



HAL
open science

Repenser l'éducation à la santé de la mère primipare et de son nouveau-né en maternité

Emmanuelle Renaux

► **To cite this version:**

Emmanuelle Renaux. Repenser l'éducation à la santé de la mère primipare et de son nouveau-né en maternité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01688340

HAL Id: dumas-01688340

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01688340>

Submitted on 19 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Renaux

Épouse Malésieux

Emmanuelle

REPENSER L'ÉDUCATION
À LA SANTE DE LA MÈRE PRIMIPARE ET DE
SON NOUVEAU NÉ EN MATERNITÉ.

Université Catholique de Lille

Institut de formation en Santé. IF Santé

Ecole de puéricultrices

Année 2017

Ce projet professionnel a été réalisé dans le cadre de la formation des Puéricultrices. La correction ne pouvant être apportée qu'après argumentation devant le jury, la rédaction et l'exactitude des informations n'engagent que son auteur.

Fait à Lille le :

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée, de près ou de loin, à l'aboutissement de ce projet.

- les formatrices de l'école de puéricultrice de l'institut catholique de Lomme, Mesdames Leuridan, Catrice et Laugel. Avec une pensée particulière pour ma formatrice référente, madame Laugel qui a su me soutenir et m'encourager dans les moments difficiles et a su me redonner confiance en moi.

-Le centre hospitalier de Calais pour le financement de cette formation, sans qui je n'aurais pu réaliser cette spécialisation.

- Madame Miroux, Directrice de l'école.

-Je tiens à remercier, aussi, les puéricultrices qui ont consacré de leur temps pour mes entretiens d'enquête sur le terrain.

-Merci à mes collègues de promotion ainsi qu'à mes collègues du service de maternité de l'hôpital de Calais qui m'ont encouragée durant toute l'année. Merci à mon conjoint, mes enfants et ma famille pour leur soutien dans les moments de doute, de fatigue et de stress.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
CONSTAT DE DEPART	2
CADRE DE REFERENCE	9
1. LE SEJOUR EN MATERNITE	9
a.La durée du séjour en maternité	9
b.Une équipe pluridisciplinaire en maternité	11
c.Le label IHAB : Initiative Hôpital Ami des bébés	13
d.Après la sortie de maternité.....	13
e.Synthèse.....	15
2. LA PUERICULTRICE	16
a.Définition et législation	16
b.Le rôle de la puéricultrice en maternité.....	18
c.Synthèse.....	19
3. LA MERE PRIMIPARE EN MATERNITE.....	20
a.L'état émotionnel des mères primipares.....	20
b.Le coping : stratégie d'ajustement.	26
c.Synthèse.....	29
4. EDUCATION A LA SANTE EN MATERNITE.....	30
a.Définition du concept	30
b.Synthèse	40
QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES	42
ENQUETE	43
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

La naissance est souvent vue par la société comme un des plus beaux événements qui peut arriver à un couple, souvent perçue comme un moment de bonheur.

Mais c'est souvent une période de changement pour le couple qui devient parent, et pour la femme qui devient mère. La période du post-partum est un moment de bouleversement pour les femmes qui accouchent de leur premier enfant. Elle est source d'appréhension, d'angoisses et de questionnement.

« Le post partum, du latin « post partum » après l'accouchement, est la période s'étendant de l'accouchement au retour de couches (réapparition des règles). »¹ c'est pendant cette période que le rôle de la puéricultrice est important pendant le séjour de la mère et de son nouveau-né en maternité en y apportant leurs compétences, leurs connaissances et leur attention.

Dans le cadre de la formation au diplôme d'état de puéricultrice, j'ai souhaité réaliser mon projet professionnel, sur l'accompagnement par la puéricultrice, des mères primipares, en maternité, en matière d'éducation pour la santé, afin qu'elles puissent rentrer à domicile le plus sereinement possible.

La mère primipare : *« se dit d'une femme qui accouche pour la première fois »²*. En opposition avec la femme nullipare qui n'a pas d'enfant et la femme multipare qui a plusieurs enfants.

A travers ce travail, je vais exposer mon constat, qui repose sur mon expérience professionnelle en maternité et en tant qu'adhérente au réseau PAULINE. Puis à partir de lectures et de mon expérience j'ai rédigé un cadre de référence aboutissant à une enquête sur le terrain afin de valider ou pas mes hypothèses.

¹ Dictionnaire de Français LAROUSSE. <http://www.larousse.fr>.

² Ibid.

CONSTAT DE DEPART

Infirmière en maternité depuis 2007, j'ai adhéré au réseau PAULINE depuis quelques années.

Le réseau PAULINE (réseau Périnatal de l'Audomarois, et du Littoral autour de la Naissance et de l'Enfant) regroupe l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en soin des femmes enceintes, puis après leur accouchement, accompagnées de leur nouveau-né.

Ces professionnels de santé sont des médecins de ville, des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des pharmaciens, des infirmiers, des puéricultrices, d'une équipe de psychiatrie, travaillant en PMI (protection Maternelle et Infantile), au CAMPS (centre d'action médico -sociale précoce). Ils se coordonnent autour de 7 maternités : Boulogne sur mer (centre hospitalier et centre médical Chirurgical Obstétrical de la Côte d'Opale), Calais (centre hospitalier), Dunkerque (clinique Villette et Polyclinique de Grande Synthe), Rang du Fliers (centre hospitalier) et Saint Omer (Centre hospitalier).

Le réseau agit en mettant en place des actions communes pour favoriser le bien-être de la mère et de l'enfant (suivi de grossesse, entretien prénatal précoce, préparation à la naissance, organisation du retour à la maison, soutien à l'allaitement maternel, problèmes liés à l'addictologie ...). Grâce à la mise en place d'un dossier commun de suivi de grossesse et du nouveau-né. Une concertation est possible entre tous les professionnels de santé avec des échanges d'informations médicales.

Selon la loi du 4 mars 2002 article L6321-1 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé les réseaux se définissent comme tel :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services

et prestations ». ³

Le réseau PAULINE propose une permanence téléphonique « PAULINE allaitement ». C'est une ligne qui fonctionne tous les jours de 18h à 21h, même les jours fériés. Et depuis mon adhésion je réalise 3 à 4 fois par mois la permanence téléphonique à mon domicile. Les professionnels de santé appartenant au réseau PAULINE répondent aux questions des mamans, des parents en cas de difficultés concernant l'allaitement maternel. Il y a des sages-femmes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puéricultrices qui assurent cette permanence, de manière volontaire, à tour de rôle.

J'ai reçu une formation sur l'allaitement maternel intitulée « nutrition et rythmes du nouveau-né, accompagnement de l'allaitement maternel » avec comme mots clés de cette formation : Préparer, accompagner, soutenir la femme et le couple dans leur projet d'allaitement maternel. Et une autre formation sur l'écoute avec comme objectif de la séquence : favoriser l'expression, proposer une écoute, aborder et évaluer une situation, informer et expliquer, accompagner la réflexion, se positionner et faire le lien avec les autres acteurs (professionnels, entourage).

La cible de cette permanence est en effet l'allaitement maternel, mais il est fréquent qu'au cours de la discussion, viennent de nombreuses autres questions.

Voici quelques questions posées par les parents et /ou les mères lors de ces appels :

- Faut-il réveiller bébé pour l'alimenter ?
- Comment utilise t'on le tire lait ?
- Mon bébé n'a pas eu de selles depuis plusieurs jours, faut-il que je m'inquiète ?
- Combien de fois doit il uriner par jour ?
- Comment bien conserver mon lait maternel ?
- Depuis que je suis rentrée à la maison, j'ai l'impression que je suis perdue ?
- Bébé pleure beaucoup « qu'est-ce que je peux faire » ?
- Mon bébé pleure dans son berceau quand il est sur le dos, est-il possible de le mettre sur le ventre ?
- Peut on le laisser pleurer ?

³<https://www.legifrance.gouv.fr>

- Je ne me souviens plus quand je dois aller chez le médecin pour la première visite ?
- J'ai eu « plusieurs versions » à la maternité sur l'allaitement et là je ne sais plus quoi faire ?
- J'ai « mal aux seins » que dois-je faire ?
- Est-il possible de donner la tétine ?

Ces nombreuses questions m'ont amenée à me questionner moi-même : pourquoi les mères se posent t'elles autant de questions, quelques jours après leur sortie de maternité ? Alors que le plus souvent elles ont eu une réunion d'informations assortie à de nombreux conseils avant leur sortie de maternité.

Je vais décrire deux situations, une lors d'une permanence téléphonique à mon domicile, l'autre lors de mon stage en PMI (protection maternelle et infantile) de cette année.

Situation 1

Voici le compte rendu d'un de mes appels téléphoniques de 15 minutes :

Un mercredi soir, alors que j'étais de permanence téléphonique, une maman m'appelle et me dit : « Bonjour, je suis sortie de la maternité hier, avec ma fille, qui a 5 jours aujourd'hui. Mes seins sont tendus, chauds, un peu douloureux et ma fille a du mal à téter ».

Puis elle continue en me disant : « A la maternité on m'a parlé de l'engorgement, du tire lait, de l'expression manuelle, de la douche, mais là je ne sais plus quoi faire ? Je suis perdue, on m'a dit trop de choses à la maternité »

La mère semblait submergée de questions, je reformule donc avec elle « quelle est votre demande ? » Elle me répond : « Il faut faire quelque chose pour mes seins et pour nourrir ma fille ».

Je lui demande tout d'abord comment s'est passé la mise en route de l'allaitement à la maternité, elle me répond : « très bien, je n'ai même pas eu mal ».

En effet, son bébé a 3 jours de vie, a repris du poids et elle me dit que la sortie a eu lieu à 4 jours de vie car c'était un premier enfant.

A ce jour elle ne l'a pas repesée mais le poids de naissance était de 3400g et hier, à la sortie elle pesait 3340g, avec un poids de chute à J2 à 3200g. Elle mouille bien ses couches et

va plusieurs fois à la selle. La prise du sein est difficile car le sein est tendu. La maman ne ressent pas de douleur au mamelon mais c'est l'ensemble du sein qui fait mal. Je lui pose plusieurs questions afin d'apporter une réponse adaptée à son appel et de dépister des signes de gravité, orientant vers les urgences maternité. Les seins sont tendus, mais pas rouges, douloureux mais « supportable » selon maman se situant sur l'échelle EVA (échelle visuelle analogique afin d'évaluer la douleur) à 3 sur 10. Le lait s'écoule du sein, il n'y a pas d'hyperthermie chez la maman.

La maman propose d'elle-même l'utilisation du tire lait électrique afin de vider un peu le sein afin de faciliter la prise de celui-ci par son bébé. Je lui explique donc le fonctionnement du tire lait en la mettant en garde sur le risque d'engorgement, et je lui propose d'autres moyens d'extraction du lait comme l'expression manuelle sous la douche « chaude » afin d'assouplir le mamelon avant la mise au sein. La maman me dit : « ok, je vais faire ça et je vous rappelle si ça ne va pas, de toute façon j'ai rendez-vous Jeudi en consultation avec une consultante en allaitement. » Je lui réponds que c'est une bonne chose d'avoir un rendez-vous avec une consultante en lactation car en effet la permanence est là pour amener une aide ponctuelle afin d'apaiser la mère et le nouveau-né mais qu'il est préférable en cas de problème de voir une consultante.

Je lui précise également qu'elle peut prendre du paracétamol, non contre indiqué avec l'allaitement maternel pour la douleur si besoin, en lui précisant la posologie. La mère me demande ensuite si elle peut en profiter pour me poser d'autres questions. Je lui réponds : « pas de soucis je vous écoute ». Et la maman commence ses questions : « au sujet de la vitamine K1 à donner, c'est à quel âge ? car on me l'a dit mais je ne me souviens plus. Et le bain de mon bébé c'est tous les jours ? la température de l'eau c'est bien 36° ? Et je dois réveiller mon bébé tous les combien de temps ? Si je tire mon lait je peux le garder combien de temps à température ambiante et au réfrigérateur ? Et je dois revoir mon médecin traitant cette semaine, c'est bien ça ? ».

Devant toutes ces questions je lui demande si elle a reçu avant sa sortie, une réunion préparant à la sortie de maternité. Elle me répond : « oui mais je ne sais plus trop ce que la puéricultrice a dit ».

Je reprends donc avec la mère toutes les questions afin d'y répondre. Je sens la maman

rassurée, et me dit qu'elle n'a plus de questions et me remercie d'y avoir répondu. Je lui souhaite donc une bonne soirée et elle en fait de même.

Suite à cet appel je m'étonne des nombreuses questions de cette maman.

En effet toutes les réponses à ces questions, auraient dues être abordées lors de son séjour en maternité. Pourquoi se pose-t-elle donc toutes ces questions ?

A-t-elle réellement reçu des conseils de sortie ?

Peut-être que pendant le séjour en maternité, il y a beaucoup trop d'informations à donner et donc à retenir ?

Les informations et conseils donnés aux mères sont-ils donnés au bon moment, quand les mères sont à l'écoute.

De plus le séjour en maternité étant de plus en plus court, la mère a moins le temps d'intégrer les différentes informations reçues.

La maternité est un lieu où un grand nombre de professionnels travaillent : obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, aides-soignantes et auxiliaires de puéricultures Ils collaborent ensemble pour une prise en soin optimale de la famille qui se construit. Et chacun apporte à la maman de nombreuses informations, ce qui peut peut-être entraîner des discours discordants ?

On verra plus tard que la naissance entraîne chez la maman de nombreux bouleversements ce qui entraîne un état émotionnel labile. Ce qui peut entraîner des difficultés à intégrer la multitude d'informations lors du séjour en maternité.

Situation 2

Au cours de cette année, j'ai effectué un stage au sein d'un service de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Durant ce stage, J'ai effectué avec la puéricultrice des visites à domicile. Nous sommes allées au domicile de Mme A, maman d'une petite fille B qui avait quinze jours, née à terme. C'est une maman primipare, dont la grossesse, l'accouchement et la naissance n'ont rencontrés aucune difficulté. La mère nous confie qu'elle a bien vécu sa grossesse ainsi que son accouchement. Elle est entourée par son conjoint et sa famille.

Pendant son séjour à la maternité il n'y a eu aucune difficulté et elle y est restée 4 jours. Mme A allaite et nous dit : « tout va très bien ». Au cours de l'entretien Mme A nous dit qu'au retour à domicile, elle s'est sentie un peu « perdue ». Malgré une équipe à la maternité très présente et aidante. Arrivée chez elle, elle s'est posée de nombreuses questions : « Combien de fois par jour dois-je donner la vitamine D ? Puis-je donner des biberons de lait artificiel en complément même si j'allaite ? Comment préparer un biberon ? faut-il le faire chauffer ? ou le donner à température ambiante ? quand dois-je aller voir le pédiatre pour B ? Comment utiliser un tire-lait et conserver le lait ? Dois-je continuer à peser B tous les jours comme à la maternité ? Est-ce que je peux faire des promenades avec B tout de suite ou faut-il attendre un peu ? Doit-elle dormir dans notre chambre ou au plutôt dans la sienne ? Combien de fois par jour dois-je faire les soins de cordon ? Dois-je la laisser pleurer ou essayer de la calmer immédiatement ? Jusqu'à quel âge donne t'on la vitamine K ? ».

Cette situation m'interpelle, car en effet ces informations sont données pendant le séjour et le plus souvent la veille de la sortie de maternité. Une réunion d'informations est proposée aux mamans. Et donc je me questionne : Qui effectue les conseils de sortie ? la sage-femme ? la puéricultrice ? les auxiliaires de puériculture ? les aides-soignantes ? A quel moment ? Comment les informations sont-elles transmises ? à l'oral ? par écrit ? avec des brochures ? Dans quelles circonstances ? Au moment des soins ? la veille de la sortie ? le jour même ? en combien de temps ? individuellement ? en groupe ?

Grâce à mon expérience professionnelle, j'ai pu observer les rôles des différents professionnels de maternité : Sages-femmes, puéricultrices, pédiatres, auxiliaires de puériculture et aides-soignantes.

Dans la maternité où je travaille, il est organisé la veille de la sortie, une réunion d'échange entre la puéricultrice et toutes les mamans sortantes le lendemain. Le plus souvent de manière collective.

On leur donne différentes informations telles que : le suivi médical de l'enfant, le rôle de la Protection Maternelle et Infantile, la présentation du réseau PAULINE, (permanence téléphonique, consultations allaitement) des conseils par rapport à l'allaitement maternel, à l'alimentation par biberon, les positions de couchage et différentes informations répondant aux questions des mères. Ce même jour, les auxiliaires de puériculture font le point sur le bain

du nouveau-né, l'environnement de l'enfant et sur l'alimentation. Le pédiatre effectue l'examen de sortie du nouveau-né et refait le point sur le suivi médical ultérieur et les ordonnances. Et la sage-femme évoque la veille de la sortie, le suivi post natal de la mère avec la visite de contrôle, la rééducation du périnée, les traitements à prendre si besoin et aborde la contraception. Certaines informations sont transmises tout au long du séjour comme la pratique du bain, les messages de prévention contre la mort inattendue du nourrisson...

Cependant, la majorité des informations sont condensées entre la veille de la sortie et le matin même. On glisse dans le carnet différents dépliants conçus par des associations, notamment concernant l'allaitement maternel. Le carnet de santé de l'enfant est remis aux parents le jour de la sortie. Il contient également de nombreuses informations mais il n'est pas toujours expliqué aux parents la veille de la sortie. Toutes ces informations se font de façon orale et n'est pas quantifiable. Les professionnels transmettent des informations tout au long du séjour et ne notent pas dans les dossiers le temps passé à donner ces informations ni leur contenu.

Ces situations (et bien d'autres) ont suscité en moi de nombreux questionnements qui m'ont permis d'élaborer ma question de départ :

En quoi la prise en compte de freins ou d'éléments facilitateurs par la puéricultrice en maternité, l'aiderait dans sa démarche d'éducation des mères primipares ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette question, je vais dans la suite de ce travail élaborer un cadre de référence.

Tout d'abord, je vais commencer par décrire le séjour en maternité, sa durée pour les mères qui y accouchent, les professionnels qui y travaillent, développer le label Initiative amis des bébés puis décrire les réseaux de soins accessibles après la sortie de maternité.

CADRE DE REFERENCE

1. LE SEJOUR EN MATERNITE

a. La durée du séjour en maternité

La durée moyenne de séjour est le nombre de jours que les patients passent à l'hôpital en moyenne, dans l'année, pour une pathologie donnée, rapporté au nombre de séjours pour cette même pathologie. Les hospitalisations de moins de 24 heures ne sont pas prises en compte.

La durée du séjour en maternité est très brève dans la plupart des pays en voie de développement ou les pays développés, cette durée varie pour des raisons culturelles et économiques.

Aux Etats Unis, la durée moyenne est de 2,2 à 3,6 jours en fonction du mode d'accouchement (voie basse ou césarienne). Des sorties précoces sont possibles après au minimum 48 heures d'hospitalisation.

Au Pays Bas, il existe trois niveaux de prise en charge. Si la mère n'a aucun antécédent médical, elle peut accoucher à domicile et elle est ensuite suivie par une sage-femme. Le deuxième niveau, si la mère présente des antécédents ou une pathologie pendant la grossesse, elle accouchera en maternité, puis le troisième niveau correspond à la nécessité d'un service de néonatalogie. Un rapport de 2000 montre qu'un tiers des naissances a lieu à domicile et lorsque l'accouchement a lieu à la maternité, les mères et leurs bébés restent 8h en post partum, avec un relais à domicile systématique par une aide familiale et une sage-femme libérale, pendant 8 jours.

En Angleterre, en 2000, les mères et leurs bébés restent après la naissance entre 6 heures et 2 jours, avec un suivi pendant 10 jours, par une sage-femme qui travaille en collaboration avec les médecins de ville et infirmière. Les naissances ont également lieu parfois à domicile.

Dans d'autres pays : Espagne : 2,4 jours ; Allemagne : 3,1 jours ; Suisse : 4 à 6 jours ; Hongrie : 5 jours.

La durée d'hospitalisation, après un accouchement, en France est de 4,1 jours en 2014 avec un suivi à domicile différent selon si c'est une sortie précoce ou pas.

On peut néanmoins noter une nette diminution de la durée de séjour en France depuis plusieurs années. Une hospitalisation de moins de 4 jours était de 12 % en 1994 à quasiment 50 % en 2017.

En France, d'après les recommandations de bonne pratique, de la Haute Autorité de Santé (HAS), sur les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux nés, paru en Mars 2014. La durée de séjour standard est de 72 heures à 96 heures (soit 3 à 4 jours) après un accouchement par voie basse et de 96 heures à 120 heures (soit 4 à 5 jours) après un accouchement par césarienne.

Il est également possible une sortie précoce, sous certaines conditions qui se généralise peu à peu en France. Elles sont définies comme toute sortie de maternité, au cours des 72 premières heures (soit avant le 3^{ème} jour) après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures (soit avant le 4^{ème} jour) après un accouchement par césarienne. En France, les gynécologues et pédiatres recommandant une durée minimale d'hospitalisation d'au moins 48 heures, car les sorties trop précoces, inférieur à 30 heures, augmente le risque d'hospitalisation pour ictère néonatal et déshydratation du nouveau-né de moins de 1 mois. « Une résurgence de l'ictère nucléaire a été signalée par un communiqué de l'Académie de Médecine en novembre 2010 ». ⁴

Les sorties précoces reposent sur des critères supplémentaires par rapport à ceux pour une sortie standard. Les critères qui déterminent la mère et le nouveau-né bas risques sont renforcés ainsi que le déroulement du suivi au domicile. Il y a deux types d'accompagnement à domicile :

-le PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile, prit en charge avec accord de la caisse nationale d'assurance maladie, avec le passage quotidien d'une sage-femme à domicile.

-l'HAD : l'hospitalisation à domicile qui a pour but de raccourcir l'hospitalisation en offrant un suivi de qualité et en toute sécurité à domicile.

Ces recommandations concernent les couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social.

Afin que la sortie soit possible, il existe des critères de sortie de maternité et des modalités d'accompagnement après la sortie de maternité qui reposent sur plusieurs éléments :

⁴Haute autorité de santé. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2clics_sortie_de_maternite-120314.pdf

« -Intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale) ;
-Délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant ;
-Maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonatal qui ont fait la preuve de leur efficacité ;
-Utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux.⁵ »

D'après le journal le Monde, il existe plusieurs raisons qui expliquent la diminution de la durée du séjour en maternité en France. Il y a tout d'abord des raisons économiques, comme l'explique Clément Nestrigue, chercheur à l'institut de recherche et documentation en économie de la santé : « *plus le séjour est court, plus les frais avancés sont réduits, plus l'établissement est gagnant* »⁶. En effet, avec les nouvelles tarifications à l'activité, les hôpitaux dans un souci d'équilibre budgétaire optent pour des séjours plus courts. Pour les maternités, seul un séjour de trois jours est rentable.

Et enfin la sécurité sociale depuis quelques années favorise un retour à domicile précoce, avec un suivi à domicile moins cher.

La durée de séjour en maternité a évolué au fil des années. En effet il a diminué pour arriver à une durée actuellement de 3 à 4 jours selon s'il s'agit d'un accouchement par voie basse ou d'un accouchement par césarienne. Lors de son séjour en maternité, la mère va rencontrer un grand nombre de professionnels différents.

b. Une équipe pluridisciplinaire en maternité

On retrouve en maternité, une équipe pluridisciplinaire qui travaille en collaboration.

Une équipe est un : « *ensemble de personnes travaillant à une même tâche* »⁷. Une équipe peut être composée de professionnels ayant des rôles différents mais travaillant tous vers le même

⁵ Haute Autorité de Santé, synthèse de la recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-né Mars 2014.

⁶ http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/07/11/sejours-en-maternite-ecourtes-une-tendance-europeenne_4446088_4355770.html.

⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9quipe/30690>.

objectif.

Dans le livre des concepts de M. FORMARIER, puéricultrice et directrice des soins, on retrouve autour du concept de l'équipe et du travail en équipe, plusieurs attributs du concept. En voici quelques-uns que je trouve approprié au regard du travail en équipe en maternité :

« Même finalité, même but », « action commune à réaliser avec des procédures, des ressources, des moyens mis en commun, chaque membre de l'équipe est une ressource pour les autres membres », « la convergence des efforts de chacun doit être soutenue par une collaboration efficace, basée sur des interactions positives », « chaque membre d'une équipe est une ressource pour les autres. Les compétences des membres ne s'additionnent pas, elles se potentialisent et se renforcent mutuellement. »⁸

Les professionnels intervenant auprès de la mère et de son enfant en maternité sont nombreux. La pluridisciplinarité est définie comme plusieurs disciplines représentées par différents professionnels. Ces derniers, par leurs compétences différentes sont complémentaires. Il doit avoir une communication ouverte et facile au sein de l'équipe. Elle doit travailler en cohésion afin de présenter un discours cohérent auprès des mères en maternité. Les différents professionnels visent un objectif commun qui est la prise en soin du couple mère et enfant en maternité.

L'équipe médicale se compose du médecin gynécologue -obstétricien, du pédiatre et de la sage-femme. Dans l'équipe paramédicale on y trouve les puéricultrices, les infirmiers, les auxiliaires de puériculture, les aides-soignants et pour l'encadrement, les cadres de santé.

Il peut avoir également l'intervention d'une psychologue et de l'assistance sociale de façon ponctuelle selon une situation précise. A noter que l'intervention d'un médecin pédopsychiatre et d'une infirmière psychologue est de plus en plus fréquente chez la femme dans le post-partum pendant le séjour en maternité.

Comme je viens de le décrire, on retrouve en maternité, autant de professionnels pour accompagner le nouveau-né et sa mère. Cette multidisciplinarité apporte à la mère, une prise en soin globale pour elle et son enfant, mais elle peut être source de discours incohérent du au différent corps de métiers représenté. La mise en place d'un label au sein des maternités est en constante évolution afin de suivre une politique de soins communes afin d'harmoniser les discours.

⁸ Les concepts en soins infirmiers. FORMARIER.M, JOVIC L. page 169

c. Le label IHAB : Initiative Hôpital Ami des bébés

En France, en décembre 2016, on compte 30 services (publics ou privés) labellisés « Amis des bébés », ce qui représente 6 % des naissances en France.

Ce label permet d'harmoniser la prise en soin de la mère et de son enfant par les équipes soignantes. Il permet la cohérence des différents professionnels de santé au sein de l'établissement.

Il repose sur 3 principes qui résument la démarche IHAB et guident les équipes soignantes et les familles vers un partenariat réussi qui sont :

« -Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né ;

-Un environnement et un accompagnement an adéquat avec la philosophie des soins centrés sur la famille ;

-Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins ». ⁹

Cette politique doit permettre à tout professionnel de s'approprier la manière de travailler de l'équipe et de la respecter. Elle doit respecter les 12 recommandations de l'IHAB, dont les pratiques sont centrées sur les besoins de l'enfant et de sa mère et non sur les soignants et l'organisation du service. Ces 12 recommandations sont en annexe.

Par exemple, si on s'intéresse à la recommandation numéro 10, je cite : « identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement ; Travailler en réseau. » ¹⁰ En effet à sa sortie de maternité, il est important que la mère ait connaissance du réseau de périnatalité afin de connaître les ressources sur lesquelles elle peut compter une fois rentrée au domicile.

d. Après la sortie de maternité.

Les soignants de la maternité proposent aux parents d'appeler le service de maternité ou de se présenter aux niveaux des urgences de la maternité pour toutes questions ou problèmes. Ceux qui rassurent les mères à la sortie de maternité.

En plus du suivi organisé lors d'une sortie HAD ou une sortie PRADO comme vu

⁹ <https://amis-des-bebes.fr>

¹⁰ Ibid.

précédemment, il existe en France d'autres réseaux destinés aux mamans à la sortie de maternité.

L'enquête de 2003 a donné lieu au plan périnatalité 2005-2007 qui comprend quatre mesures principales : plus d'humanité, de proximité, de sécurité et de qualité.

La demande des parents est d'avoir des réseaux de qualité, de sécurité et de proximité de soins. Il s'agit de développer les réseaux ville/PMI (PMI : la protection maternelle et infantile) /hôpital.

La protection maternelle et infantile est un service départemental qui a pour mission des actions de préventions médicales, sociales, psychologiques et d'éducation pour les futures parents et les enfants de 0 à 6 ans en proposant des consultations à domicile, ou dans un cabinet de consultations. Elle forme, agréée, accompagne et contrôle les assistantes maternelles. Et enfin elle organise les bilans pour les enfants de quatre ans.

On retrouve en PMI : des assistantes sociales, des puéricultrices, des infirmières, des sages-femmes, des médecins et des secrétaires.

Il y a également des associations sur l'allaitement et sur la parentalité destinées aux mères :
-la lèche League dont l'objectif est de soutenir l'allaitement et le maternage. Animer par des mères bénévoles ayant allaité leur enfant. Elle a pour but de soutenir, d'aider les mères allaitantes ou voulant allaiter. Ce soutien se fait par le biais de réunions, d'appels téléphoniques, de publications, d'un groupe sur les réseaux sociaux, de congrès, d'échange par mail et de son site internet.

Il existe plusieurs réseaux périnataux qui couvrent l'ensemble de la région, en voici quelques-uns :

-Le réseau périnatal en Artois : bien naitre en Artois

Ce réseau couvre le secteur des maternités d'Arras, de Béthune, de Douai et de Lens. Il est composé des centres hospitaliers publics, des cliniques privées, des médecins généralistes, de gynécologues obstétriciens, de sages-femmes, de la PMI et d'une équipe de pédopsychiatrie. Il oriente les mères selon les besoins et a un site internet.

-le réseau périnatal métropole Lilloise : OMBREL

Constitué comme le réseau bien-naitre-en Artois de différentes catégories de professionnels de santé. Il propose via son site internet conseils et informations. Il propose également un numéro de téléphone spécifique à l'allaitement : « allait 'écoute ».

- le réseau périnatal littoral : PAULINE, dont je fais partie et dont j'ai déjà fait la description au début de mon travail, dans mon constat de départ.

- Le réseau périnatal Hainaut : RPH

Il regroupe les maternités de Cambrai, Denain, Fourmies, le Cateau Cambrésis, Sambre Avesnois, Valenciennes et 3 cliniques du secteur. Il a également une mission de formation, d'évaluation, d'information et de prévention autour de la périnatalité et de tout ce qui est lié à l'environnement de la naissance.

Selon les premiers résultats de l'enquête de périnatalité de 2010, 98 % des maternités font parties d'un réseau de santé périnatal. Ces réseaux incluent les services de protection maternelle et infantile, les professionnels libéraux et d'autres professionnelles. (41% en 2003).¹¹

e. Synthèse

La durée du séjour en maternité de la mère et de son enfant a tendance à diminuer depuis plusieurs années et va encore continuer dans ce sens. La raison économique donnée par l'assurance maladie est qu'un séjour à domicile le plus tôt possible coûte moins chère qu'une longue hospitalisation.

Idéalement, la durée de séjour en maternité des mères devrait être adaptée à chaque patiente, selon ses capacités à prendre en soin son enfant de façon responsable, selon ses désirs et en mettant en place un suivi à domicile approprié à chaque situation.

Le suivi au retour à domicile de la mère et du nouveau-né est essentiellement réalisé par les sages-femmes libérales. Il serait intéressant de se voir développer le suivi à domicile par des puéricultrices libérales afin de désengorger les services de protection maternelle infantile.

Les informations et conseils à transmettre aux mères au cours de leur séjour sont nombreux et on vient de voir qu'elles doivent être condensées sur une courte période d'hospitalisation.

La cohésion de l'équipe pluridisciplinaire est importante. Si elle ne l'est pas, les différents

¹¹ Les maternités en 2010 Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er776-2.pdf>.

intervenants tiennent un discours différent, voir même parfois contraire, ce qui perturbe les parents, qui se sentent démunis face à des professionnels qui se contredisent.

Suite au plan périnatalité 2005-2007, humanité, proximité, sécurité, qualité, plusieurs objectifs avait été fixé afin : « *d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche.* »¹² .Ce plan avait pour objectif de diminuer la mortalité maternelle et périnatale, d'améliorer la sécurité et la qualité des soins. Et il vise à une meilleure connaissance du secteur et de mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

Une autre enquête a eu lieu en 2015-2016 les résultats sont attendus pour 2017.

La puéricultrice est encore présente dans les maternités et elle a toute sa place dans ce service de soins qui accueillent mère et enfant après l'accouchement. Je vais définir dans ce deuxième point le rôle et les missions de la puéricultrice.

2. LA PUERICULTRICE

a. Définition et législation

La puéricultrice est une infirmière diplômée d'état (ou une sage-femme) spécialisée sans les soins apportés aux nouveaux nés, aux enfants et aux adolescents.

Elle doit veiller à leur : développement psychomoteur, psychoaffectif, psychologique, alimentation, santé et sécurité. Elle doit également répondre aux attentes et aux besoins des familles. L'exercice de la profession de puéricultrice s'inscrit dans une prise en soin globale de l'enfant dans son environnement.

La puéricultrice peut exercer dans différents secteurs hospitaliers (maternité, néonatalogie, pédiatrie et pédopsychiatrie) et des secteurs extra hospitaliers (crèche, halte-garderie et en PMI : protection maternelle et infantile.)

Il n'y a pas de textes spécifiques à la profession de puéricultrice car étant une spécialisation

¹² Plan périnatalité 2005-2007

de la profession d'infirmière les textes de lois sont identiques et se référant au décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique.

Voici quelques articles en lien avec le concept d'éducation à la santé :

Article R4311-1 :

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. »¹³

Article R4311-13 :

« Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux-ci-dessous énumérées, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'état de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;¹⁴*
- 2° surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;*
- 3° prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;*
- 4° soins du nouveau-né en réanimation ;*
- 5° installation, surveillance et sortie de nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie. »*

Article R.4311-15 :

« Selon le secteur d'activité ou il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : (...) Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires. Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité. »¹⁵

La définition du guide de la puéricultrice dit :

¹³ www.legifrance.gouv.fr

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

« La profession de puéricultrice, dès sa création en 1947, fonde sa légitimité sur les choix politiques en direction de la santé des enfants. Engagée à cette époque dans la lutte contre la mortalité infantile, elle est ouverte aujourd'hui sur la dimension psychosociale de la santé du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent. (...) La profession de puéricultrice, spécialité de la profession d'infirmière, se préoccupe de la promotion de la prévention et de la protection de la santé de l'enfance et de la famille. »¹⁶

En matière d'éducation à la santé : « La pratique quotidienne des puéricultrices puise sa dynamique dans une démarche de recherche permanente de promotion de la santé de l'enfant, au travers des actions individuelles ou collectives menées auprès (et avec) les enfants et leur famille, dans les institutions .Au-delà de la simple qualité de soins , le travail de la puéricultrice contribue à la promotion d'une éducation à la santé ,véritable vecteur social pour la responsabilisation de chacun dans la recherche et la réalisation des facteurs de qualité de vie.¹⁷.

Par rapport à mon sujet je vais définir le rôle de la puéricultrice en maternité.

b. Le rôle de la puéricultrice en maternité

Selon Solange Kuessan Delavaud, puéricultrice en maternité : « En maternité, la puéricultrice exerce essentiellement ses fonctions d'éducation, d'encadrement et d'accompagnement des parents. »¹⁸

Ces actions relèvent de son rôle propre.

Dans son rôle éducatif auprès des familles, elle peut organiser des réunions d'informations prénatales et elle peut réaliser des réunions d'informations de conseils nécessaires au retour à domicile du couple mère-enfant. La réunion de préparation à la sortie permet d'apporter aux mères des réponses à leurs questions, de faire de la prévention, de favoriser les échanges dans une démarche de soutien à la parentalité et de les encourager dans l'émergence de leurs compétences parentales.

¹⁶ GASSIER. J, DE SAINT -SAUVEUR.C, Le guide de la puéricultrice, MASSON ,2002 P4

¹⁷ Ibid. P6.

¹⁸ KUESSAN DELAUAUD, Solange, (Mai 2009), *Le rôle propre de la puéricultrice en maternité, observer et accompagner, Cahier de la puéricultrice, N°227, p.13.*)

Dans sa fonction d'accompagner des parents, la puéricultrice observe le lien mère -enfant, l'attachement garant d'une sécurité psychique de l'enfant. Elle soutient les parents dans les soins quotidiens auprès de l'enfant et les mères à l'allaitement maternel. Elle accompagne les familles vulnérables, en faisant la liaison avec les services de protection maternelle et infantile lorsque cela est nécessaire.

Elle a également une fonction d'encadrement envers les auxiliaires de puériculture et les aides-soignants avec qui elle travaille en collaboration, envers les étudiants infirmiers, les étudiantes puéricultrice, les étudiantes sages-femmes et les étudiants aides-soignants.

Elle applique les prescriptions médicales comme les bilans sanguins et la photothérapie.

Elle peut également selon l'organisation du service de maternité, réaliser des soins auprès des mères. Ce qui montre bien l'intérêt du travail de la puéricultrice dans la prise en soin du couple mère enfant dans sa globalité.

Elle est attentive au développement harmonieux du nouveau-né, à sa capacité d'adaptation à la vie extra utérine et au dépistage d'éventuels troubles neuro-sensitifs dans le peu de temps qui lui est donné du fait du séjour de plus en plus court en maternité grâce aux connaissances acquises durant son année de spécialisation.

c. Synthèse

En maternité, la puéricultrice travaille en collaboration avec l'ensemble des professionnels de la maternité, mais avec son champ de compétences spécifiques, pour une prise en soins optimale de la famille qui se construit. Mais chacun à sa place à trouver, par rapport à son champ de compétences, sans pour autant empiéter sur le travail des autres professionnels. L'enfant reste au cœur des soins en maternité.

La place de la puéricultrice au sein des maternités est toujours complexe, il s'agit de travailler ensemble avec une organisation permettant de mettre en valeur les complémentarités de chacun, et d'éviter les discours discordants, ainsi que la multiplicité des intervenants, lors d'un séjour de plus en plus court. Elle représente en maternité, une aide et un soutien pour éclairer les parents sur les besoins spécifiques de leur bébé, et à encourager les compétences des parents.

A noter que depuis 2012, les infirmiers sortent de l'école avec très peu de connaissances concernant l'enfant et du fait de son champ de compétence et de sa formation, l'infirmière puéricultrice est la professionnelle la plus à même à prendre en soins de façon globale le

couple mère-enfant.

Le plan périnatalité de 2005-2007 déclinait des objectifs dont la meilleure reconnaissance des professionnels de la naissance, dont la puéricultrice est l'un des maillons essentiels.

En maternité, la puéricultrice réalise une prise en soin globale du couple mère - bébé. Et dans ce travail, je m'intéresse plus spécifiquement aux mères primipares.

3. LA MERE PRIMIPARE EN MATERNITE

a. L'état émotionnel des mères primipares

La naissance est en effet un moment merveilleux dans la vie d'une femme et dans la vie d'un couple. Elle est souvent idéalisée par la société et les médias. Mais la naissance engendre un grand bouleversement dans la vie d'une femme qui lui impose de s'adapter et qui peut parfois entraîner des difficultés et être à l'origine d'un stress important.

Selon LAZARUS Richard psychologue et FOLKMANN Suzan psychologue, le stress est : « *une transaction particulière entre l'individu et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être* »¹⁹ Le stress est donc un processus élaboré par les mères pour faire face à une situation qui la menace.

Le stress est défini dans le livre des concepts en sciences infirmières par PRONOST A, docteur en psychologie comme : « *un processus d'envahissement émotionnel, conséquence d'une pression externe ou interne, ressentie comme une tension à réduire. (...). La prise en compte des prédicateurs dans l'environnement (les stressseurs, le soutien social), et du côté de la personne (traits immunogènes comme la hardiesse, l'estime de soi, le contrôle interne (...)) est essentielle à la compréhension de la gestion du stress.* »²⁰ A noter que les événements de la vie n'engendrent pas le même stress pour tous les individus. Ce n'est pas l'intensité ou la gravité des événements qui sont stressantes en soi, mais leur signification et leur retentissement émotionnel pour l'individu. On parle de « *stress perçu* »²¹.

¹⁹ Lazarus et Folkmann 1984 dans la recherche : Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? Chantal Razurel, Huguette Desmet, Catherine Sellenet, (Mars 2003) recherche en soins infirmiers numéro 106 page 48

²⁰ Les concepts en sciences infirmières, M. FORMARIER et L. JOVIC, ARS, édition Mallet conseil, p 264.

²¹ Bruchon-SCHWETZER M. concepts, stress, coping. Recherche en soins infirmiers N° 67.2001.p 68.

On retrouve aussi pendant la période périnatale qui s'étend du début de grossesse au troisième mois suivant l'accouchement une anxiété maternelle. L'anxiété est définie dans le livre de concept comme : « *état émotionnel de tension nerveuse, de peurs fortes [...]. L'état psychique se caractérise par l'attente d'un danger imminent, indéterminé, accompagné de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance.* »²²

Différents facteurs peuvent être sources de stress en maternité comme par exemple des informations contradictoires de la part des soignants pendant le séjour. A cela s'ajoutent la fatigue et un manque de sommeil accentués chez les mères primipares, qui pour elle, l'accouchement se caractérise par des heures en salle de travail. Elles sont extrêmement fatiguées après l'accouchement. D'autres événements peuvent survenir et accentués cette fatigue comme les pertes sanguines, la douleur (suite à une épisiotomie par exemple), la chute hormonale, peu d'heures de sommeil et d'autres difficultés comme par exemple autour de l'allaitement (douleurs, crevasses ...). A noter que l'on peut constater que chez les mères allaitantes, l'ocytocine, l'hormone nécessaire à la lactation, a une action sur le stress et régule les émotions. Ce qui permet à la mère de mieux appréhender ce stress., appelée « hormone de l'amour » elle favorise les comportements de maternage.

Les professionnels ont donc un rôle d'accompagnement et d'éducation pour aider les mères à surmonter ce stress et cette anxiété.

Le concept d'accompagnement est décrit dans le livre des concepts en sciences infirmières par MOTTAZ Anne-Marie comme : « *une relation à l'autre, au minimum dans une relation duale. C'est une démarche relationnelle qui s'inscrit autour du projet de l'autre. Il évoque la proximité et le respect de l'autre, la bienveillance et le non jugement. Il s'intéresse en priorité aux côtés positifs de la personne accompagnée, renforce son estime de soi et préserve son autonomie.* »²³

Le soutien social peut aussi avoir toute son importance. Il serait bénéfique sur la santé mentale et physique surtout dans les moments de fragilité. CHOUINARD Maud-Christine, professeur, précise que le concept de soutien social est complexe, en raison de la variété des définitions utilisés le soutien social est généralement reconnu comme : « *un processus*

²² Les concepts en sciences infirmières, M. FORMARIER et L. JOVIC, ARS, édition Mallet conseil, p 70.

²³ Ibid. p 44-45.

d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptation, l'estime de soi, les sentiments d'appartenance et la compétence par des échanges réels ou prévisibles de ressources pratiques ou psychosociales. » On retrouve dans les différentes définitions des aspects se rapportant : « à une action procurant des ressources, des impacts positifs pour la personne aidée ».²⁴

Il existe quatre types de soutien : « *le soutien émotionnel (exprimer à une personne les affects positifs que l'on a à son égard, la rassurer, la réconforter ...), le soutien informatif (conseils, suggestions, apport de connaissances ...), le soutien d'estime (rassure une personne sur ses compétences, sa valeur; renforcer son estime d'elle - même...), et le soutien instrumental (aide effective, prêt d'argent, de matériel...)* »²⁵

Lors d'une enquête²⁶ réalisée par Irène CAPPONI : maître de conférences en psychologie, et par Christine HORBACZ : sage-femme libérale, auprès de soixante-deux femmes primipares afin de distinguer les sources du réseau disponible autour d'elles, les mères expliquent l'importance en premier du conjoint et de la famille, peu importe l'aide attendue. Pour elle, ce soutien est indispensable et essentiel. Le père a une place importante en maternité il est là pour soutenir la mère en salle d'accouchement puis il l'aide en participant aux soins du bébé (change ,bain ,peau à peau ,portage). Comme le dit D.W Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais : « *une dyade mère-enfant, ça n'existe pas sans le père* » , car le père « *tient et contient le couple mère-enfant* », il est « *la clé de voûte qui permet de tenir le tout, pour qu'il ne s'écroule pas dans les situations à risques* »²⁷. Le père est un support afin que la mère se sente en sécurité .Il est important qu'elle sache qu'elle n'est pas seule face à cette nouvelle vie .Le père et conjoint peut jouer un rôle important dans le soutien émotionnel ,en la rassurant et la réconfortant ,dans le soutien d'estime de soi ,en l'encourageant ,en la valorisant par rapport à ses compétences maternelles. A noter que la famille apparaît aussi comme source perçue comme la plus nuisible, les mères ont un ressenti parfois négatif, percevant certains conseils comme des jugements ou des injonctions.

²⁴ Les concepts en sciences infirmières, M. FORMARIER et L. JOVIC, ARS, édition Mallet conseil page 254.

²⁵ HOUSE 1981. Citation dans : Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? Chantal Razurel, Huguette Desmet, Catherine Sellenet, (Mars 2003) recherche en soins infirmiers numéro 106 page 48

²⁶ Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent -elles ? ERES « dialogue » 2007/1 N°175 pages 115 à 127

²⁷ Ibid.

Lors du post-partum immédiat en maternité, c'est le soutien émotionnel et le soutien d'estime qui me semblent les plus importants. Pour les soins de leur enfant, les mères attendent un soutien informatif non directif.

La période périnatale est une période où la mère, doit faire face à des événements particuliers et stressants (accouchement, fatigue, douleur, environnement hospitaliers, l'arrivée du nouveau-né...) qui ont une influence sur son état émotionnel. C'est aussi une période de découverte du nouveau-né, d'initiation de maternage qui demande à la mère d'avoir confiance en elle. Les mères doutent de leur capacité à s'occuper de leur bébé et il arrive très souvent et très rapidement quelques jours après l'accouchement, le baby blues.

Le baby blues arrive aux alentours du 3^{ème} jour après la naissance, en maternité et concerne la majorité des femmes. C'est une réaction physiologique due à des fluctuations du taux des hormones. Il se caractérise par des pleurs, une fragilité émotionnelle entraînant un sentiment d'incompétence et de l'inquiétude, des excès de tristesse et des sauts d'humeur. Il n'y a pas de traitement, la puéricultrice et l'ensemble des soignants en maternité ont un rôle majeur afin d'écouter, de rassurer et de reconforter cette mère. Si les symptômes persistent au-delà de deux à trois semaines, on parle de dépression du post-partum qui peut toucher la mère et / ou le père (à moindre échéance).

La dépression du post-partum peut durer plusieurs mois. Elle doit être accompagnée car elle peut entraîner certes une souffrance psychique chez la mère ainsi que chez son bébé entraînant des troubles du développement.

A savoir qu'il existe aussi la psychose puerpérale, qui apparaît brutalement entre le 3^{ème} et le 14^{ème} jour après l'accouchement. Les signes sont des idées délirantes, hallucinations, négation de la maternité, de non existence du nouveau-né... Il faut absolument que la mère soit prise en charge car il existe un réel danger pour elle et son enfant.

Le fait de devenir parent, entraîne chez la mère un processus intrapsychiques. En effet il y a retour avec son histoire passée, des éventuels conflits infantiles. La mère est aussi confrontée à l'enfant réel et plus imaginaire comme il l'était pendant la grossesse. A la naissance les compétences du nouveau-né telles que ses capacités sensorielles, visuelles, auditives, olfactives, gustatives et motrices contribuent à la mise en place des liens entre lui et sa mère. L'attachement résulte aussi du comment le nouveau-né est porté par sa mère. Si l'enfant se sent en sécurité il pourra alors se développer psychiquement et physiquement.

BENTATA H, psychiatre psychanalyste, dans sa publication sur l'état des lieux sur les dépressions du post-partum et la santé psychique de l'enfant dit que : « *chez l'homme, être parent n'est pas une fonction naturelle complètement réglée par l'instinct. Au contraire, bien des femmes, en fonction de l'époque et de leur classe sociale, donnaient en nourrice leur nouveau-né. De plus, être/ devenir mère au sens où l'on ne peut l'entendre, à savoir comme un adulte qui prend soin physiquement, psychiquement et affectivement un enfant, est une épreuve difficile à traverser pour toute femme.* »²⁸. Durant cette période du post-partum, il y a plusieurs facteurs qui entrent en jeu : des facteurs biologiques, avec un chamboulement hormonal, des facteurs psycho-affectifs et socio-environnementaux. Il y a aussi l'approche psychanalytique de BOUKOBZA Claude, psychanalyste qui dit que : « *chaque naissance, la mère doit resituer dans leur lignée, leur histoire œdipienne et leur identification, histoires dans lesquelles le nouveau-né doit pouvoir trouver sa place. Pour qu'une mère puisse accueillir son enfant, il faut qu'elle puisse décentrer son narcissisme propre sur l'enfant* »²⁹. Cette période est d'autant plus difficile selon l'histoire de la mère et du père pendant leur enfance.

On observe d'ailleurs de plus en plus fréquemment la présence d'un pédopsychiatre et / ou d'un psychologue et /ou d'une infirmière psychologue en maternité. Ces professionnels sont sollicités par l'équipe soignante de maternité quand elle repère, par exemple, une mère plus angoissée que la moyenne, quand une mère exprime un manque profond de confiance en soi, une impression d'être « une mauvaise mère » ou encore s'il y a notion d'histoire familiale ou d'une enfance complexe. On retrouve le plus souvent plusieurs facteurs de fragilité associés. Certaines mères n'ont pas d'entourage familial et amical, elles souffrent d'isolement et cela peut entraîner une atteinte au bon développement du lien mère-enfant.

Donald Woods Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique dans son livre : la mère suffisamment bonne parle de préoccupation maternelle primaire, comme étant l'état psychologique de la mère venant d'accoucher. Il parle d'un état psychiatrique très particulier qui se développe pendant toute la grossesse et qui atteint un degré de sensibilisation accrue à la fin. Cet état dure encore quelques semaines après la naissance de

²⁸ BENTATA H, Dépression du post partum et santé psychique de l'enfant cahiers de la puéricultrice, avril 2016 N° 296

²⁹ BOUKOBZA C, Dépression du post partum et santé psychique de l'enfant, cahiers de la puéricultrice, Avril 2016, N° 296.

l'enfant et prétend que les mères ne s'en souviennent que très difficilement lorsqu'elles sont remises ou même qu'elles auraient tendance à en refouler le souvenir. Il caractérise cet état comme une maladie, s'il était en dehors de la grossesse qui pourrait être comparé à : « *un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus.* »³⁰ Il précise qu'une mère doit être en bonne santé, à la fois pour atteindre cet état et pour guérir après la naissance. Pour WINNICOTT. D, il est nécessaire que la mère atteigne cet état pour le bon développement physique et psychique de l'enfant qui vient de naître : « *seule une mère sensibilisée de la sorte peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins* ». ³¹

Enfin notre société, par les médias, les histoires, les contes, véhicule l'idée de l'enfant et de parents parfaits et laisse à penser que tout se fait de façon naturelle, sans difficulté, mais pour la mère et le père, c'est une période de transition vers la parentalité. Suite à des naissances, certaines mères présentent des réactions de stress, des états anxieux et parfois même des dépressions. C'est souvent le sentiment de compétence qui est touché chez les mères, surtout chez les mères primipares, accentué par un écart important entre les représentations très idéalisées et la réalité.

Irène CAPPONI : maître de conférences en psychologie, et Christine HORBACZ : sage-femme libérale parlent de sentiment de déprivation. Elles expliquent que les médias véhiculent souvent la grossesse et le post partum immédiat comme un moment de bonheur, un moment d'épanouissement pour la mère et insistent souvent sur les compétences exceptionnelles du nouveau-né. Le message délivré par les médias peut engendrer chez les mères une inquiétude face à un bébé ne se trouvant pas dans « les normes » et elles peuvent culpabiliser. Les mères ont besoin d'être rassurées afin de renforcer leur estime de soi et de savoir qu'elles ne sont pas les seules à être en difficulté avec ce nouvel enfant.

Elles peuvent également être submergées par des informations et des conseils contradictoires qui peuvent les déstabiliser. Les contradictions peuvent parfois être sources de doutes, de sentiments d'incompétence pour les parents face à leur enfant. Les difficultés par rapport à l'allaitement, les pleurs du bébé sont souvent cités comme engendrant un stress important chez les mères mettant le doute sur leur sentiment de compétence à devenir parents.

³⁰ WINNICOTT. D, la mère suffisamment bonne. P 40.

³¹ Ibid. P 45.

D'après Chantal Razurel : sage-femme spécialisée en sciences d'éducation et en psychologie « *le sentiment de compétences est la perception qu'à l'individu, de ses capacités vis-à-vis d'une tâche déterminée et définie. Il n'est pas stable mais s'évalue perpétuellement en fonction des nouvelles tâches. Or dans la construction de la parentalité, il existe une part de subjectivité de l'expérience qui est très important et c'est ce qu'on nomme le sentiment de compétence parentale.* »³²

Afin de gérer au mieux cette angoisse, ce stress, les mères vont développer une stratégie d'ajustement : le coping, que je vais détailler ci-dessous.

b. Le coping : stratégie d'ajustement.

La mère doit gérer son stress pour surmonter ses peurs, afin de s'occuper de son enfant sans mettre en doute ses compétences parentales qui sont une perception, ressentie par la mère et non une évaluation de ses compétences par autrui. Elle peut mettre en place une stratégie d'ajustement appelé coping qui permet de résoudre, réduire ou différer le problème, afin de rendre la situation stressante plus tolérable ou de la maîtriser. La puéricultrice est la mieux placée pour déceler des troubles dans la relation d'attachement entre la mère et son enfant, il est donc important de repérer et de prendre en compte l'anxiété et le stress de la mère afin de soutenir sa stratégie d'ajustement.

Anne -Marie PRONOST, docteur en psychologie, dans le livre des concepts en sciences infirmières présente le coping comme : « *un véritable processus dynamique de la personne, un mode de faire face à une situation stressante, variable selon la situation globale, selon l'état du sujet et selon le stade d'interaction entre le sujet et la situation. C'est un facteur stabilisateur permettant à l'individu de maintenir une adaptation psycho-sociale pendant les périodes de stress.* »³³

Selon LAZARUS Richard psychologue et FOLKMANN Suzan psychologue, le mécanisme du stress est envisagé comme une sorte de transaction entre une personne et son environnement. Le coping qui vient de « to cop » faire face, intervient comme modérateur

³² Razurel C, journal Suisse de la sage -femme, facteurs psychosociaux ayant un impact sur la santé psychique des mères.

³³ FORMARIER M et JOVIC L, les concepts en sciences infirmières, édition MALLET conseil 120.

entre l'évènement stressant et la détresse émotionnelle. Le concept de coping est donc relié à celui de stress.

Les deux chercheurs définissent le coping comme étant : « *un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux en perpétuel changement pour gérer les demandes externes ou internes évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources personnelles* ». Les efforts cognitifs représentent l'évaluation de la situation stressante, sa nature, les impacts qu'elle peut avoir sur l'individu.

L'évènement peut être évalué comme une perte (affective, corporelle ...) ce qui entraîne tristesse, colère, comme une menace et s'accompagner d'anxiété et de peur, ou encore comme un défi et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie. Puis l'individu se demande comment faire face à cette situation, quelles sont ses ressources ? Les réponses qu'il a à disposition telles que la recherche d'informations, demander de l'aide et des conseils : le soutien informatif, exprimer ses émotions : en recherche de soutien émotionnel ou encore éviter le problème. Le coping peut se traduire par des affects tel que la colère, la peur, la détresse.... Le stress ne serait pas uniquement une réaction à un événement auquel l'individu est exposé, mais la façon dont il réagit. Le coping désigne les réponses, les réactions que l'individu va mettre en place pour maîtriser, réduire, ou tolérer la situation stressante afin d'éviter certaines conséquences tels que la dépression, la souffrance psychologique et les plaintes somatiques.

C'est une stratégie volontaire, donc consciente, pour affronter des problèmes actuels.

Les attributs au concept de coping dans le livre des concepts en sciences infirmières disent que : « *les stratégies de coping, résultantes du processus d'évaluation, sont socialement perçues positives en ce qui concernent les stratégies de résolution de problèmes et de recherche de soutien social, socialement perçues négatives pour les stratégies centrées sur l'émotion* »³⁴.

Chantal Razurel, sage-femme ,professeur à la haute école de santé de Genève ,spécialisée en sciences de l'éducation et en psychologie , Huguette Desmet ,professeur à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation et Catherine Sellenet ,professeur en sciences de l'éducation ,dans leur enquête , auprès de mères primipares sur les changements de vie liés à

³⁴ FORMARIER M et JOVIC L, les concepts en sciences infirmières, édition MALLET conseil 121.

la naissance d'un premier enfant intitulé : « *stress ,soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ?* ». ³⁵

Il en ressort que les principaux événements sources de stress en maternité sont : les interactions avec les professionnels soignants, l'hospitalisation et l'allaitement maternel.

Dans cette enquête on parle essentiellement de la sage-femme comme référente en maternité mais la puéricultrice a tout aussi bien son rôle dans ce service. Si on reprend les différents soutiens vus ci-dessus, dans le post-partum immédiat les mères ont un besoin de soutien émotionnel et d'estime de soi. Les professionnels de santé en maternité doivent valoriser, faire confiance aux mères et avoir un discours soutenant, réconfortant et sécurisant envers les mères. Concernant le besoin informatif, l'équipe en maternité doit donner des informations claires et cohérentes. La charte du patient hospitalisé du 2 Mars 2006 précise que : « *Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information. Il revient à l'établissement et aux professionnels de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé* » ³⁶. Cette information doit être : « *accessible, intelligible et loyale. Cette information doit être renouvelée si nécessaire* » ³⁷. Des propos contradictoires déstabilisent les mères. Majoré pour les mères primipares qui vivent la naissance pour la première fois, elles n'ont pas d'autres repères que ceux donnés par les soignants. Elles se sentent plus vulnérables et moins compétentes qu'une mère ayant déjà eu des enfants, c'est pour cela qu'elles ne doivent pas se sentir jugées ni infantilisées. En effet si les informations et conseils sont donnés de manière rigide et directive, les mères se sentent infantilisées et cela les empêchent de trouver une solution à leurs interrogations, ce qui diminue leur sentiment de compétence parentale.

Le soutien instrumental et matériel intervient plutôt au retour à domicile, car les mères sont épuisées physiquement dû à la fatigue, avec une aide nécessaire de la part du papa, de la famille et des amis. En effet la maman de retour à domicile se sent envahie par d'autres préoccupations comme le ménage, les lessives, les courses ...

³⁵ RAZUREL C, DESMET H, SELLENET C. Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? Recherche en soins infirmiers .2011/3. N°106.

³⁶ Charte de la personne hospitalisée du 2/03/2006.http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf

³⁷ Ibid.

Si le soutien social renvoie une image négative il y aura une baisse du sentiment de compétence. Il faut donc adopter une écoute empathique, et ne pas avoir de propos contradictoires qui entraînent chez les mères une sensation d'insécurité. Les stratégies de coping mises en place par la mère dépendent de sa perception du soutien social. L'impact du stress, de l'angoisse, de la peur, du rôle du soutien social et l'élaboration du coping jouent un rôle dans le bien être maternel.

c. Synthèse

La naissance entraîne chez la mère des sentiments confus, une crise entre son passé et le moment présent. Le chamboulement hormonal place la mère dans une ambivalence de sentiment. Il y a la naissance d'un enfant certes, mais également la naissance d'une mère. Cela entraîne une véritable crise identitaire pour la « nouvelle » mère. Au cours de la grossesse les sentiments sont axés sur l'évènement à venir mais quand l'évènement est passé, il reste un grand vide et tout est à construire. Suite à la naissance, cette « nouvelle » mère doit trouver un équilibre dans son corps et dans son couple. Elle est confrontée à son nouveau rôle face à un enfant réel ce qui peut entraîner des difficultés. Le séjour en maternité est vécu de façon différente lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. Pour les mères multipares, qui ont déjà vécu l'expérience en maternité, l'adaptation aux différents changements se feront plus facilement et plus rapidement.

L'attitude des professionnels en maternité est importante pour les parents qui se sentent encouragés et rassurés dans l'exercice de leur fonction parentale.

La mère identifie la naissance, comme source de stress. Elle va donc essayer de faire face à cet évènement stressant. Elle va élaborer des réponses, afin de réduire ou de rendre cette situation moins stressante. Elle va donc mettre en place une stratégie d'ajustement afin de s'ajuster à l'évènement et ainsi diminuer ou passer outre ce stress qui est source d'angoisse.

Après avoir vu les émotions de la mère primipare en maternité et la mise en place d'une stratégie d'ajustement afin de surmonter ce nouvel évènement. Je vais développer le concept de l'éducation à la santé, toujours en maternité.

4. EDUCATION A LA SANTE EN MATERNITE

a. Définition du concept

L'éducation à la santé fait partie intégrante des soins en maternité. Mais l'état physique et psychologique de la mère pendant le post partum, le séjour court en moyenne 3 à 4 jours en maternité, la multidisciplinarité des professionnels de santé en maternité est d'autant d'obstacle pour envisager une éducation.

L'éducation à la santé en maternité : *« c'est un ensemble d'activités organisées, de sensibilisation, d'information, d'écoute, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, basé sur le savoir existant des femmes. Il permet aux mères d'acquérir leur propre réponse à travers leur expérience et en interaction avec leur milieu en ayant accès à de nouvelles connaissances. L'objectif étant de maintenir ou de les conduire vers un état de bien-être et de sécurité, les concernant et concernant leur enfant. »*³⁸

En effet, l'éducation pour la santé ne doit pas être donnée comme un cours magistral avec une liste de conseils. C'est un outil afin d'accompagner un individu afin qu'il acquière une autonomie. Il faut sortir de la réalisation rigide et normative des soins apportés au bébé qui laisse peu d'initiatives de la part des mères. Dans la circulaire du 1 août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, on y trouve un paragraphe spécifique au service de maternité qui montre bien encore l'importance d'aider la mère à être autonome dans la prise en charge de son enfant. Ce paragraphe stipule : *« C'est aussi à travers les soins quotidiens qu'elle donne à son enfant que la mère construit sa relation avec lui. Le rôle du personnel, à cet égard, est de lui apporter l'aide de sa compétence professionnelle pour la seconder, plutôt que se substituer à elle. Cela a aussi l'avantage de préparer le retour à la maison. »*³⁹

L'organisation mondiale de la santé l'a définie comme : *« tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour*

³⁸ C RAZUREL, C HELIOT, J PERIER et al, VARIATION éducation des mères à la santé dans le post partum à la maternité de Genève. Recherche en soins infirmiers N°75 (décembre 2003) page 39

³⁹ Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.

conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ». ⁴⁰ Elle précise aussi que la santé n'est pas définie comme l'absence de maladie ou d'une infirmité. C'est un bien-être physique, mental et social qui permet à un individu de vivre au mieux et pouvant faire des choix éclairés afin de le maintenir ou de l'améliorer. Elle parle d'un « *état de bien-être biopsychosocial* » ⁴¹ . La santé est changeante, dynamique car elle est en interaction avec l'environnement.

On trouve d'autres définitions comme celle-ci : « *L'éducation à la santé est la composante des soins primaires qui vise à faciliter les apprentissages nécessaires à l'adoption de comportements favorable à la santé. (...) elle fait référence à des notions théoriques guidant la démarche éducative visant l'adoption et l'autogestion de comportements favorables à la santé.* » ⁴² .

L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé donne comme définition de l'éducation pour la santé : « *stratégies d'intervention de la promotion de santé. C'est un ensemble moyen permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à la santé en développant leur autonomie et le sens de la responsabilité. C'est l'ensemble des actions qui offrent à chaque individu tout au long de sa vie d'acquérir ou d'améliorer les compétences et les moyens qui lui permettent de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité.* » ⁴³ .

En France, c'est en 1980-1990 que se développe les premières réflexions sur la promotion de santé, en 2001 apparait un plan national d'éducation pour la santé qui met en place en 2002 l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (INPES). Dans les années 2000 apparait une spécificité : l'éducation thérapeutique du patient, qui permet à une personne malade d'être en bonne santé.

C'est en 1983 qu'apparait l'éducation pour la santé comme activité majeure de la puéricultrice dans le programme d'études de puéricultrice. « *l'éducation pour la santé y figure dès le préambule en tant qu'activité majeure et transversale de la puéricultrice ,puis à deux reprises :en tant que domaine d'application du concept d'éducation et en tant que technique de soin.(...).Un volet d'éducation pour la santé doit figurer dans toute formation des*

⁴⁰ <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Quels-concepts>

⁴¹ Organisation mondiale de la santé

⁴² HAGAN L, éduquer à la santé, l'essentiel de la théorie et des méthodes. Page 7.

⁴³ Elisa GUISES « Le rôle des puéricultrices dans l'éducation pour la santé », soins pédiatrie-puériculture N°277 page 41

professionnels des secteurs de la santé ,du social et de l'éducation Nationale .Cette décision ,prise en 2001 figure dans le plan Nationale d'Education pour la santé(...)Après plusieurs années d'étude du contexte ,l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé a publié un référentiel de formation pour tous les professionnels en situation de mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé. Le référentiel de compétences des puéricultrices, dans sa forme actuelle reprend ces recommandations et y intègre implicitement l'éducation pour la santé. »⁴⁴ Avec notamment l'action d'information d'éducation pour la santé : AIMES. On retrouve dans le programme de formation de l'école de puéricultrices la compétence 5 : « concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de la protection de l'enfance »⁴⁵

En France, la promotion de la santé mentale des enfants et des parents, ainsi que l'éducation parentale sont des préoccupations majeures. Il a été mis en place, le comité national de soutien à la parentalité, qui coordonne plusieurs dispositifs d'accompagnement à la parentalité comme les réseaux d'écoute, d'Appui et d'Accompagnement des parents, des lieux d'accueil parents / enfants. Les actions de prévention et de promotion de la santé ciblant les parents pour le bien-être de leurs enfants sont importantes afin d'améliorer le bon développement social, émotionnel, physique et psychique de leurs enfants. En effet il a été montré que les pratiques parentales ont un lien avec la santé de l'enfant. Les « mauvaises pratiques parentales » augmentent le risque de troubles tels que les troubles psychiques, les troubles de comportement, les conduites à risques, l'absentéisme et l'échec scolaire chez l'enfant, et inversement, les attitudes positives des parents favorisent le bon développement psycho-affectif et social de l'enfant.

La maternité est un lieu de santé primaire car il y existe une réflexion sur les bases de la santé de l'enfant. C'est également un lieu opportun à la prévention. La puéricultrice en collaboration avec les autres soignants participe à l'éducation pour la santé en maternité, en transmettant des conseils et des recommandations pour aider les mères à prendre en charge leur enfant. Cette éducation pour la santé représente un temps non négligeable des équipes soignantes en maternité, elle s'adresse, aux mères et aux pères, pour la santé de leur nouveau-né, c'est une éducation par procuration où la relation mère-enfant est très importante. On

⁴⁴ Le rôle des puéricultrices dans l'éducation pour la santé. GUISES Elisa puéricultrice ; soins pédiatrie-puériculture n°277. Mars /avril 2014.p 39-40.

⁴⁵ Programme de formation- école de puéricultrices page 2

rencontre chez les mères une envie de savoir ce qui est bien pour leur enfant surtout pour les mères primipares, chez qui l'absence de modèle, engendre une difficulté supplémentaire .IL y a aussi de plus en plus de familles monoparentales, chez qui le retour à domicile est source de grand isolement.

Il est rare que les professionnels parlent d'éducation pour la santé, elle parle plutôt de l'action de donner des conseils, des informations.

Il est important de savoir que l'information est centrée sur des contenus scientifiques, alors que le conseil est centré sur ce que délivre le soignant. Ce conseil qui est bienveillant est efficace que si le patient a confiance au soignant et si le soignant ne vient pas trop bousculer les représentations, les croyances et les habitudes du patient. *« L'information est donnée de façon neutre, non personnalisée, en faisant référence au point de vue des experts ou à des données statistiques ; quand il (le soignant) formule un conseil, au contraire, le soignant donne son avis, s'engage et ouvre le dialogue avec le patient. »*⁴⁶

Il y a trois étapes dans la démarche éducative : planifier, intervenir et évaluer.

Cette mission est difficile et complexe, car il faut tout d'abord établir une relation de confiance avec le patient afin de lui apporter des connaissances, qu'il doit auparavant vérifier afin d'être sûr de leur fiabilité. La définition concrète de Lawrence W. Green, américain, spécialisé dans l'information sur la santé et de Marshall. W Kreuter, médecin, directeur de la division du contrôle des maladies chronique est : *« l'éducation à la santé est un ensemble planifié d'expériences d'apprentissage visant à prédisposer une personne et à la rendre apte à adopter volontairement des comportements favorables à la santé ainsi qu'à soutenir l'adoption de ces comportements. »*⁴⁷. Cette définition montre bien que les apprentissages nécessaires à l'adoption de bon comportement doivent être définis, planifiés, donnés puis évalués.

Cependant il existe certaines règles éthiques à respecter qui sont : la bienfaisance ,la puéricultrice doit fournir toute l'information nécessaire au patient sur par exemple les risques de tel ou tel actes; la non-malfaisance ,la puéricultrice ne doit pas cacher des informations ou donner des informations incomplètes de façon délibérer ; le respect de la personne ,la

⁴⁶ Promotion de la santé, éducation pour la santé en périnatalité, B SANDRIN, spirale n°37, page 45.

⁴⁷ HAGAN L, éduquer à la santé, l'essentiel de la théorie et des méthodes. Page 8.

puéricultrice ne doit pas infantiliser la mère avec un langage non adapté et ses informations ne doivent pas être un chantage au risque ni être perçue comme une injonction ni une intrusion ; la justice : la puéricultrice doit s'assurer de l'équité des informations données à toutes les mères ; l'utilité : la puéricultrice doit s'assurer qu'elle donne des informations utiles aux mères.

Il existe des obstacles à la fonction éducative en maternité :

-Le manque de temps est un des principaux obstacles. En effet le séjour de plus en plus court en maternité, demande au professionnel d'utiliser judicieusement toutes les occasions afin d'apporter des connaissances aux mères. L'éducation à la santé peut se faire à tout moment, la puéricultrice doit juste trouver une occasion favorable avec la maman afin de lui transmettre des informations, expliquer un soin ou l'informer. Les interventions éducatives peuvent être également planifiées comme lors de réunion d'informations de sortie établie dans certaine maternité.

-La sensation d'un manque de compétence ou de confiance de la part du professionnel. En effet il n'y a pas de « recette miracle » le but est d'apporter aux mères des connaissances et des pratiques pour prendre soins de leur nouveau-né. Mais il ne suffit pas de donner les informations comme ça, il faut une bonne maîtrise des contenus de cette information et il faut avoir les bonnes stratégies éducatives afin de bien « faire passer » les connaissances. Il faut aussi une motivation de la professionnelle afin de rendre ce moment plaisant.

Dans une démarche éducative, le professionnel doit trouver sa place. En effet chaque professionnel et patient possèdent sa propre représentation de la santé, à son propre vécu, sa culture. « *Ces représentations peuvent constituer un frein dans l'acceptation du patient tel qu'il est et dans la construction d'une relation lui permettant d'être écouté, compris et respecté dans sa liberté.* »⁴⁸ Il faut que le professionnel prenne du recul, afin de pouvoir entendre les mères dans leurs choix et décisions. Il ne peut pas dire ce qui est « bien ou mal ». Cette attitude peut rendre la relation avec la mère difficile, et peut bloquer l'expression de celle-ci. Le professionnel ne doit pas juger, afin de ne pas mettre mal à l'aise la mère. Il faut l'aider à réfléchir avec elle sur telle ou telle décision afin qu'elle soit favorable à la santé de

⁴⁸ INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé) guide pour le professionnel de santé, grossesse et accueil de l'enfant. Page 8.

son enfant, tout en lui apportant nos connaissances.

-L'environnement au travail, peut être un obstacle. Si pendant une démarche éducative, la puéricultrice est constamment interrompue, par exemple par du bruit, par d'autres professionnels pour des soins, par le téléphone, la communication avec la patiente peut être difficile.

- Le déni du besoin d'apprendre, un manque de volonté, par la mère, qui peut avoir une impression d'autorité du professionnel qui peut bloquer toute relation de confiance. Par exemple, avant la naissance les mères sont centrées sur leur accouchement, elles ne sont pas réceptives aux informations concernant l'enfant qui va naître.

-Le niveau de compréhension, la réceptivité à l'apprentissage doivent être pris en compte par la puéricultrice.

Il existe d'autres difficultés en maternité, on y retrouve une équipe pluridisciplinaire qui peut être la cause de discours discordants, enfin il faut savoir qu'après l'accouchement et ce pendant 24 heures les mères, à cause de la fatigue, de la douleur et de leur état émotionnel ne sont pas réceptives aux informations et conseils.

Il existe des déterminants de santé ,ce sont des facteurs socio-économiques à prendre en compte pour pouvoir donner une éducation adéquate .Les déterminants retenus par la Haute Autorité de Santé sont les facteurs : « *-sanitaires (offre de soins ,qualité et quantité de personnels ,avancée technologique...) -géographiques (climat ,ressources naturelles ,ville ou campagne ...) -démographiques (répartition ,natalité ...) – psychoculturels (cultures ,tabous ,représentations...) -socio-économiques (revenus des ménages ,système de protection sociale ,coût de la santé...)* »⁴⁹.

L'éducation pour la santé est souvent associée à la notion d'empowerment, terme anglais qui se traduit littéralement par l'action de donner du pouvoir, des capacités ; responsabilisation, autonomisations, mais aussi auto-contrôle. L'empowerment est défini comme étant un « *processus par lequel les personnes possèdent les connaissances, les*

⁴⁹Elisa GUISES « Le rôle des puéricultrices dans l'éducation pour la santé », soins pédiatrie-puériculture N°277 page41

attitudes, les habilités et la conscience de soi nécessaires pour influencer leurs propres comportements et ceux des tiers afin d'améliorer leur qualité de vie »⁵⁰. C'est mettre en valeur la liberté, l'autonomie de la personne plutôt que la compliance suite à des recommandations du professionnel afin de d'encourager sa capacité d'agir. C'est renforcer l'estime de soi en mettant en avant ses capacités. Cette démarche d'empowerment : « - reconnaît l'expertise des futurs parents (ce sont eux qui détiennent les éléments de solutions) ; - mise sur leurs forces plutôt que sur leurs faiblesses ; - mobilise et développe leurs ressources et leur donne du pouvoir de décision ; - met en valeur la collaboration plutôt que le contrôle ; - encourage leur autonomie plutôt que leur dépendance. »⁵¹

Le concept d'empowerment n'a pas de définition bien précise car elle diffère selon les contextes ; GAGNO Johanne ,professeur à la faculté des sciences infirmières ,relève un point commun à plusieurs définitions : « *la notion d'empowerment est associée à un processus de développement et d'acquisition d'un plus grand contrôle ou pouvoir sur sa vie et par conséquent ,sur sa santé.(...)L'empowerment résulte d'un processus d'aide qui permet à une personne de prendre sa situation en main ,c'est-à-dire d'agir de son propre gré afin d'atteindre un plus grand contrôle de sa vie ; d'effectuer des choix éclairés et délibérés et de croire qu'il peut influencer positivement son avenir.(...) Des interventions efficaces peuvent aider les patients et leur famille à utiliser leurs capacités personnelles en vue d'effectuer des changements qui optimaliseront leur façon de vivre. »⁵²*

En France la quasi-totalité des femmes accouchent en maternité. L'institution hospitalière a donc un rôle dans la transmissions de savoirs et la transmission des pratiques afin qu'ils accèdent à leur statut de parents. Dans ses analyses à propos de l'enseignement professionnel, GRIGNON C, sociologue ⁵³, parle de « *discours fort* » qui correspond aux injonctions rationnelles et médicales et d'un « *discours faible* » reposant sur une relation éthique, qui associe santé et bien-être, et qui voit la personne non seulement comme patient mais aussi comme une personne à part entière.

⁵⁰ HAGAN L, éduquer à la santé, l'essentiel de la théorie et des méthodes page 105.

⁵¹ INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé) guide pour le professionnel de santé, grossesse et accueil de l'enfant. Page 3.

⁵² FORMARIER M et JOVIC L, les concepts en sciences infirmières, édition MALLET conseil 162-164.

⁵³ CAMUS J, ORIA N, revue française de pédagogie, apprendre à être parent à la maternité.

Pendant la grossesse et le séjour, les professionnels, par le biais de l'éducation, encouragent les parents à adopter des comportements jugés adéquats au bon développement de leur enfant. Cela commence dès le début de grossesse quand le gynécologue ou la sage-femme conseille sur les bonnes conduites (ne pas boire, ne pas fumer, par exemple) de la future mère, conseils qui reposent sur des arguments médicaux. Il y a également les cours de préparation à la naissance pendant la grossesse, qui permettent dès le début de grossesse, aux futures mères d'être mises en situation d'apprentissage.

Tout en haut de la hiérarchie professionnelle intervenant dans la grossesse il y a le gynécologue obstétricien, qui se charge du suivi de grossesse. Selon plusieurs entretiens ⁵⁴, le gynécologue utilise des termes médicaux pointus, décourageant les femmes à poser des questions et engendrant un stress. De plus en plus, le suivi de grossesse est réalisé conjointement avec la sage-femme, qui se veut plus disponible et plus rassurante auprès des mères. Après l'accouchement, interviennent les puéricultrices et auxiliaires de puériculture, qui apportent pendant le séjour en maternité, des repères, des conseils. Elles accompagnent et encouragent les parents dans leur rôle éducatif, et les apprennent à être autonome pour les soins concernant leur enfant afin de se préparer au retour à domicile.

Le « discours fort », en maternité, est repris par tous les professionnelles et concerne tous ce qui est organisation, les normes d'hygiène, la séparation des lieux : la salle de soins, la salle d'allaitement... ; la décoration des lieux, les affiches de prévention apposées au mur qui rappelle les « bonnes conduites » que doit avoir la mère.

Le « discours faible » prend toute sa place dans l'interaction entre les professionnels et les parents, lors du bain par exemple, certes il y a des règles à respecter, mais il s'agit là d'accompagner la mère à réaliser elle-même les soins, afin qu'elle soit autonome. La répétition quotidienne des soins rend possible l'appropriation des techniques par les parents. Attention par contre à ne pas rentrer dans une forme scolaire, où le professionnel récite la marche à suivre, ni à rentrer dans une démonstration des pratiques auprès de la mère. L'institution joue également un rôle dans l'appropriation des savoirs des professionnelles, en effet à la vue des progrès et des recherches, l'institution se doit de former ses professionnels de santé.

⁵⁴ Revue française de pédagogie, recherches en éducation, N° 176 ,2011.

Il faut également prendre en compte la situation sociale des femmes car lorsqu'il y a une distance sociale, dans les deux sens, le discours des professionnels se heurtent à soit des connaissances savantes (pour les femmes les plus diplômées) ou à des savoirs faire pratiques (pour les femmes des catégories populaires) ce qui rend le discours moins efficace.

Le professionnel de santé doit préparer un programme éducatif, c'est : « un ensemble d'interventions éducatives organisées de façon cohérente et de ressources mises en œuvre en vue de faciliter les apprentissages nécessaires pour l'adoption de comportements favorables à la santé. »⁵⁵ Il est important de connaître les besoins d'apprentissage de la personne en face de soi : de savoir les connaissances déjà acquises, ses croyances, sa culture et ses valeurs.

Il existe trois grandes écoles sur la théorie de l'apprentissage. Le terme apprentissage est défini comme étant : « un acte de perception, d'interaction et d'intégration d'un objet par un sujet. Acquisition de connaissances et développement d'habiletés, d'attitudes et de valeurs qui s'ajoutent à la structure cognitive d'une personne »⁵⁶.

L'approche behavioriste montre que l'apprentissage est un processus de modification durable du comportement.

L'approche cognitiviste dans l'éducation de la santé sollicite la motivation de celui qui reçoit l'information afin de lui permettre l'acquisition de performances.

L'approche humaniste est, quant à elle, un : « processus d'enseignement -apprentissage centré sur la personne et visant le développement de l'autonomie. La qualité de la relation interpersonnelle entre l'éducateur et la personne en apprentissage est une condition essentielle à l'efficacité des interventions éducatives. »⁵⁷

L'apprentissage est constitué de 3 phases : la motivation, l'acquisition et la performance.

D'après Lawrence W. Green, spécialisé dans l'information sur la santé et de Marshall. W Kreuter, médecin : « on ne peut motiver une personne mais bien plutôt uniquement faire appel aux facteurs qui motivent cette personne » Il s'agit plutôt : « d'un processus dynamique où l'individu passe d'un état d'absence de motivation (amotivation) à un niveau de disposition et de motivation élevé. »⁵⁸ Les besoins perçus, les connaissances acquises, les croyances, les

⁵⁵ HAGAN L, éduquer à la santé, l'essentiel de la théorie et des méthodes. Page 24.

⁵⁶Ibid. Page 52.

⁵⁷HAGAN L, éduquer à la santé, l'essentiel de la théorie et des méthodes. Page 60.

⁵⁸ Ibid. Page 62.

attitudes, les émotions les valeurs, l'environnement physique, humain et social constituent la motivation qui pousse une personne à agir.

Pour faciliter l'apprentissage il faut que l'éducateur crée un environnement positif en utilisant un ton de bienvenue, de l'empathie. Il faut communiquer clairement et simplement avec elle, utiliser des moyens variés pour passer un message et s'assurer que le message soit bien compris. En maternité on peut utiliser différentes méthodes éducatives comme l'exposé qui permet de faire ressortir les idées principales avec un contenu d'informations à donner. On peut aussi faire un groupe de discussion, qui permet l'échange entre les mères afin de partager leurs expériences. L'effet de groupe stimule le partage d'idées et d'émotions. On peut utiliser l'enseignement individuel qui répond à des besoins individuels et on utilise la démonstration afin de montrer comment réaliser un soin comme le bain par exemple. Le retour de démonstration est important afin de s'assurer que la pratique du soin est acquise.

Il existe aussi différents outils pour faire passer le message. En maternité on utilise surtout le support papier tel que le carnet de santé, des affiches, des brochures, des flyers.

Il me semble important d'évaluer les interventions éducatives. Elle permet de définir ce que la personne sait et s'il y a des points sur lesquels il faut revenir, et de lui proposer un accompagnement par rapport à un sujet spécifique.

Il existe un devoir d'information claire fiable et facilement accessible de la part des professionnels de santé. Il ne suffit pas de donner une information pour que la mère se l'approprie il faut que ses connaissances modifient son attitude et son comportement.

Il y a plusieurs principes dans la transmission de connaissances : le premier c'est que chaque mère a des représentations pré existantes et que parfois les informations viennent se heurter à ces représentations, et il peut avoir une résistance à son intégration.

Un second principe est de prendre en compte la mère dans sa globalité .C 'est à dire au niveau physique, psychologique, culturel, familiale et socio-économique. Afin que les informations données soient possibles à être intégrées.

Un troisième principe est de responsabiliser et non de culpabiliser. Il faut que la mère soit le principal acteur dans son éducation. Il faut la responsabiliser et la rendre la plus autonome possible.

L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé propose six axes autour de la démarche d'éducation pour la santé.⁵⁹

Elle conseille aux professionnels de santé d'adopter une attitude d'écoute et favoriser l'expression en encourageant l'expression des attentes, des craintes, des projets, des souhaits, les questionnements, les préoccupations les ressentis, les émotions.

Puis évaluer la situation et aborder, en prenant l'initiative de parler de certains sujets et d'identifier les situations à risque. Par exemple une jeune maman qui est isolée, sans entourage, lui proposer alors des aides supplémentaires.

Il faut informer et expliquer, en explorant les connaissances des mères sur tel ou tel sujet et en apportant des explications à partir de ses connaissances.

Il faut également être attentif aux attitudes de la mère afin de détecter une incompréhension afin de reprendre avec elle les points non compris l'accompagner dans sa réflexion afin que les solutions à l'éventuel problème viennent de la mère elle-même.

Le professionnel de santé doit s'engager, se positionner en tant que tel, en apportant des conseils et en répondant aux questions. Savoir entendre sans juger et respecter les choix de la patiente, lui signifier sa disponibilité

. Puis enfin faire le lien avec les autres professionnels de santé comme par exemple la protection maternelle et infantile après la sortie de maternité.

b. Synthèse

L'éducation à la santé est une stratégie afin de préserver et d'améliorer la santé des populations. Elle a pour but d'apporter des connaissances et des habilités, à la population, afin de leur permettre de faire un choix éclairé sur leur santé afin d'adopter des actions en toute liberté, qui leur seront favorable, en matière de santé. Tous les professionnels de santé selon leurs compétences, peuvent éduquer à la santé.

Pendant le séjour en maternité, l'éducation pour la santé donnée par les soignants permettent aux parents d'acquérir des compétences en leur transmettant des compétences techniques, des connaissances relatives à leur santé et à celle de leur enfant.

⁵⁹ Guide pour le professionnel de santé. Grossesse et accueil de l'enfant. www.inpes.sante.fr

En maternité, les recommandations données à une certaine époque peuvent être complètement désavouées quelques années plus tard. Les conseils et informations donnés sont formulés par rapport à l'état actuel des connaissances scientifiques, il n'est donc pas surprenant qu'ils varient au fil des ans et parfois même se contredisent. Comme le dit Brigitte SANDRIN : « *le problème vient du fait que l'on transforme trop souvent les données scientifiques en recommandations péremptoires ou en prescription de comportements.* »⁶⁰

L'objectif de l'éducation n'est pas que les mères suivent aveuglement les conseils donnés par les professionnels de santé, mais qu'elle soit en mesure de faire ses propres choix, en toute connaissance de cause en étant accompagnée dans ce choix par les soignants.

« *Viser l'acquisition de compétences maternelles pour la femme, pour que celle-ci puisse utiliser ses propres ressources pour maintenir la santé de son enfant et d'elle-même, devrait être le fil rouge de notre accompagnement.* »⁶¹

⁶⁰ Promotion de la santé, éducation pour la santé en périnatalité, B SANDRIN, spirale n°37, page 44.

⁶¹ Education des mères à la santé dans le post partum à la maternité de Genève, C. RAZUREL, C. HELIOT, J. PERIER et al, VARIATION, recherche en soins infirmiers N°75, décembre 2003 page45.

QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES

Pour rappel ma question de départ est :

- En quoi la prise en compte de freins ou d'éléments facilitateurs par la puéricultrice en maternité, l'aiderait dans sa démarche d'éducation des mères primipares ?

Suite à la réalisation de mon cadre de référence, ma question de départ s'est précisée pour aboutir à une question de recherche qui est :

- En quoi la prise en compte de la singularité d'une mère primipare par la puéricultrice en maternité optimise la démarche d'éducation pour la santé ?

Pour tenter de répondre à cette question, j'é mets donc deux hypothèses qui vont me permettre d'élaborer mon outil d'enquête :

- En prenant compte les connaissances et les acquis de la mère primipare grâce à un outil comme une grille d'évaluation des connaissances par exemple, la puéricultrice pourrait singulariser sa démarche d'éducation et donc l'optimiser.
- La connaissance et la prise en compte du concept de coping, qui est une stratégie d'ajustement afin de faire face au stress, mis en place par la mère primipare en maternité, permettrait d'y répondre et donc d'optimiser la démarche d'éducation pour la santé.

J'ai, ci-dessous, définit deux termes que l'on retrouve dans ma problématique et une de mes hypothèses.

Optimiser se définit comme : « *donner à quelque chose (...), le rendement optimal en créant les conditions les plus favorable s ou en en tirant le meilleur parti possible.* »⁶²

La singularité se définit comme un : « *caractère de ce qui est unique en son genre.* »⁶³

⁶² www.larousse.fr

⁶³ Ibid.

ENQUETE

Afin de pouvoir infirmer ou confirmer mes hypothèses, j'ai réalisé mon enquête de terrain par le biais d'une méthode qualitative plutôt que quantitative en réalisant 5 entretiens semis directifs auprès de puéricultrices travaillant dans des services de maternité. Cet outil me semble le plus approprié par rapport à mon sujet sur la démarche d'éducation. Il laisse une libre expression du professionnel autour de mon thème tout en me permettant de reformuler ou de rebondir par rapport aux réponses des puéricultrices.

Par contre il fallait que les questions posées lors de mes entretiens soient les plus neutres possible afin de ne pas influencer dans un sens ou un autre les réponses des puéricultrices interrogées. De plus, les réponses apportées vont peut-être pouvoir ouvrir mon sujet vers d'autres pistes de réflexion. C'est pour cela que j'ai commencé mes entretiens par une question d'ordre général et ensuite j'ai rebondi sur les réponses en formulant d'autres questions. Et si besoin, je peux recentrer la conversation sur le sujet principal. Je pense que j'aurais pu approfondir certains points mais j'avais peur d'influencer les puéricultrices.

J'ai rencontré quelques difficultés lors de mon premier entretien car il a été souvent interrompu et cela m'a fait perdre plusieurs fois le fil de la conversation. Cependant, je me suis sentie dans l'ensemble, assez à l'aise.

Les professionnelles sont de tout âge, ont plus ou moins d'années d'expérience et des parcours professionnels différents.

J'ai mené mes entretiens dans trois établissements de santé. Trois entretiens dans deux structures privées différentes et deux dans un établissement public. Ce choix de plusieurs structures permet de voir des pratiques et fonctionnements différents. Cet aspect enrichit davantage le recueil de données.

J'ai élaboré une grille d'entretien en prévoyant des relances et en établissant les objectifs visés que vous trouverez en annexe.

Pour la réalisation de mes entretiens, j'ai tout d'abord pris contact avec les cadres de mes différents lieux d'enquête, qui ont répondu de suite favorable à la réalisation de mes enquêtes. J'ai ensuite contacté et pris rendez-vous directement avec les puéricultrices. Je me suis ensuite

présentée sur les différents lieux d'entretien et je les ai enregistrés, avec l'autorisation de chaque puéricultrice, afin de faciliter leurs analyses. Les entretiens ont duré entre 20 et 30 minutes. Un de mes entretiens n'a pas pu être enregistré car la puéricultrice m'a proposé de fixer un rendez-vous et elle m'a demandé mon sujet dans le couloir. Et à l'énoncé de celui-ci, elle a commencé à parler de mon sujet, cela a duré une dizaine de minutes. J'ai donc pris des notes et retranscrits dès mon retour au domicile.

Enfin, au cours des entretiens, il m'a semblé difficile de discuter sans dévoiler mes idées et mon point de vue concernant le sujet. En effet, en commençant par une question large qui est : pouvez-vous me raconter comment se fait la démarche d'éducation chez les mères primipares en maternité ? Certaines puéricultrices commençaient par me décrire en détail tous ce qu'elles disaient en ce qui concerne les conseils et les informations donnés aux mamans alors que je ne voulais pas savoir le contenu mais surtout comment l'éducation à la santé était réalisée pendant le séjour en maternité. Je ne m'intéresse pas au fond, mais à la forme dont l'éducation est donnée. J'ai dû, également, souvent préciser que mon sujet concernait uniquement les mères primipares. Car les puéricultrices avaient tendance à parler de la mère en général. Ou en me disant : « *si c'était une 2^{ème} part, j'aurais...* ».

Voici l'analyse de mes entretiens.

J'ai effectué une analyse par thème. J'ai comparé les points communs et les différences parmi les réponses données par les puéricultrices. De ces réponses, j'ai fait ressortir 3 thèmes.

Je vais tout d'abord, présenter les réponses et les analyser en les rattachant à mon cadre de référence. Puis finir par une conclusion, pour confirmer ou infirmer mes hypothèses.

J'ai noté PDE pour dire puéricultrice et j'ai à chacune donné un chiffre de 1 à 5.

Ma première question porte sur le parcours professionnel de chacune. Cette question me permettait juste d'instaurer un climat de confiance, car je ne voulais pas commencer directement dans le vif du sujet.

1. L'éducation à la santé en maternité.

a. Le temps. Quand a lieu cette éducation, lors du séjour en maternité ?

A ma question : « Pouvez-vous me raconter comment se déroule l'éducation à la santé dans votre maternité ? ». Les 5 puéricultrices m'ont répondu que, dès l'arrivée de la mère et de son bébé, après 2 heures en salle de naissance, elles vont de suite dans la chambre pour expliquer

le déroulement du séjour et répondent aux questions des mères. Elles sont suivies des auxiliaires de puériculture et / ou aides-soignantes qui vont elles aussi pour donner des informations principalement sur le couchage et l'alimentation que ce soit un allaitement maternel ou une alimentation artificielle. Certaines informations sont données par les puéricultrices et d'autres comme les soins d'hygiène et le couchage par les auxiliaires de puéricultures et/ ou aide-soignante. La répartition de ceux qui doit être dit par l'une ou l'autre est défini dans des « protocoles » de service. Les puéricultrices m'ont décrit soit de façon détaillée, parfois de façon très précise ce qu'elles disent. Par exemple pour le bain, elles expliquent quand cela va avoir lieu, idem pour le soin de cordon. Pour l'alimentation, elles expliquent les rythmes. Je ne reprends pas dans mon analyse ces précisions, car je ne m'intéresse pas au fond mais plutôt à la forme dont est faite l'éducation. PDE2 et PDE3 donnent un livret très complet ,propre à leur établissement, dans lequel sont expliqués les différents soins ,tel que : le bain ,le soin de cordon ,les soins du visage ,la préparation des biberons ,des conseils sur l'allaitement ,des conseils sur le retour à la maisonCes 2 même puéricultrices donnent différents documents et flyers sur l'allaitement maternel ,sur le test auditif réalisé pendant le séjour , expliquent et font signer aux parents l'autorisation pour le test des maladies métaboliques qui sera fait au 3^{ème} jour. PDE3 m'explique qu'elle appelle cela : un entretien d'accueil. Afin de connaître le contexte social, le contexte médical de la grossesse et de l'accouchement. Mais en aucun cas, elle me parle d'évaluer les connaissances de la mère.

Pendant le séjour, les 5 puéricultrices m'expliquent qu'avec l'aide des auxiliaires de puériculture et / ou aides-soignantes, elles encadrent et évaluent la maman sur les différents soins, en laissant faire le plus la maman. Elles répondent aux nombreuses questions des mères. PDE4 et 5 disent corriger et expliquer les risques si elles aperçoivent une anomalie, comme par exemple, un bébé couché sur le côté. Elles précisent toutes les 5, qu'il est nécessaire de dire et redire tout au long du séjour.

Quand approche la sortie, des conseils de sortie sont donnés. Pour PDE 4 les conseils de sortie se font à J2 pour les mères ayant accouché par voie basse et à J3 pour celles ayant accouché par césarienne. Pour les 4 autres puéricultrices les conseils sont donnés à J3, pour une sortie soit J3 pour un nouveau-né alimenté au biberon et à J4 pour les mères allaitantes. Pour la PDE 1 ,2 ,4 et 5 les conseils de sortie sont donnés en chambre de façon individuelle par la puéricultrice. PDE 1 et 5 précisent qu'une réunion collective sur les conseils de sortie est aussi réalisée par les auxiliaires de puériculture. PDE 3 réalise une réunion d'information de sortie de façon collective dans une salle dédiée à cela. PDE 2 précise que les réunions

collectives ne sont pas obligatoires donc certaines mamans primipares ne viennent pas et elle juge important qu'elles aient ces conseils de sortie. Elle trouve qu'en réunion certaines mamans, surtout des mamans jeunes et primipares, n'osent pas poser leurs questions et restent donc en retrait. Elle précise qu'en chambre, les mamans sont dans leur cocon et elles se sentent plus à l'aise. PDE 4 s'aide d'une trame afin de réaliser ses conseils de sortie mais comme les 4 autres, elle se base surtout par rapport aux questionnements des mères. PDE 3 et 4 avouent faire le tri dans les informations données, car elles jugent qu'elles sont assez nombreuses. Elles n'abordent pas, par exemple, la sécurité dans les voitures en parlant des normes des sièges autos. PDE 1 et 5 réalisent une évaluation des acquis sur l'alimentation (allaitement maternel et biberons) mais uniquement sur ça, grâce à une feuille qu'elles ont dans le service. Mais PDE 4 jugent nécessaire de faire le point sur ce que les mamans savent ou ne savent pas afin de réajuster.

On voit bien que l'éducation à la santé se réalise tout au long du séjour en maternité. L'éducation à la santé est une activité majeure de la puéricultrice en maternité. Ce qui fait référence à la définition de la puéricultrice donné dans mon cadre de référence. Et plus spécifiquement à son rôle propre en maternité qui est d'éduquer, d'informer et d'accompagner les mamans.

Par rapport aux conseils de sortie .PDE 2 parle de non obligation ,ce qui peut poser problème car s'il s'agit d'une maman primipare ,elle n'aura pas toutes les informations nécessaires .Dans mon cadre de référence ,j'explique que le manque de volonté de la mère d'apprendre peut être un réel obstacle à l'éducation à la santé .Si on se réfère à mon cadre ,les réunions collectives peuvent permettre l'échange entre les mères afin de partager les expériences entre une mère multipare et une mère primipare .L'effet de groupe stimule le partage d'idées .Mais il peut parfois intimider certaines mères qui vont de ce fait se mettre en retrait.

b. Les acteurs. Par qui est donné cette éducation ?

Pour les 5 puéricultrices je remarque que l'éducation à la santé est scindée en plusieurs thèmes comme par exemple : le couchage, le bain, l'alimentation... Elle est réalisée soit par les puéricultrices, soit par les auxiliaires de puériculture et / ou aides-soignantes selon le thème .PDE4 me dit qu'elle ne parle pas du tout du couchage ,ni du bain .Elle me signale que cela est fait par les auxiliaires de puériculture et / ou aides-soignantes .Au cours du séjour ,les

5 puéricultrices citent aussi les sages femme et le pédiatre ,comme intervenants autour de la mère dans son éducation. Il y a également l'intervention d'une psychomotricienne, d'une infirmière psychologue et d'une psychologue dans la maternité de PDE 2 et 3.

Autant de personnes qui gravitent autour du nouveau-né et de sa mère en maternité. Ceux qui rend parfois difficile pour la mère, l'identification de chacun.

J'observe donc qu'il y a une répartition des conseils et des informations donnés soit par la puéricultrice, soit par les auxiliaires de puériculture et/ou aides-soignantes selon les thématiques. Cela montre l'importance de la cohésion de l'équipe pluridisciplinaire afin de ne pas avoir des discours discordants.

Comme vu dans mon cadre de référence, cette équipe multidisciplinaire apporte en effet, à la mère et son bébé, une prise en soin globale. Toutefois cela ne doit pas entraîner des discours discordants qui apporteraient chez la mère une incohérence des messages donnés.

c. Les freins. Quels éléments sont des freins à cette éducation ?

Pendant l'entretien, les puéricultrices ont donné des éléments identifiés par elles même comme freins, rendant compliqué une éducation à la santé optimale auprès des mamans. Toutes les 5 admettent que le séjour de plus en plus court des mamans en maternité rend difficile cette éducation. Elles précisent toutes les 5 également qu'elles manquent de temps. Je cite PDE3 : « *le temps de séjour est un frein pour nous, par rapport à notre prise en charge des mamans.* » PDE 1 2 et 3 précisent que l'éducation dépend de leur charge de travail. Je cite : « *quand le service est calme, c'est plus facile pour nous (...) quand il est chargé, c'est parfois compliqué* ». PDE 2 ,3 4 et 5 me disent que la mère voit beaucoup de personnel soignant pendant le séjour : sages-femmes, puéricultrices, pédiatre, aides-soignantes et auxiliaires de puériculture. Ce qui résulte parfois à un discours incohérent. PDE 3 met même en avant l'intérêt de faire des postes de travail plus étendu afin que la mère ne voit pas autant de personnes différentes.

PDE1 et 3 précisent que les mères n'ont pas toujours conscience que les conseils peuvent changer au fur et à mesure des jours et même parfois entre le matin et le soir. Donc elles peuvent percevoir un discours incohérent, mais pas du tout, le discours s'adapte à l'évolution. De plus les mamans primipares n'ayant pas d'expérience personnelle antérieure, sont influencées par les dires de leurs parents et grands-parents et ne prennent pas en compte l'évolution des soins amenés au bébé au fil des années, comme le dit PDE 1,2,3 et 4. Il existe

aussi l'influence des produits du commerce, comme le précise PDE 2 avec la vente de stérilisateurs alors que l'on ne stérilise plus les biberons.

PDE 1 ,3 et 4 mettent en avant que l'éducation donnée aux mamans dépende également du soignant. PDE 3 parle d'investissement professionnel. Je cite : *« je pense que d'un professionnel à un autre, c'est plus ou moins fourni. On étoffe nos entretiens, quand on est investi dans son travail, voilà il faut le reconnaître, que l'on est toutes différentes et que certaines n'étoffent pas (...) vous vous rendez compte que toutes les infos n'ont pas été données, ou pas approfondies. »*

L'absence de soutien de la famille et du père est évoquée. PDE 1 ,2 et 5 évoquent l'isolement de certaines mères. PDE 2 : *« c'est plus difficile quand il n'y a pas de papa, ou quand la maman n'a pas beaucoup de famille autour d'elle (...) c'est important qu'elle soit soutenue pendant cette période ».*

PDE 4 me dit qu'aucune transmission précise est faite. Je cite : *« c'est très très compliqué de vérifier derrière et de savoir ce qui a été dit, pas dit. »*. Il est juste noté : *« infos faites »*. Donc soit si elle le peut, selon la charge de travail, elle reprend les points qui lui semblent les plus importants, mais parfois si elle n'a pas le temps et si les mères ne posent pas de questions, il est impossible de savoir quels informations et conseils qu'elle a reçus.

Comme vu dans le cadre de référence, le séjour en maternité est de plus en plus court. Et tend à diminuer encore avec la mise en place des retours précoces à domicile au bout de 48h d'hospitalisation. Cela est identifié par les puéricultrices comme un frein. Le séjour raccourci a pour conséquence une diminution de la durée de séjour qui entraîne un manque de temps, accouplé parfois à une charge de travail importante, afin de réaliser une éducation à la santé optimale. Le manque de temps étant identifié dans mon cadre de référence comme un obstacle à la fonction éducative. C'est à la puéricultrice de trouver toutes les occasions favorables à cette éducation.

La multidisciplinarité peut en effet entraîner des discours incohérents, sources de stress pour la mère. Même si l'équipe pluridisciplinaire vise un objectif commun qui est la prise en soin optimale du couple mère -enfant. Elle peut toutefois, du fait des compétences spécifiques de chacun, donner des propos contradictoires, qui vont déstabiliser la mère, d'autant plus chez la mère primipare, qui pour elle, les dires des soignants sont leurs seuls repères.

Un autre obstacle à la fonction éducative cité dans mon cadre est repris par une puéricultrice. La sensation de manque de compétence ou de confiance en soi de la part de la

professionnelle. En effet, il faut une bonne maîtrise du contenu de cette éducation afin de donner les « bonnes » informations. Et il faut aussi une motivation de la part du professionnel afin de rendre ce moment plus plaisant. PDE 3 précise que parfois, c'est difficile quand une nouvelle infirmière arrive, pour un remplacement, car il lui manque des connaissances afin d'étoffer cette éducation.

On a également vu l'importance du soutien social. Il y a plusieurs types de soutiens. Le soutien émotionnel : la mère a besoin d'être rassurée et réconfortée. Le soutien informatif : la mère a besoin de conseils, d'informations et de connaissances. Le soutien d'estime de soi : elle a besoin d'être rassurée sur ses compétences afin de favoriser l'estime d'elle-même et le soutien instrumental : c'est une aide financière et matérielle. Les puéricultrices ont bien identifié que le fait de l'absence de père et / ou de la famille peut être difficile pour la maman. En effet sans soutien social, la mère peut avoir des difficultés à surmonter ce chamboulement dans sa vie car le processus d'interaction sociale favorise les stratégies d'adaptation de la mère face à cette nouvelle vie. Le soutien social augmente également l'estime de soi, très important pour les mères après la naissance de leur enfant. Le père est un support afin que la mère se sente en sécurité, en la rassurant et en la réconfortant. Si on reprend le soutien informatif, la mère a besoin de conseils, de suggestions, d'informations afin d'avoir les connaissances nécessaires pour diminuer son stress et ainsi son angoisse face à ce nouvel événement dans sa vie.

Il existe également des déterminants de santé à prendre en compte afin de réaliser une éducation adéquate, il a les facteurs psychoculturels. En effet PDE 2 parle d'adaptation de son discours selon les cultures. PDE 1 reprend les facteurs socio-économiques qui incluent le revenu des ménages à prendre en compte pour adapter son éducation, par rapport au matériel.

d. L'optimisation. Comment l'optimiser ?

A la fin de mes entretiens, j'ai évoqué mon constat par rapport aux nombreux appels téléphoniques via le réseau PAULINE. Et je leur ai demandé, selon elles, que peut-on faire pour optimiser cette démarche d'éducation en maternité ?

Elles ont de suite répondu qu'il était important de donner, avant la sortie, les coordonnées des réseaux de soins, vers qui se tourner, dès leur sortie. Elles citent toutes les 5 la protection maternelle infantile, ainsi que les sages-femmes libérales. PDE 1 et 2 parlent du PRADO, vu dans le cadre de référence. PDE 3, 4 et 5 précisent aux mères l'importance du carnet de

santé ,car on y trouve de nombreuses informations pratiques .PDE 3 et 4 parlent des réseaux de périnatalités comme le réseau PAULINE et OMBREL en précisant pour PDE 4 ,l'existence de consultation d'allaitement et des permanences téléphoniques .PDE 4 parle du médecin traitant comme relais, ou le pédiatre ,pour PDE 3 et 4. PDE 1 avait soulevé le fait que les puéricultrices de la protection maternelle infantile étaient débordées .Je cite : « *les puéricultrices de PMI sont débordées* ».Et donc ,elles proposaient comme solution la mise en place de puéricultrices libérales afin de désengorger la protection maternelle infantile. J'ai repris cette idée lors de mon entretien avec PDE 4, qui m'a expliqué, qu'elle s'était renseignée et que ce n'était pas possible du fait de la non existence de cotation sécurité sociale pour les soins que pourraient faire les puéricultrices libérales, car ils existaient déjà les puéricultrices de la protection maternelle et infantile. PDE 2,3,4 et 5 me disent qu'elles donnent aux mamans la possibilité de rappeler le service à la sortie pour toute question.

PDE 1, 3 4 et 5 me disent qu'il est important de dire et redire. Cela permet aux mères d'intégrer les informations pour PDE 1.PDE 1 et 4 appuient sur des points importants.

PDE 3 et 4 rappellent l'importance du papa. PDE 4 : « *Avec le papa (...) on a 4 oreilles attentives, c'est encore plus intéressant. Parce qu'ils ont entendu la même chose, ils ne vont peut-être pas l'analyser de la même façon mais ça peut être intéressant pour la suite.* ».

Toutes les 5 parlent de « *faire faire* » les soins à la maman, pour la responsabiliser et pour la rendre autonome. PDE 3 : « *on va vous montrer les soins, (...) ensuite elles feront seules (...) on va les encadrer* ». PDE 4 : « *je pense qu'en voyant, elle enregistre mieux.* » Elles précisent toutes les 5, qu'il est important de montrer au moins une fois le soin, et il est plus facile pour les mères de reproduire ce qu'elles ont vu. Puis surtout ensuite, d'évaluer et de réajuster si nécessaire.

PDE 1 pense qu'avoir une trace écrite, un mémo sur les soins, permet aux mères de s'y référer si besoin à la sortie. PDE 2 et 3 expriment l'importance de leur livret comme support pour les mères pour y trouver pleins d'informations sur les soins pour leur bébé.

Outre les cours de préparation à la naissance faits par les sages-femmes, ils existent des réunions d'informations bébé au sein de certaines maternités comme celle de PDE 2 et 3. PDE 3 dit remarquer, dès l'arrivée, d'une maman qui a participé à cette réunion car elle dit que de suite en présentant son livret, les mères font tout de suite les liens avec ce qui a été dit en anténatal et donc il y a des informations qu'elles ont déjà intégré.

PDE 1 revient sur la façon de réaliser l'éducation : « ce n'est pas un cours magistral ».

PDE 2 trouve intéressant que ce soit la même puéricultrice pendant plusieurs jours, car il

s'instaure une relation de confiance. Et la maman se sent plus à l'aise et il est plus facile pour le professionnel de l'encourager et de la valoriser.

Comme vu dans le concept d'éducation, il a été mis en place un comité national de soutien à la parentalité, qui coordonne plusieurs actions afin d'accompagner les parents dans leur nouvelle vie. Cela montre bien l'importance des réseaux de soins afin de veiller au bon développement psycho-affectif et social de l'enfant. Les puéricultrices en ont bien conscience en donnant aux mères toutes les informations nécessaires pour savoir vers qui elles peuvent s'adresser à la sortie de maternité. On retrouve bien le rôle du soutien social, plus particulièrement du père, qui soutient et sécurise la mère et son enfant.

L'éducation à la santé doit permettre l'autonomisation des parents pour prendre soin de leur enfant. Le rôle du soignant n'est pas de se substituer à la mère mais de lui apporter les connaissances et des savoir-faire tout en la respectant, sans par exemple l'infantiliser, en utilisant un langage non adapté. Il faut également prendre en compte la mère afin d'adapter son discours afin qu'il soit compréhensible. De même, il ne suffit pas de lister des informations comme un cours magistral, mais rendre cette éducation attrayante.

Les puéricultrices ont également parlé de l'importance de la démonstration des soins. Et surtout le retour de démonstration qui est important afin de s'assurer que le soin est acquis.

Dans le cadre de référence, il a été vu que les mères qui participent aux cours de préparation à la naissance, donnés par la sage-femme, retiennent, le plus souvent, tout ce qui concerne le déroulement de l'accouchement mais pas ce qui concerne la prise en soins du bébé. Il est intéressant de voir que selon PDE 2 et 3, la réalisation de réunion d'information, donné par une puéricultrice, concernant le bébé, en prénatal vers le 8 -ème mois de grossesse, permettait aux mères d'intégrer des connaissances avant d'arriver en maternité.

2. La mère, en général, en maternité.

Instinctivement, les puéricultrices me parlent de leurs ressentis face aux mères en général en maternité. Toutes les 5 disent que les mères n'intègrent pas les informations ou conseils donnés. PDE 1,3,4 et 5 disent qu'elles n'écoutent pas. PDE 2 parle de manque d'intérêt à ce moment-là. PDE 3 parle de bouleversement affectif et psychologique. PDE3 et 4 : « *elles n'absorbent pas tout* », PDE 4 : « *ça rentre pas* ». Toutes les 5 disent remarquer la fatigue des mères, dû pour elles au chamboulement hormonal. PDE 3 et 4 parlent de : « *cerveau en veille*

». Elles ont conscience toutes les 5 que les mères ne retiennent pas toutes les informations. PDE1 : « elles en garderont que 1/5 » PDE 4 : « *elles n'absorbent pas tout, ce n'est pas possible* »

Les puéricultrices ont identifié plusieurs signes par rapport à l'état émotionnel de la mère après la naissance, développés dans mon cadre. En effet, durant la période du post partum il y a plusieurs facteurs qui entrent : les facteurs biologiques, avec le chamboulement hormonal, les facteurs psycho-affectifs et socio-environnementaux. Winnicott. D parle même d'état psychiatrique très particulier. Elles identifient : la fatigue, accentuée chez la mère primipare et la chute hormonale.

3. Spécificité de la mère primipare.

J'ai dû régulièrement recentrer mes entretiens sur la mère primipare. En posant la question suivante : Et pour les mères primipares, y a-t-il des choses à prendre en compte plus spécifiquement ?

Les 5 puéricultrices donnent les conseils en totalité : « *il faut tout dire* » « *oui je leur donne toutes les infos (...) en effet ça fait sortir toute la palette d'informations* » , « *je donne les conseils complets contrairement à une multipare ou je lui demande ce qu'elle se rappelle du 1^{er} enfant* » « *je donne le maximum d'infos possible* ». Par rapport aux mères multipares la primipare a besoin ,je cite : PDE 3 et 5: « *d'être plus soutenue ,plus encadrée* », PDE1 : « *elle n'a pas d'expérience ,elle a besoin d'être plus encadrée et plus rassurée* ». PDE 2 et 3 disent que les mères ont besoin de réentendre juste pour se réassurer. Toutes les 5 précisent qu'il est important avant la sortie d'évaluer leurs connaissances, en leur posant des questions le jour de la sortie.

4. Conclusion

J'ai remarqué que les puéricultrices ne parlent pas d'éducation à la santé mais plutôt de l'action de donner des conseils, des informations. Comme il a été vu dans le cadre de référence, les informations sont centrées sur des contenus scientifiques alors que les conseils viennent souvent de ce que pense le soignant. Ce conseil n'est efficace que si la mère a confiance envers le soignant. Il est donc important lorsque l'on donne des informations aux mères de préciser qu'elles sont basées sur des faits scientifiques et pas qu'elles croient que

c'est juste un conseil propre au soignant.

Mon enquête ne me permet pas d'affirmer mon hypothèse 1 qui est : En prenant compte les connaissances et les acquis de la mère primipare grâce à un outil comme une grille d'évaluation des connaissances par exemple. La puéricultrice pourrait singulariser sa démarche d'éducation et donc l'optimiser. Cette suggestion n'a pas été citée directement par les puéricultrices, je l'ai amenée, à la fin de mes entretiens, afin d'avoir un point de vue autre que le mien.

En effet, je leur ai demandé, si elles évaluaient les connaissances et les acquis des mères primipares qui arrivent dans le service, avant de commencer à donner les conseils et informations diverses. Elles m'ont toutes répondu que non. J'ai donc rebondi, en leur demandant si en prenant en compte la singularité de chaque mère, en évaluant leurs acquis et connaissances, cela nous permettrait, nous puéricultrices d'optimiser notre démarche d'éducation. Quand je n'avais pas de réponse je précisais en disant : « *en la questionnant par exemple pour savoir ce qu'elle sait déjà !* ». PDE2 me répond : « *non pas spécialement, je redonne les conseils complets, de plus je trouve qu'il faut du temps pour les questionner avant, et ça on n'a pas forcément (...) je pense qu'elles ont simplement besoin de réentendre pour se rassurer, ou elles sont un peu perdues parce qu'elles sont seules chez elles (...) les supports elles les ont* ».

Par contre, PDE 3 me répond que oui il serait intéressant de partir des connaissances de la mère afin de singulariser et donc d'optimiser notre démarche d'éducation.

Elle pense en effet, que de donner toutes les infos, dès l'arrivée en chambre n'est peut-être pas judicieux mais que d'un point de vue d'organisation ça se passe ainsi. Elle pense qu'il serait judicieux de cibler notre éducation, par rapport aux demandes des mères, afin de ne pas les submerger en donnant l'ensemble des informations et donc de passer à côté de celles qu'elles voulaient réellement avoir. Je lui ai donc parlé de mon idée de grille d'évaluation des acquis des mères. Elle trouve cela juste, mais se pose la question de quand la donner ? Car il faut trouver « le bon moment », un moment où les mères sont réceptives. Avant l'accouchement, cela me semble compliqué, par rapport au stress, à la douleur et à l'angoisse de celui-ci. Peut-être, le proposer aux mères à l'arrivée dans le service. Quand les mères arrivent dans le service, on va souvent faire un entretien d'accueil et on pourrait à ce moment-là, les questionner sur leurs acquis et si elles ont des attentes particulières, en s'appuyant sur un support papier sous forme de grille comportant différents items. Cette grille permettrait

également, de noter, au fur et à mesure les acquis des mamans, car il a été montré, grâce aux entretiens, que les informations et conseils donnés n'étaient pas identifiés précisément, mais que l'on notait sur les dossiers uniquement « infos faites ».

Il est en effet important de sortir de cette réalisation rigide de l'éducation à la santé. La définition de l'empowerment précise bien, qu'il faut prendre en compte les acquis et les connaissances des mères afin d'optimiser l'éducation à la santé.

Mon enquête ne confirme pas non plus ma deuxième hypothèse qui est : La connaissance et la prise en compte du concept de coping, qui est une stratégie d'ajustement afin de faire face au stress, mis en place par la mère primipare en maternité, permettrait d'y répondre et donc d'optimiser la démarche d'éducation pour la santé. Cette notion n'a pas du tout été abordée lors de mes entretiens. Pourtant il est important en tant que professionnels de repérer les stratégies de coping utilisées par les mères afin de les prendre en compte et ainsi les soutenir, pour qu'elles trouvent les solutions face à cet événement stressant, la naissance.

Pour conclure, je voulais revenir sur des dires relatifs à la place de la puéricultrice en maternité. Je cite : PDE 4 : « *Je pense qu'on a tout à fait notre place en maternité en tant que puéricultrices. On est de plus en plus virés* » PDE1 : « *Et un problème aussi, c'est la place de la sage-femme en maternité* ». En effet, dans certaines maternités, il n'y a plus de puéricultrices. Sa place en maternité est justifiée, car elle est attentive et experte vis-à-vis du nouveau-né, du fait de ses connaissances acquises durant son année de spécialisation.

CONCLUSION

Le choix de ce sujet me tenait particulièrement à cœur car cela fait 10 ans que je travaille en maternité. Le rôle de la puéricultrice est souvent discuté au détriment du rôle de la sage-femme. Les différentes lectures pour la réalisation de ce travail de fin d'étude, les entretiens avec des puéricultrices exerçant dans d'autres maternités et les connaissances acquises grâce à cette année de spécialisation, ont renforcé ma conviction de la place de la puéricultrice en maternité.

Ce travail a enrichi mes connaissances et a développé mon sens critique ainsi que mon sens d'analyse. Mais il m'a surtout permis de me remettre en question par rapport à mes pratiques professionnelles d'avant cette formation. En effet, grâce aux rencontres avec d'autres professionnelles, cela a mis en évidence le caractère routinier de notre travail, avec parfois l'adoption de mauvaises habitudes.

Le séjour en maternité, qui se raccourcit de plus en plus, indépendant de notre volonté, nous amène à effectuer l'éducation à la santé de façon marginale et systématique. Comme me l'on dit certaines puéricultrices lors de mes entretiens, il n'y a pas de « recette miracle ». Il faut avant tout adopter une attitude d'écoute, se rendre disponible, soutenir, valoriser et encourager les « nouvelles mamans » afin qu'elles puissent réaliser des choix éclairés pour la prise en soin de leurs bébés.

Peut-être serait-il intéressant, de généraliser dans toutes les maternités, la mise en place d'une réunion d'informations bébé, réalisée par une puéricultrice. En anténatal, pas trop tôt, idéalement au plus près du terme. De préférence lorsque les cours de préparation à la naissance, donné par la sage-femme, sont terminés. Afin de permettre aux futures mères de s'approprier déjà quelques notions.

Il serait également possible de mettre en place une grille d'évaluation, comprenant plusieurs items. Afin de permettre à la puéricultrice de singulariser son éducation à la santé afin de l'optimiser. Sur cette grille, il serait important d'inclure une partie sur l'évaluation des acquis, des mères, avant leur sortie.

J'aurai voulu interroger les mères primipares afin d'identifier leurs besoins en post partum. Cela m'aurait permis d'identifier les attentes de ces mères lors de leur séjour en maternité

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs (décret, loi, circulaire)

-CIRCULAIRE N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. Consulté le 10/09/2017. Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf.

- DAJ : direction des affaires juridiques. Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. Consulté le 10/09/17. Disponible sur <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-83-24-du-1er-aout-1983-relative-a-lhospitalisation-des-enfants/>.

-Legifrance.gouv.fr. Consulté le 15/07/2017. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006691334&idSectionTA=LEGISCTA000006171493&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20030905>.

-Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. Consulté en Juillet 2017. disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir_39846.pdf.

Sites internet

-AUDIPOG : association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie. Consultations des tableaux statistiques. Durée de séjour mère. Consulté le 20/07/2017. Disponible sur : <https://www.audipog.net/tablostat.php>.

-BNA : Bien naître en Artois. Consulté le 19/07/2017. Disponible sur <https://www.bien-naître-en-artois.com>.

-CESPHARM. Education et prévention pour la santé. Consulté le 15/06/2017. Disponible sur <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Quels-concepts>.

-Conseil de l'ordre national des infirmiers du 7 /12/2010 : L'exercice infirmier en puériculture, une expertise globale de santé publique en vue de l'intérêt supérieur de l'enfant. Consulté le 16/08/2017. Disponible sur <https://www.ordre-infirmiers.fr/> .

-Haute Autorité de Sante : HAS, synthèse de la recommandation de bonne pratique, sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014.Consulté le 5/05/2017. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf.

- Initiative hôpital amis des bébés. Consulté le 16/08/2017.Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/>.

-INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé, guide pour le professionnel de santé, grossesse et accueil de l'enfant. Comment accompagner les choix des couples autour de la grossesse et favoriser leur accès à la parentalité ? 1ère édition : Saint Denis .1^{er} trimestre 2010. Disponible sur www.inpes.sante.fr.

-LAROUSSE. Dictionnaire de français. Consulté le 29/07/2017.Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>.

-Lèche League France. Consulté le 20/07/2017.Disponible sur <http://www.lllfrance.org>.

-Le guide SANTE. Org, l'annuaire de référence. Durée moyenne de séjour. Consulté le 20/06/2017.Disponible sur : <https://www.le-guide-sante.org/Glossaire/D/Duree-moyenne-de-sejour-DMS.html>

- Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et résultats, N° 776, octobre 2011. Consulté le 10/09/2010. Disponible sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er776-2.pdf>.

-OCDE : L'organisation de coopération et de développement économiques. OCDE données (2017), Durée de séjour à l'hôpital (indicateur). Doi : 10.1787/21a7ca2b-fr. Consulté le 20/06/2017.Disponible sur <https://data.oecd.org/fr/healthcare/duree-de-sejour-a-l-hopital.htm>

-Organisation mamans bébés de la région lilloise : OMBREL. Consulté le 19/07/2017.Disponible sur <https://www.ombrel.fr>

-Plan « périnatalité » 2005-2006 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Consulté le 21/07/2017. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf.

-Réseau PAULINE : réseau Périnatal de l'Audomarois et du Littoral autour de la Naissance et de l'Enfant. Consulté le 15/07/ 2017. Disponible sur <http://www.reseau-pauline.com/>.

-Réseau périnatalité Hainaut : RPH. Consulté le 21/07/2017. Disponible sur <https://www.perinatalite.org>.

Articles

-BAILLEAU Bernadette, PIRC Hélène, interventions du psychologue en prévention périnatale, le journal des psychologues, septembre 2008, n°262, p 32 à 36. Consulté le 20/09/2017. disponible sur <http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-9-page-32.htm>. DOI 10.3917/jdp.262.0032.

-BENTATA H, dépression du post partum et santé psychique de l'enfant, cahiers de la puéricultrice, Avril 2016, n° 296.p 12-15.

-BRUCHON -SCHEITZER Marilou, professeur de psychologie, Concepts, stress, coping, recherche en soins infirmiers N°67, décembre 2001, p68-83.

-CAMUS J, ORIA N, apprendre à être parent à la maternité : transmission et concurrence des savoirs, revue française de pédagogie, Juillet -Septembre 2011, n°176, p73-82. Consulté le 20/07/2017. Disponible sur <http://rfp.revues.org/3171>. DOI :10.4000/rfp.3171.

-CAPPONI Irène, HORBACZ Christine, femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent elles ? Dialogue, Janvier 2007, n°175 p 115-127. Consulté le 15/07/2017. Disponible sur <http://www.cain.info/revue-dialogue-2007-1-page-115.htm>. DOI 10.3917/dia.175.0115

- COLSON Sébastien, le champ de compétences de la puéricultrice en maternité, cahiers de la puéricultrice, Mai 2011, n° 247, p 32-33.

- DELAWARDE C, BRIFFAULT X, USUBELLI L, SAIAS T, (2014), aider les parents à être parents ? modèles et pratiques des programmes « evidence-based » d'aide à la parentalité, annales Médico- Psychologiques ,2014, n° 172, p 273-279.

-DEMONTGOLFIER I. Recommandations en pédiatrie : bien gérer les sorties précoces de maternité. Consulté le 21/07/2017.Disponible sur www.lesjta.com/html2fpdf/article_pdf.php?ar_id=1232

-DIXNEUF S, psychologue, les états émotionnels des jeunes mamans. Consulté 15 mai 2017. Disponible sur <https://psychologue-nantes-44.fr/files/p/Les-etats-emotionnels-des-jeunes-mamans.pdf>.

-DUBOS J.P, CODACCIONI X. l'éducation pour la santé en maternité, archive pédiatrique ,7 supplément 2,2000, p 299-301.

- E. VAUTRIN, A. FONTAINE, P. LANBA, V. GUERIN, P ; ENGELMANN. Durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, février 2000, vol. 29, n°1, pp. 94-101. Consulté le 20/06/2017. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/113922>

-FRANCILLON F, conseils à la primipare, l'infirmière magazine, Février 2000, n° 146, p 2-6.

-GUISES Elisa, le rôle des puéricultrices dans l'éducation pour la santé, savoirs et pratiques, soins pédiatrie-puériculture, Mars -Avril 2014, n° 277, p 39-42.

-GRAU Pascale, puéricultrice de maternité : y es-tu, qui es-tu ? cahiers de la puéricultrice, Janvier 2007, n° 203, p 27-28.

-KUESSAN DELAVALD, Solange, Le rôle propre de la puéricultrice en maternité, observer et accompagner, Cahier de la puéricultrice, Mai 2009, n°227, p13-p14.

-LOMBARDO .C, (Novembre 2013), après la naissance, tout n'est pas toujours rose ! promotion de la santé. Soins infirmiers, Novembre 2013, p 65-67.

-MARIAGE André, stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. Le travail humain. Presses universitaires de France. Volume 64. Janvier 2001. P 45-59. Consulté septembre 2017.Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2001-1-page-45.htm>.DOI 10.3917/th.641.0045.

-PERROT, M, de l'information à l'éducation pour la santé de l'enfant, archive pédiatrique, 2000,7 suppl. 2.162-6. P 162-166.

-RAZUREL Chantal, HELIOT Céliane, PERIER Jacques et al, éducation des mères à la santé dans le post partum à la maternité de Genève, VARIATION. Recherche en soins infirmiers, Décembre 2003, n°75, p 38 -45.

- RAZUREL C, journal Suisse de la sage-femme, facteurs psychosociaux ayant un impact sur la santé psychique des mères. Mai 2012. Disponible sur https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/raetd/documents/razurel_c._facteurs_psychosociaux_et_sante_psychique_des_meres.pdf

-RAZUREL Chantal, DESMET Huguette, SELLENET Catherine, stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? recherche en soins infirmiers, Mars 2011, n° 106, p 47-58. Consulté Juillet 2017. Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-3-page-47.htm>.DOI 10.3917/rsi.106.0047.

-SANDRIN Brigitte, Promotion de la santé, éducation pour la santé en périnatalité, Spirale, Janvier 2006, n°37, p 43-50.

-VAUTRIN E, FONTAINE. A, LANBA. P, GUERIN. V, ENGELMANN.P, (2000), travail original, durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Volume 29. N°1. Février 2000.p94-101.

-YOMBA LI Christelle, CORDINA Sylvie, la prise en soins de l'anxiété de la mère et du nouveau-né, cahiers d'a puéricultrice, Février 2014, n° 274. P31-34.

Livres

-CANON-YANNOTTI Michèle. Devenir parents en maternité. Collection de périnatalité. Masson Paris 2002.178p.

-HAGAN Louise, avec la collaboration de BUJOLD Louise. Eduquer à la santé, l'essentiel de la théorie et des méthodes .2 -ème édition. Manuel de formation. Presse de l'université de Laval. Sciences infirmières. 2 -ème trimestre 2014.212p

-FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana. Les concepts en sciences infirmières. ARSI, édition Mallet conseil .2ème trimestre 2009.291 p.

-WINNICOTT Donald Woods, la mère suffisamment bonne. Petite bibliothèque PAYOT.
Dépôt légal aout 2006.123 p. ISBN : 978-2-228-90116-1

-GASSIER Jacqueline, DE SAINT SAUVEUR Colette. Le guide de la puéricultrice : prendre
soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence. Edition MASSON. Paris 2002.1056 p.

Document

-programme de formation -école de puéricultrices ; IF santé 4 pages

ANNEXES

- 1) Les douze recommandations de l'IHAB.
- 2) grille d'entretien
- 3) retranscription d'un entretien.



IHAB
INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS - FRANCE

LES 12 RECOMMANDATIONS

Juin 2016

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les critères relatifs aux nouveau-nés prématurés et/ou malades sont applicables aux services de maternité et de néonatalogie. L'icône  ne concerne que la néonatalogie.

GRILLE D'ENTRETIEN

- **Présentation personnelle et présentation de mon thème.**

Objectifs :

-me présenter afin d'instaurer un climat de confiance.

-remercier l'intervenant de sa participation, et lui demander son autorisation pour l'enregistrement, tout en préservant l'anonymat.

- **Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?**

Objectifs :

-connaître son expérience en tant que puéricultrice en maternité et instaurer un climat de confiance.

- **Pouvez-vous me raconter comment se fait la démarche d'éducation chez les mères primipares en maternité ?**

Relance : sur l'éducation en général. Uniquement chez la mère primipare. Il y a énormément de conseils et d'informations à donner, comment procédez-vous ?

Objectif :

-évaluer les différentes façons de réaliser l'éducation pour la santé auprès de la mère primipare, en maternité, par les puéricultrices.

Selon les réponses données, j'ai rebondi en reformulant pour approfondir les choses.

Questions de relance pour se recentrer sur les hypothèses :

-Comment donner vous les informations ? de façon individuelle ? en en groupe sous forme de réunion ?

-à quel moment ? à l'arrivée dans le service ? la veille de la sortie ? le jour de la sortie ?

-Y a-t-il une traçabilité de vos conseils de sortie ?

-Ya t'il quelque chose de différents, du fait que ce soit une mère primipare ?

-comment faites-vous pour donner les informations et conseils ? vous lui demander si elle connaît des choses ? ou vous donnez toutes les informations dans leur globalité ?

-que peut-on faire afin d'optimiser notre démarche d'éducation auprès des mères primipares ?

- **Avez-vous quelque chose à rajouter par rapport à mon sujet ?**

Objectif :

-ouverture du sujet.

Retranscription d'un entretien 17 minutes 58 secondes.

1 = Moi : Je suis Emmanuelle Malesieux, je suis étudiante puéricultrice à l'institut catholique de Lille, et je fais mon mémoire sur l'éducation des mères primipares en maternité, donc voilà ça ne vous dérange pas que je vous enregistre, il n'y a pas de soucis ?

2 = La puéricultrice : Non (*avec hochement de tête*)

1 = moi : Tout d'abord pouvez-vous me donner votre parcours professionnel ?

2 = La puéricultrice: Alors moi j'ai été diplômée infirmière en 2001, j'ai travaillé avec les adultes préalablement, *eah* ... pendant 2 ans et demi, ensuite j'ai fait ma formation de puéricultrice en 2008, j'étais donc diplômée fin 2008, et *eah* ... ensuite *eah*Avant de partir en formation puéricultrice, j'étais infirmière en gynéco obstétrique donc je côtoyais les mamans qui arrivaient, voilà et ensuite quand j'étais donc diplômée puéricultrice, je faisais fonction puéricultrice ici avant de partir à l'école.

1 : Oui.

2 : Et quand je suis revenue de ma formation puéricultrice, j'ai fait 9 mois en pédiatrie et néonatalogie en haut, et ensuite je suis revenue en maternité, donc en fait j'ai travaillé essentiellement en maternité.

1 : *Hochement de tête.*

2 : Donc ça fait 17 ans que je travaille. Déjà ! (*Rires*)

1 : *Rires*

1 : Donc en fait moi, je sais qu'en maternité, il y a beaucoup de conseils et d'informations que l'on donne à la maman,

2 : Ouais ouais ouais (*avec hochement de tête*)

1 : Donc par rapport à mon sujet, plus spécifiquement aux mamans primipares, pouvez-vous me raconter comment ça se passe vous, l'éducation ?

2 : C'est l'éducation sur tout ?

1 : Oui sur l'éducation en général

2 : Ah oui, pas uniquement sur l'allaitement maternel !

1 : Non, non.

2 : Alors nous, on accueille les mamans en maternité après leur accouchement et qu'elles aient passé deux heures en salle de naissance, quand elles arrivent en chambre on leur parle de notre livret, on a un livret !

1 : D'accord.

2 : On appelle ça, on fait un entretien d'accueil en fait sur lequel on pose des questions à la maman pour savoir déjà, en fait on fait un interrogatoire de la maman pour connaître son contexte social, son contexte médical de grossesse, s'il y a eu des soucis particuliers. Après on amène des informations sur le séjour, comment ça va se passer le séjour,

1 : Oui.

2 : Par exemple *euh* ..., là bébé vient de naître, à partir de demain il y a l'interne de pédiatrie qui va passer, il sera revu une fois avant la sortie par le pédiatre *euh* ... pendant le séjour on va lui faire un test de guthrie, lui faire le test auditif donc on a des supports en fait, des documents à chaque fois à leur remettre et puis on leur parle que la toilette de leur bébé aura lieu soit le lendemain, soit le surlendemain selon l'heure de naissance. Qu'on va vous montrer les soins de bébé de long en large en travers, ensuite elles feront et on va rester avec elles la première fois pour les encadrer et que le surlendemain on les laissera faire seules si elles s'en sentent capables sinon on continuera à les encadrer.

1 : D'accord.

2 : Voilà, par rapport à l'allaitement maternel c'est pareil, l'allaitement artificiel pareil, on leur explique que tous les conseils qu'on leur donne, en fait je ne sais pas si je dois détailler ?

1 : *hochement de la tête pour dire non.*

2 : Donc en fait le premier jour, quand elles ont accouché, elles reviennent en chambre, elles voient la puéricultrice qui lui donne tous les conseils par rapport au séjour, à l'organisation du séjour. Et l'auxiliaire va la voir, elle, pour parler plus du couchage et des soins d'hygiène.

1 : Oui.

2 : Après on est plus pointu sur l'alimentation, si c'est un biberon on dit bien que c'est toutes les 3 heures la journée de 8h à minuit et après, on répond à leurs questions, on observe l'attitude de la maman, si elle est stressée ou carrément détendue, *euh* ... voilà. Et après

chaque jour on vient redonner des conseils sur l'alimentation, par rapport à la jaunisse et après arrive le 3ème jour, on fait les conseils de sortie, là vous avez vu j'ai pas mal de mamans cet après-midi, à partir du moment où on a plus de 3 mamans en réunion de sortie le lendemain, on fait une réunion pour éviter de répéter trop souvent la même chose.

1 : Oui.

2 : Et *euh* ... On donne tous les conseils concernant le retour à domicile. En gros on leur dit : « tout ce que vous faites ici, vous le faites à la maison, vous rajoutez le médecin » et on détaille tout par rapport à nos conseils grâce à un support, si vous voulez vous pouvez avoir un support, on peut vous remettre le document. Il y a aussi le carnet de santé qui est bien fait. Et le pédiatre, lors de l'examen de sortie, donne aussi des informations sur le suivi.

1 : Oui, merci, je veux bien.

2 : On parle et puis après s'il y a un souci quelconque, l'auxiliaire vient nous voir et on revoit avec la maman, on redonne les explications *euh* ... voilà, on essaie de faire au mieux, quand le service est plus calme, c'est plus facile pour nous

1 : Oui c'est sûr.

2 : Quand il est très chargé, c'est parfois compliqué et frustrant de ne pas pouvoir passer plus de temps avec elles. Après il y a des primipares qui sont beaucoup plus hardies que d'autres qui ont besoin d'être beaucoup plus encadrées et soutenues. Et pour en revenir aux sorties, on donne aussi les coordonnées de la PMI, des sages-femmes libérales, des associations sur l'allaitement, comme le réseau PAULINE et elles peuvent rappeler le service aussi.

1 : Oui, oui.

2 : On a la chance d'avoir la psychomotricienne qui passe 3 fois dans la semaine ici et on a la chance deux fois par semaine d'être épaulé par 2 infirmières du centre médico-psychologique, et d'avoir une psychologue dans le service. Les sages-femmes aussi donnent des conseils, surtout pour la mère, sur la contraception.

1 : Ah d'accord.

2 : Donc, voilà !

1 : Je reviens sur l'interrogatoire que vous faites quand la maman est accueillie, est-ce que vous essayez de savoir un peu ce qu'elle sait déjà ou pas du tout ?

2 : En fait si vous préférez, au préalable avant l'accouchement, il y a des réunions des femmes enceintes et donc souvent moi quand j'explique le livret certaines dames me font oui oui oui elles hochent la tête et donc je leur dis : « vous connaissez ? » elles me disent oui : « je suis venue en réunion d'infos. »

1 : D'accord.

2 : Du coup, là on voit tout de suite une maman qui a déjà eu l'info au préalable, elle sait de quoi je parle et donc j'ai l'impression que ce sont des rappels pour elle. Une maman qui ne sait pas, on voit bien qu'elle fronce les sourcils et que du coup je leur dis : « vous n'avez pas compris ? ou vous avez compris ? » euh Et donc quand elles sont accompagnées de monsieur c'est bien aussi, du coup ça permet de voir les deux, mais non je ne cherche pas à savoir si elle sait par exemple ce que c'est la guthrie, est-ce que ... Surtout pour une primipare.

1 : Vous leur donnez l'info directement ?

2 : Oui je leur donne toutes les infos. Si c'était une seconde pare je pense que je lui demanderais : « vous rappelez vous de ... ? » et pareillement au niveau des alimentations, « vous rappelez vous qu'il faut donner les biberons toutes les 3 heures ou vous rappelez vous qu'il faut mettre énormément bébé au sein ? » et quand c'est un premier non, je conseille oui en effet ça fait sortir la palette d'informations, le biberon on doit donner comme ça, de préférence ..., pour essayer de cadrer un peu. Il y a des mamans qui ont besoin d'être rassurées, elles connaissent la partie théorique mais au final la partie pratique, elles sont un peu plus perdues, donc effectivement, je ne cherche pas à savoir.

1 : D'accord. Moi mon sujet, c'est de savoir si on prend la singularité de la maman, en essayant par exemple de savoir ses acquis et ses connaissances est-ce que ça permettrait d'optimiser la démarche d'éducation.

2 : Bin je pense que oui. Car je vois déjà la différence avec une maman qui est venue en réunion avant la naissance, qui a eu mon petit livret, et surtout qui pendant 1h 30 où j'ai donné toutes les informations de tout ce que l'on fait à la naissance à elle et son bébé. Alors bébé naît, on le pose sur votre ventre, puis on le prend on lui fait ses premiers soins, on l'aspire Je détaille tout, de long, en large en travers donc après je lui dis vous restez obligatoirement 2 heures en salle de naissance, ensuite vous arrivez en chambre, les visites c'est telle heure machin.

1 : Hochement de tête.

2 : Alors là, vous allez pouvoir mettre votre bébé au sein ou donner le biberon, on va vous expliquer le soin du cordon, voyez j'explique tout en détail et j'explique même comment on fait le soin de cordon, j'explique comment on fait par rapport au biberon

1 : Ah oui !

2 : Oui, oui, tout tout tout. Du coup les mamans qui ont eu cette information là je le vois tout de suite, car quand je commence à leur parler de mon livret, que la toilette de leur bébé aura lieu le 1er jour de vie sachant que s'il est né à 15h, ça ne sera pas le lendemain mais le surlendemain.

1 : Oui.

2 : S'il est né par exemple à 10h du matin, il sera lavé le lendemain. En leur précisant que l'on va les accompagner. Et là j'ai la maman qui est en train de me hocher la tête et du coup moi-même je me dis tout de suite : « Bin vous connaissez ? vous faites partie du milieu ? » et elles me disent « Non non je suis venue en réunion d'infos. - Ah d'accord ! »

1 : Et donc cette réunion d'info est proposée ...

1 : En anténatal autour de 7 mois de grossesse voir 8 mois euh ... Je vais dire que généralement on accueille des mamans plutôt intéressées et intéressantes et par contre les milieux sociaux que l'on aimerait toucher on ne les voit quasiment pas. Donc souvent des mamans qui ont pleins de questions, elles veulent savoir quoi acheter comme biberon, que prévoir pour leur bébé, comme matériel etc....

1 : D'accord.

2 : On met en place aussi du toucher massage dans le service, on essaie d'attirer les primipares car souvent elles suent des gouttes grosses comme leur poing quand elles doivent prendre leur bébé. Là, ça avait été arrêté dû à un problème d'organisation et là ça va être remis en route et du coup voilà, on voit l'évolution aussi.

1 : Et vous, pensez-vous que lorsque les mamans reviennent de la salle de naissance, arrivent en chambre, serait-il possible d'évaluer, sous forme de grille, ce qu'elles savent ou pas, afin de nous aider, nous puéricultrices, dans notre démarche d'éducation. Ou trouvez-vous intéressant de tout redire.

2 : Je pense que si *eah* La maman n'est pas venue en réunion d'infos, forcément elle a besoin de savoir tout. Maintenant la question de savoir si est-ce qu'au final c'est adapté de faire notre entretien d'accueil sitôt revenue de la salle de naissance parce que sachant que l'accouchement c'est un bouleversement quand même hormonal, affectif, psychologique etc...Du coup les mamans ont leur parle du test de guthrie on leur demande leur autorisation pour faire le test, elles sont tout à fait d'accord, elles ont signé. Et quand on vient 3 jours après qu'on leur dit : « Je viens faire le test au talon de votre enfant, vous vous rappelez ? -Bin *eah* Non ! » On voit bien que l'info a filé ! « Mais si madame c'est moi qui ai fait votre entretien d'accueil, c'est moi qui vous ai parlé du test. »

1 : *Hochement de tête.*

2 : Elles répondent qu'elles ne se rappellent plus. « Bin oui vous l'avez signé pourtant le test. » Voyez à quel point ...

1 : Oui, oui.

2 : Donc effectivement est-ce que ça a un intérêt de parler de toutes les infos du livret le jour de la naissance, je ne suis pas sûre, mais au point de vue organisationnel voilà ! Mais oui en effet, il y a peut-être des choses à cibler, par rapport à certaines mamans qui savent déjà ça ça ça, ou ça leur apporte peu, pour éviter de les submerger d'informations qu'elles savent déjà. De toute façon on donne une certaine quantité d'informations le jour de la naissance, et ces informations vont être redites pendant le séjour et par contre il y a d'autres informations qui ne sont pas redites pendant le séjour comme le bébé secoué, comme le syndrome de mort subite du nourrisson. Mais tout ça on va en reparler, comme là aujourd'hui à la réunion de sortie.

1 : Oui d'accord.

2 : Après je pense que d'un professionnel à un autre, c'est plus ou moins fourni. *Euh*... effectivement je peux dire : « Il ne faut jamais secouer votre bébé » point ! ça s'arrête là. On peut aussi expliquer que : « oui madame vous avez le droit d'être agacée par les pleurs de votre enfant » etc. ...et donc il y a info et info. Voilà ! Après faire une check-list pour savoir sur quel point elle voudrait qu'on étoffe davantage, oui pourquoi pas, mais à quel moment ? Au moment où elle arrive pour accoucher, après la naissance avant de revenir dans le service, en anténatal pour anticiper. Si elles ont des questions c'est l'occasion de venir en réunion anténatale afin de répondre aux questions, au lieu d'attendre le jour J. Je ne sais pas ! C'est la question qu'on pourrait se poser.

1 : Oui, tout à fait. Moi ma question est de savoir, si on devait mettre quelque chose en place, qu'est ce qu'on pourrait faire pour optimiser l'éducation de la mère primipare en maternité. Je fais partie du réseau PAULINE, et lors des appels téléphoniques, elles posent des questions sur l'allaitement certes, mais elles reposent aussi beaucoup de questions sur des sujets qui ont été abordés en maternité. Alors elles posent des questions afin d'être rassurées et un besoin de réentendre les choses pour être rassurées ou est-ce que

2 : C'est vrai que les mamans posent souvent les mêmes questions effectivement, alors qu'on leur a dit. Et alors parfois elles vont poser les mêmes questions à une autre personne. Et du coup on va recouper au STAFF en disant «bin oui, elle me l'a demandé pourtant, je lui ai dit. » Donc oui, on se pose la question. Mais du coup est-ce que c'est parce que l'info a filé, elle a posé la question mais elle n'a pas écouté la réponse, ce qu'on a dit. Je ne sais pas ! C'est vrai que l'on s'interroge souvent là-dessus, effectivement. Même moi personnellement, je parle de quelque chose, le lendemain on te repose la même question, alors que tu sais très bien que la veille tu lui avais déjà répondu et que tu as déjà donné l'info.

1 : Oui, oui.

2 : Donc oui effectivement, je ne sais pas si c'est un besoin d'être rassurée, je sais pas si c'est un manque d'attention par rapport au bouleversement dû à l'arrivée de cet enfant, je sais pas ...Et je pense qu'il est intéressant d'apporter des outils pour approfondir certains points. Et après la question, c'est de savoir quand on ferait remplir cet outil là ! Afin d'étoffer notre entretien d'accueil sur cette maman

1 : Hochement de tête.

2 : Et à ce moment, elle serait peut-être plus réceptive, ce n'est pas évident. Et nous en maternité, on se rend bien compte que l'on répète énormément la même chose, et pour peu que va changer votre discours, car vous savez très bien, par exemple que par rapport à l'allaitement maternel, ça change donc notre discours change. Et du coup elles nous sortent : « Bin oui mais hier, l'autre dame n'avait pas dit ça ! -Bin non ! hier c'était hier. »

1 : Oui voilà !

2 : « Et l'autre dame a dit ça, mais elle n'a pas vu vos seins ! elle n'a pas vu que ! », oui car il y a aussi cette partie où on donne les infos sans savoir ce qu'il en est, donc du coup ça peut ne pas être adapté. Et, plus on est de personnels autour de la maman et plus on a de discours

différents et du coup peut-être aussi l'intérêt d'avoir des postes de plus large amplitude, et non plus

1 : Oui matin, après midi, nuit.

2 : Oui car il y a la puéricultrice, l'auxiliaire, la sage-femme. Parfois la psychomot, donc oui parfois ça peut être compliqué. Parfois je pense qu'il faudra la puéricultrice et l'auxiliaire, et l'auxiliaire, les infos qu'elle donne que ce soit en concordance avec celle de la puéricultrice. Et pas que la puéricultrice passe pour dire le contraire de ce qui a été dit, ou la sage-femme de passer derrière nous. De plus, les mères ont souvent du mal à nous identifier. C'est très vaste, oui en effet, il y a pleins de choses à faire en maternité, mais à réfléchir quand serait le bon moment, quand elles sont disponibles, à l'écoute.

1 : Oui de trouver le moment opportun.

2 : Oui et puis de voir d'un point de vue organisationnel, car il y a tellement de choses déjà : le guthrie, le test auditif, la psychomot, le pédiatre, la jaunisse, les bilans de sang. Heureusement, tous les enfants ne demandent pas autant de soin. Au final, le séjour est court.

1 : Oui tout est condensé, en quelques jours.

2 : Oui voilà, c'est ça !

1 : Mais ça le temps, on ne pourra pas le modifier.

2 : Non c'est sûr ! Mais le temps de séjour est un frein pour nous, par rapport à notre prise en charge des mamans.

1 : Oui, oui avec *hochement de tête*.

2 : Parce qu'au final, à peine accouché, il faut être au taquet tout de suite, parce qu'en fait dans 3 jours vous êtes partie !

1 : Oui c'est sûr que le temps est un réel frein, mais justement, vu que l'on est pris par le temps, on a tendance à tout « déballer » ce qu'on a à dire.

2 : Oui, voilà c'est ça.

1 : Et moi travaillant en maternité à Calais, lors des appels téléphoniques, si ce sont des mamans qui ont accouché sur Calais, je suis frustrée de voir qu'elles posent ces questions, et c'est une remise en question de soi, car je me dis : « Bin mince, j'ai mal fait mon boulot, l'info n'est pas passée ! »

2 : Oui voilà, et ça n'arrive qu'à celles qui sont investies dans leur travail. On étoffe nos entretiens, quand on est investi dans notre travail, voilà après il faut aussi reconnaître, que l'on est toutes différentes et que certaines n'étoffent pas, donc des fois vous pouvez vous rendre compte que peut-être toutes les infos n'ont pas été données, ou pas approfondies. Après on fait avec ce qu'on a. Quand une infirmière vient faire un remplacement, elle ne peut pas tout connaître, et donc oui il a des lacunes de ce côté-là, des lacunes sur les infos apportées aux mamans. Car on apprend de par notre spécificité et de par notre expérience. Donc pas évident ! Moi je sais que quand je fais ma réunion d'informations auprès des femmes enceintes, je leur dis : « dites-moi, vous avez compris, je vous donne trop d'infos et que je vous fais peur et du coup ne pas venir accoucher ». Bin voilà, car quand je vois ce que je débite sur 1h 30, je n'en ai pas de trop.

1 : Non c'est sûr, mais là vous vous rendez compte du nombre d'infos à ingérer.

2 : Oui et je leur dis que le séjour en maternité c'est très vivant, très compliqué, et que c'est fini les grasses mat', que c'est le défilé du personnel soignant, puis le défilé des visites l'après-midi. Donc il ne faut pas hésiter à nous interpeller pour quoi que ce soit ! Nous on ne peut pas savoir ce que vous êtes capables de faire seules ou non.

1 : Avez-vous encore des choses à rajouter ?

2 : Non je pense que j'ai tout dit.

1 : Merci

2 : Merci également.