520.
152. M. Hammick, M., et al., *A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9*, Medical teacher, 2007. **29**(8): p. 735-751.
153. Brock, D. et al. *Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety*. BMJ Quality and Safety, 2013. **22**: p. 414-423.
154. Bhattacharya, S., S.K. Bhattacharya et A.P. Gautam, *Instilling the core concept of inter professional education*. Health Renaissance, 2011. **9**(3): p. 201-206.
155. Reeves, S. et I. Oandasan, *Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context*. Journal of Interprofessional Care, 2005. **19**(1): p. 21-38.
156. Morison, S., et al., *Facilitating undergraduate interprofessional learning in healthcare: comparing classroom and clinical learning for nursing and medical students*. Learning in Health and Social care, 2003. **2**(2): p. 92-104.
157. Brodribb, W., et al., *Breastfeeding knowledge: The experiences of Australian general practice registrars* Australian Family Physician, 2009. **38**(1/2): p. 26-9.
158. Nørgaard, B., et al., *Interprofessional clinical training improves self-efficacy of health care students*, Medical teacher, 2013. **35**(6): p. 1235-1242.
159. Goelen, G., et al., *Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students*. Medical education 2006. **40**(6): p. 555-561.
160. Reese, C.E.J., et al., *LEARNING TOGETHER: Using Simulations to Develop Nursing and Medical Student Collaboration*. Nursing Education Perspectives, 2010. **31**(1): p. 33-37.
161. Spatz, D.L., Pugh L.C., the American Academy of Nursing Expert Panel on Breastfeeding, *The integration of the use of human milk and breastfeeding in baccalaureate nursing curricula*. Nursing Outlook, 2007. **55**: p. 257-263.

162. Rotondi, A., et Gustafon.D., *Theoretical, methodological and practical issues arising out of the Delphi method. In M. Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health.* M. Adler and E. Ziglio, 1995: p. 34-55.
163. Skulmoski, G.J., Hartman F.T.,et Krahn J., *The Delphi method for graduate student.* Journal of information technology education, 2007. **6**.
164. Sackman, H., *Delphi assessment: expert opinion, forecasting, and group process.* Rand Corporation, 1974: p. 42,62.
165. Semenic, S., et al., *Barriers, Facilitators, and Recommendations Related to Implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): An Integrative Review.* . Journal of human lactation, 2012. **28**(3): p. 317-34.
166. World health Organizations: Infant and young child feeding., *Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals,* Departments of Child and Adolescent Health and Development (CAH) and of Nutrition for Health and Development (NHD), Editor. 2009: Geneva. p. 111.
167. American Academy of Pediatrics, *Breastfeeding and the Use of Human Milk - Policy Statement.* Pediatrics 2012. **129**(3): p. e827-e841.
168. Gallagher, L., et al., *Competence framework for breastfeeding support.* 2015, Trinity College Dublin: The University of Dublin.
169. International Board of lactation Consultant Examiners, *Clinical competencies for the practice of International Board Certified Lactation Consultants (IBCLCs),* I.b.o.l.c. examiners, Editor. 2012. p. 1-4.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de la ronde 1 du Delphi

Delphi des compétences en allaitement – Ronde 1

Bienvenue à la ronde 1 de l'enquête par consensus Delphi sur les compétences en allaitement pour les professionnels de la santé. S'il-vous-plait, prenez un moment pour réviser ces instructions.

L'*Academy of Breastfeeding Medicine (ABM)* affirme que des compétences et attitudes sont à inculquer aux professionnels de la santé pour pouvoir soutenir durablement les mères. Puisqu'en pratique les professionnels de la santé de différentes disciplines doivent travailler pour soutenir l'allaitement de diverses façons, il est essentiel que leurs compétences soient adaptées à tous les types de professions de la santé, particulièrement ceux appelés à œuvrer en première ligne, dans un contexte multidisciplinaire. Dans ce contexte, le présent projet est une continuité des travaux déjà menés par le Mouvement Allaitement Québec (MAQ) pour combler les besoins au Québec en matière d'évaluation de la formation initiale en allaitement.

Le but de cette enquête est de formuler, par consensus d'experts, une liste de compétences minimales requises pour une formation interprofessionnelle en allaitement des professionnels de la santé de première ligne. L'intention est que le cadre de compétences en allaitement défini puisse être utilisé comme modèle de développement de programmes de formation initiale des futurs professionnels de santé. Avec votre expertise, la liste de compétence minimale réalisée à partir de la littérature pourrait être affinée et modifiée. Cette enquête sera réalisée par la méthode Delphi qui permet de guider et assembler les opinions du groupe vers un consensus final. Après chaque ronde du Delphi, une évaluation quantitative des réponses au questionnaire est réalisée. Un résumé des réponses du groupe pour lesquelles un consensus n'a pas été obtenu vous sera transmis afin de comparer et réévaluer vos réponses pour parvenir à un consensus et ainsi de suite pour les rondes subséquentes.

Vous trouverez à la page suivante, les définitions d'une compétence et de la formation initiale auxquelles vous devrez vous référer pour remplir le questionnaire. Les compétences sont classées en trois grandes parties correspondant aux thèmes-clés de la littérature sur le sujet. **Pour chaque compétence, s'il-vous-plait cochez, sur une échelle de 1 à 4, à quel point la compétence à acquérir est pertinente pour la pratique de votre profession et à quel point il vous apparaît réaliste d'inclure cette compétence dans votre programme de formation.**

- **Pour faire votre sélection électroniquement, simplement cliquer sur votre sélection.**
- **Pour changer votre évaluation, désélectionner votre évaluation précédente et cliquer sur votre nouveau choix**
- **Vous ne pouvez pas modifier le texte directement; cependant, après chaque section, vous pouvez ajouter vos commentaires et suggestions dans l'espace assigné. S'il-vous-plait, nous signaler si d'autres compétences devraient être incluses dans la liste.**

Vos réponses à la ronde 1 ne seront connues que par le chercheur principal (Myrtha Traoré) et son équipe de recherche; les réponses anonymes seront résumées pour la ronde 2.

Une demi-heure devrait être suffisante pour compléter le questionnaire. Il n'y a aucune obligation de remplir tout le questionnaire en une fois, vous pouvez commencer à le remplir et continuer plus tard. Si vous éprouvez des difficultés avec le questionnaire en relation avec le format ou le design, s'il-vous-plait, m'en aviser.

Votre aide nous est précieuse pour le développement de cette liste de compétences. Nous vous remercions donc du temps que vous accordez au projet. Nous souhaitons que le **questionnaire soit complété et retourné le 3**

Novembre, par email à myrtha.badina.traore@umontreal.ca .

Merci de prendre le temps de participer à cette initiative importante. **Nous attendons vos réponses avec impatience!**

Partie 1 - Les compétences en allaitement

Pour mieux comprendre ce qu'est un cadre de compétence, il est essentiel de bien concevoir et différencier les notions de compétence et de connaissances.

Définition d'une compétence : Une compétence professionnelle est la mise en œuvre, en situation professionnelle, d'un savoir-faire lié à des connaissances, aptitudes, et habiletés ainsi que d'un savoir-être (attitude), nécessaires à un individu pour endosser son rôle de professionnel avec succès. Une compétence intègre et combine différentes ressources dans un contexte précis. Elle évolue et favorise le développement d'un esprit critique tout au long de la vie professionnelle, dans des situations plus ou moins complexes.

Dans ce questionnaire, un score de 4 indique que la compétence est très importante (et doit être maintenue dans la liste de compétences); un score de 1 indique que la compétence n'est pas importante (devrait être exclue de la liste de compétences).

Section 1 : Base scientifique de support de l'allaitement maternel

Anatomie et physiologie de la lactation

Compétences de base	Sur une échelle de 1 à 4, à quel point la compétence à acquérir est pertinente pour la pratique de votre profession				Sur une échelle de 1 à 4, à quel point est-il réaliste d'inclure cette compétence dans votre programme de formation?			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
1. Instruire sur l'anatomie de la production, la réserve et de sortie du lait	Pas important			Très important	Pas important			Très important
2. Clarifier les changements physiologiques du sein pendant et après la grossesse qui permettent l'allaitement maternel	Pas important			Très important	Pas important			Très important
3. Renseigner sur les variations normales (en quantité et qualité) de colostrums et de production de lait	Pas important			Très important	Pas important			Très important

Section 1 : Base scientifique de support de l'allaitement maternel

Anatomie et physiologie de la lactation

4. Informer de l'impact hormonal sur la mère et l'enfant (ocytocine et prolactine) et les inhibiteurs de lactation	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important
5. Discuter du changement de fertilité (contraception due à la physiologie de lactation)	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important
6. Parler du réflexe d'éjection de lait maternel	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important

Bénéfices et les contre-indications de l'allaitement maternel

Compétences de base	Sur une échelle de 1 à 4, à quel point la compétence à acquérir est pertinente pour la pratique de votre profession				Sur une échelle de 1 à 4, à quel point est-il réaliste d'inclure cette compétence dans votre programme de formation?			
7. Sensibiliser à propos des bénéfices et risques de l'allaitement pour la mère et l'enfant	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important
8. Partager les propriétés biochimiques et immunologiques du lait humain	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important
9. Convaincre des différences clés entre le lait maternel et les préparations pour nourrisson	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important

Bénéfices et les contre-indications de l'allaitement maternel

<p>10. Démontrer les différences en composition du colostrum avec le lait maternel et les préparations pour nourrisson</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important
<p>11. Sensibiliser sur la valeur du colostrum (expression de lait précoce)</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important
<p>12. Discuter des mécanismes de prise de sein et de succion de l'allaitement maternel et du biberon</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important
<p>13. Clarifier que l'allaitement maternel est la norme d'alimentation infantile (basé sur les évidences scientifiques)</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important
<p>14. Faire-valoir l'allaitement exclusif</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important
<p>15. Recommander d'allaiter pour au moins 1 an</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important
<p>16. Examiner les facteurs contribuant à la décision d'allaitement</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important
<p>17. Guider la mère dans l'allaitement</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas important Très important

Bénéfices et les contre-indications de l'allaitement maternel

18. Apprendre à la mère les causes et préventions des problèmes communs en allaitement	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	18. Apprendre à la mère les causes et préventions des problèmes communs en allaitement	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important
19. Sensibiliser sur l'alimentation hygiénique par les préparations pour nourrissons	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	19. Sensibiliser sur l'alimentation hygiénique par les préparations pour nourrissons	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important
20. Guider l'allaitement en cas de VIH, hépatite B et C, tuberculose et HSV	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	20. Guider l'allaitement en cas de VIH, hépatite B et C, tuberculose et HSV	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important
21. Recommander les médicaments et traitements compatibles avec la lactation	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	21. Recommander les médicaments et traitements compatibles avec la lactation	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important
22. Clarifier l'impact des procédures intrapartum ou postpartums et des médicaments sur la lactation	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	22. Clarifier l'impact des procédures intrapartum ou postpartums et des médicaments sur la lactation	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important
23. Informer sur 5 médicaments pour lesquels l'allaitement est contre-indiqué	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	23. Informer sur 5 médicaments pour lesquels l'allaitement est contre-indiqué	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important
24. Faire-valoir la capacité d'allaiter ou d'être allaité de tout enfant ou mère avec des besoins en soins de santé	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important	24. Faire-valoir la capacité d'allaiter ou d'être allaité de tout enfant ou mère avec des besoins en soins de santé	<input type="checkbox"/> 1 Pas important	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 Très important

Commentaires ou compétences additionnelles:

Section 2 : La confiance en la physiologie et la gestion clinique de l'allaitement

La première semaine de vie des nouveau-nés

31. Éclairer la mère sur les comportements à ne pas avoir pendant l'établissement de l'allaitement (éviter la tétine...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas important			Très important	Pas important			Très important
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas important			Très important	Pas important			Très important
32. Mettre au point les effets de l'accouchement ou des interventions sur l'initiation de l'allaitement avec la mère	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas important			Très important	Pas important			Très important
33. Promouvoir les bénéfices du contact peau à peau précoce	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas important			Très important	Pas important			Très important

Gestion clinique de l'allaitement

Compétences de base	Sur une échelle de 1 à 4, à quel point la compétence à acquérir est pertinente pour la pratique de votre profession	Sur une échelle de 1 à 4, à quel point est-il réaliste d'inclure cette compétence dans votre programme de formation?						
34. Échanger avec une mère allaitante sur ces besoins nutritionnels et ceux de son enfant	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas important			Très important	Pas important			Très important

Gestion clinique de l'allaitement

<p>35. Déterminer et prévenir les causes et gérer adéquatement les difficultés d'allaitement (faible prise de poids, mamelon douloureux, faible approvisionnement de lait, jaunisse, la chirurgie mammaire, l'engorgement, la mastite...)</p>	<p>35. Déterminer et prévenir les causes et gérer adéquatement les difficultés d'allaitement (faible prise de poids, mamelon douloureux, faible approvisionnement de lait, jaunisse, la chirurgie mammaire, l'engorgement, la mastite...)</p>
<p>36. Reconnaître la bonne prise du sein et identifier et évaluer la succion du bébé et lorsqu'il avale (bon transfert de lait)</p>	<p>36. Reconnaître la bonne prise du sein et identifier et évaluer la succion du bébé et lorsqu'il avale (bon transfert de lait)</p>
<p>37. Lister les principales conséquences de l'excès ou du sous-alimentation</p>	<p>37. Lister les principales conséquences de l'excès ou du sous-alimentation</p>
<p>38. Partager les connaissances pratiques pour évaluer et avoir un allaitement optimal avec la mère</p>	<p>38. Partager les connaissances pratiques pour évaluer et avoir un allaitement optimal avec la mère</p>
<p>39. Identifier et prendre en charge les bébés qui refusent de téter (méthodes alternatives)</p>	<p>39. Identifier et prendre en charge les bébés qui refusent de téter (méthodes alternatives)</p>
<p>40. Savoir conseiller la mère sur le sevrage</p>	<p>40. Savoir conseiller la mère sur le sevrage</p>

<p>48. Mettre le patient en confiance (confidentialité)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Pas important Très important</p>
<p>49. Reconnaître le rôle des pratiques périnatales des hôpitaux sur l'allaitement</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Pas important Très important</p>
<p>50. Reconnaître les pratiques cliniques des professionnels de santé maternelle (<i>evidence-based</i>) qui augmentent l'initiation et le maintien de l'allaitement</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Pas important Très important</p>

Commentaires ou compétences additionnelles:

Pratiques professionnelles de la promotion de l'allaitement

62. Soutenir l'Initiative Amie des Bébés et mentionner les 10 Étapes pour un allaitement optimal)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pas important			Très important			Pas important			Très important
63. Soutenir toutes les politiques, procédures et pratiques qui promeuvent l'allaitement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pas important			Très important			Pas important			Très important
64. Partager toute connaissance basée sur la littérature ou habileté clinique avec les autres professionnels de santé	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pas important			Très important			Pas important			Très important

Commentaires ou compétences additionnelles:

65. Indiquez votre ou vos professions:

- Infirmier(ère) (universitaires et collégiales)
- Médecins (programme pré- et postdoctoral)
- Nutritionnistes
- Dentistes
- Sages-femmes
- Chiropraticiens
- Ostéopathes
- Pharmaciens communautaires

Autre (décrire SVP):

66. Quelle est votre lieu de travail actuel?

- Gouvernement
- Hôpital
- Université
- Organisations privées (e.g. Compagnie pharmaceutique)
- Organisation à but non lucratif (e.g. Charité d'organisation non-gouvernementale)
- Travailleur indépendant

Autre (décrire SVP):

67. Avez-vous de l'expérience en éducation sanitaire? Oui Non

68. Avez-vous de l'expérience en éducation en allaitement? Oui Non

69. S'il-vous-plait, évaluez votre niveau d'expertise par rapport aux compétences présentées dans cette enquête Delphi:

Très haut Haut Moyen Faible Très faible/ pas d'expertise

Commentaires additionnels:

Annexe 2 : Exemple de type de questionnaire pour les rondes 2 et 3 du Delphi

Bienvenu à la Ronde 2!

Merci encore d'avoir pris le temps de compléter le questionnaire Delphi de la Ronde 1 qui a pour but d'obtenir un consensus d'experts en allaitement sur des objectifs transversaux à viser pour la formation initiale des professionnels de la santé en matière allaitement.

S'il-vous-plaît, prenez quelques instants pour lire les informations ci-dessous avant de répondre au questionnaire. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne de qui vous avez reçu l'invitation.

Participation volontaire

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. En acceptant de participer, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles. Veuillez noter que votre participation ou le refus de participer n'aura pas de conséquence sur la relation que vous entretenez avec le MAQ, lorsque pertinent.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou pour vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter : Traoré Badina Myrtha, étudiante, myrtha.badina.traore@umontreal.ca

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: ceres@umontreal.ca

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

En complétant ce questionnaire et en envoyant vos réponses, vous signalez votre consentement à cette étude. Nous vous remercions de votre participation.

Instructions

Suite à vos réponses au questionnaire de la ronde 1, la ronde 2 de ce questionnaire Delphi contient un résumé des évaluations de tous les objectifs de formation qui étaient dans le questionnaire de la Ronde 1. Cette ronde 2 vous permettra d'observer les réponses et commentaires des autres panélistes et de pouvoir comparer vos réponses à celles du groupe et réévaluer les objectifs afin de tenter de cheminer vers un consensus de groupe. Nous n'avons fait aucun changement dans les énoncés des objectifs. Ils sont identiques à ceux de la Ronde 1. Tous les commentaires sont anonymes et résumés.

Après la première ronde, les compétences avec un score de 4 pour plus de 70% des sujets ont automatiquement été retenues par consensus. Similairement, les compétences avec un score de 1 pour plus de 70% des sujets ont quant à elles été rejetées par consensus. Les autres compétences ont été conservées pour cette ronde 2.

Vous trouverez à la page suivante, les objectifs de formation en matière d'allaitement classés en deux grandes sections correspondant aux thèmes-clés de la littérature sur le sujet : formation pré-clinique et gestion clinique. Chaque section d'item est accompagné de: 1) les commentaires des panélistes, 2) votre évaluation précédente, 3) la médiane et l'intervalle interquartile résumé des réponses de la Ronde 1 pour chaque item. Pour chaque objectif, s'il-vous-plait comparez votre évaluation à celle du groupe et, si vous le souhaitez, réévaluez, sur une échelle de 1 à 4, à quel point l'objectif est pertinent (où 4 est le plus pertinent et 1 est le moins pertinent) pour la pratique de votre profession et à quel point il vous apparaît réaliste de l'inclure (où 4 est le plus réaliste et 1 le moins réaliste) dans les programmes de formation pour votre profession. N'hésitez pas à nous faire parvenir vos commentaires si vous êtes en désaccord avec les commentaires des autres panélistes ou autre.

- Pour faire votre sélection électroniquement, simplement cliquer sur votre sélection.
- Pour changer votre évaluation, désélectionner votre sélection précédente et cliquer sur votre nouveau choix
- Vous ne pouvez pas modifier le texte directement; cependant, après chaque section, vous pouvez ajouter vos commentaires et suggestions dans l'espace assigné. S'il-vous-plait, nous signaler si d'autres objectifs devraient être ajoutés à la liste.

Vos réponses à la ronde 2 ne seront connues que par le chercheur principal (Myrtha Traoré) et son équipe de recherche; les réponses seront résumées de façon anonyme pour la ronde 3.

Quinze minutes devrait suffire pour compléter le questionnaire. Il vous est possible de le remplir en plusieurs étapes: vous pouvez commencer à le remplir et continuer plus tard. Vos réponses seront sauvegardées. Si vous éprouvez des difficultés en relation avec le format ou le design du questionnaire, s'il-vous-plait, nous en aviser dans la section de commentaires additionnels, à la fin du questionnaire.

Votre aide nous est précieuse pour le développement de cette liste d'objectifs. Nous vous remercions donc du temps que vous accordez au projet. S'il vous plait, nous souhaitons que le questionnaire soit complété d'ici le 23 février.

Exemple des questions :

- 1) a. A la question par rapport à la pertinence e l'objectif « Faire un diagramme de l'anatomie de la glande mammaire et des structures de soutien du sein et identifier l'histologie (la structure tissulaire) normale ou anormale » pour la pratique de votre profession, vous avez répondu **X**. En moyenne, le groupe a répondu **Y**. Souhaitez-vous modifier votre opinion ? (si la réponse est non, passez directement à la question **#Z**)

Oui

Non

b. Si oui, quelle est votre nouvelle cote ?

- 2) a. A la question " est-il réaliste d'inclure l'objectif « Faire un diagramme de l'anatomie de la glande mammaire et des structures de soutien du sein et identifier l'histologie (la structure tissulaire) normale ou anormale » dans votre programme de formation", vous avez répondu **X**. En moyenne, le groupe a répondu **Y**. Souhaitez-vous modifier votre opinion ? (si la réponse est non, passez directement à la question **#Z**)

Oui

Non

b. Si oui, quelle est votre nouvelle cote ?

Annexe 3 : Approbation éthique du CERES de l'UdeM



Comité d'éthique de la recherche en santé

12 novembre 2015

Objet: Approbation éthique - « La formation de base en allaitement des futurs professionnels de la santé au Québec »

Mme Badina Myrtha Traoré,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

DL/GP/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV

Malek Batal, professeur agrégé, Faculté de médecine - Département de nutrition
Isabelle Gaboury, professeure auxiliaire, Faculté de médecine et sciences de la Santé-
Département de médecine de famille et médecine d'urgence
Jean-Pierre Lefebvre (nutrition)

p.j. Certificat #15-137-CERES-D

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4^e étage, bar. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	La formation de base en allaitement des futurs professionnels de la santé au Québec
Étudiante requérante	Badina Myrtha Traoré , Candidate à la M. Sc. en nutrition, Faculté de médecine - Département de nutrition
Sous la direction de	Malek Batal, professeur agrégé, Faculté de médecine - Département de nutrition, Université de Montréal & Isabelle Gaboury, professeure auxiliaire, Faculté de médecine et sciences de la Santé- Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke. Coordination du projet: Isabelle Michaud-Létourneau
Financement	
Organisme	Mouvement Allaitement Québec
Programme	Bourse
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	Lettre de Mme Kim Couture
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

12 novembre 2015
Date de délivrance

1er décembre 2016
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Briasset
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Annexe 4 : Message de recrutement



La formation initiale en allaitement des futurs professionnels de la santé au Québec

Vous voulez contribuer à l'amélioration de la qualité de formation en matière d'allaitement des professionnels de santé au Québec? Nous recherchons des experts en allaitement* ou des responsables de formation engagés qui s'impliqueront dans ce projet financé par le comité formation du Mouvement allaitement Québec (MAQ). Nous avons besoin de votre expertise pour un sondage entre Novembre et Avril 2016. Cette enquête permettra d'établir un cadre de compétences minimales en allaitement pour la formation initiale des futurs professionnels de la santé au Québec.

Pour plus d'informations, contactez Myrtha Badina Traoré

Courriel : myrtha.badina.traore@umontreal.ca

Site web: www.allaiterauquebec.org/cmssimple/index.php?page=comite-formation

*Par expert en allaitement, nous entendons IBCLC ou personnes suffisamment formées en allaitement qui :

- donnent de la formation continue en allaitement (à des médecins, à des infirmières)
- ou forment les étudiants au premier cycle (identifier les disciplines)
- ou planifient la formation en allaitement
- ou reçoivent la formation en allaitement
- ou assurent le soutien aux intervenants en matière de formation en allaitement
- ou des consultantes en lactation qui travaillent dans une clinique

Annexe 5 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

La formation initiale en allaitement des futurs professionnels de la Santé au Québec

Chercheur

Badina Myrtha Traoré

Candidate à la maîtrise en nutrition

Faculté de Médecine –Département de Nutrition, Université de Montréal

Courriel : myrtha.badina.traore@umontreal.ca

Co-directeurs

Malek Batal, professeur agrégé, Faculté de médecine -
Département de nutrition

Courriel : malek.batal@umontreal.ca

Isabelle Gaboury, Professeur auxiliaire, Faculté de
médecine et sciences de la Santé- Département de médecine
de famille et médecine d'urgence

Courriel : Isabelle.Gaboury@usherbrooke.ca

Ce projet est financé par : le Mouvement Allaitement Québec

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui enverra ce document.

Description du projet de recherche

L'allaitement maternel est mondialement recommandé pour ces divers bénéfices pour la mère et son enfant. En 2012, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a révélé que le taux d'amorce de l'allaitement est de 89.3% au Québec. Cependant, même si les mères souhaitent continuer à allaiter dans le futur, seulement quatre mères sur dix continuent l'allaitement exclusif à leur sortie de maternité pour au moins 6 mois.

Au-delà des caractéristiques propres à la mère, le rôle, et donc la formation des professionnels de la santé sont cruciaux dans la poursuite de l'allaitement[10].

L'objectif du présent projet est de formuler, par consensus d'experts en allaitement, une liste de compétences minimales requises pour la formation initiale des professionnels de la santé en allaitement.

Une méthode Delphi sera utilisée à travers ce projet. Il s'agit d'un processus qui permet de guider et assembler les opinions du groupe vers un consensus final. Après chaque ronde du Delphi, une évaluation quantitative des réponses au questionnaire est réalisée. Un résumé des réponses du groupe pour lesquelles un consensus n'a pas été obtenu vous sera transmis afin de comparer vos réponses à celles du groupe et réévaluer votre choix de réponse afin de cheminer vers un consensus et ainsi de suite pour les rondes subséquentes.

Ce projet implique que vous répondiez à trois rondes de questionnaires entre octobre 2015 et avril 2016. Le questionnaire de la première ronde devrait prendre 30 minutes. Par la suite, les questionnaires devraient pouvoir se compléter en 15 minutes. Puisque vous remplissez vous-même les questionnaires et qu'aucune information personnelle n'y est collectée, il ne sera pas possible de lier vos réponses à votre identité. Par conséquent, si vous décidez de vous retirer de l'étude, il ne sera pas possible de demander le retrait de vos réponses.

Il n'y a pas de risque trouvé à la participation à ce projet et aucune compensation n'est prévue pour les participants. L'inconvénient principal du projet de recherche est le temps consacré à l'étude.

Les questionnaires sont anonymes et en aucun cas votre identité ne pourra être révélée. Vos réponses seront incluses dans des résultats de groupe. Les données brutes collectées seront conservées au moins 7 ans au laboratoire de TRANSNUT, du département de nutrition de l'Université de Montréal.

Participation volontaire

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles. Veuillez noter que votre participation ou le refus de participer n'aura pas de conséquence sur la relation que vous entretenez avec le MAQ.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou pour vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter : Traoré Badina Myrtha, étudiante, myrtha.badina.traore@umontreal.ca

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: ceres@umontreal.ca

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca.

L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

En complétant ce questionnaire et en envoyant vos réponses, vous signalez votre consentement à cette étude.

Annexe 6 : Autorisation d'utilisation du référentiel de compétences des infirmières de l'UdeM dans ce mémoire

Bonjour Madame Traore

Vous pouvez certainement utiliser le référentiel de compétences du baccalauréat en sciences infirmières si vous donnez la référence formellement dans votre bibliographie.

Cordialement

Johanne Goudreau, inf, PhD

Professeur titulaire

Vice-doyenne aux études de premier cycle et à la formation continue



Faculté des sciences infirmières