



HAL
open science

La culture de la parentalité

Pauline Blary

► **To cite this version:**

| Pauline Blary. La culture de la parentalité. Pédiatrie. 2020. dumas-03182010

HAL Id: dumas-03182010

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182010>

Submitted on 11 Oct 2021

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.

Projet professionnel
« LA CULTURE DE LA PARENTALITE »



Ecole de puéricultrices

IFSanté Lomme

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. Cadre de référence	5
1.1. Lectures exploratoires	5
1.1.1. Maternité et mémoire corporelle	5
1.1.2. La naissance.....	6
1.1.3. Culture traditionnelle et diversité culturelle.....	7
1.1.4. Les rites.....	10
• 1.1.4.1. Grossesse et rites.....	12
• 1.1.4.2. Naissance et rites.....	13
1.1.5. La culture hospitalière.....	16
1.1.6. Compétence culturelle et ethnonursing.....	18
1.1.7. La prise en soins de la puéricultrice.....	20
• 1.1.7.1 : Législation.....	20
• 1.1.7.2 : Historique.....	21
• 1.1.7.3 : La prise en soin de la puéricultrice dans un contexte de diversité culturelle.....	22
1.1.8. Accompagnement à la parentalité.....	24
1.1.8. Les représentations.....	31
2. Problématique	33
2.1. Introduction.....	33
2.2. Hypothèse.....	34
3. Proposition d'un outil d'enquêtes.....	35
3.1 Choix de la population.....	35
3.2 Présentation de l'outil exploratoire.....	35
4. Analyse	35
4.1. Déroulement des rencontres avec les professionnels.....	35
4.2. Résultats de l'exploration de terrain.....	36
4.3. Confrontation des données.....	43
4.4. Corrélation avec la problématique et l'hypothèse.....	45
5. Réflexions professionnelles.....	45
CONCLUSION.....	47
Bibliographie	
Sommaire annexes	

INTRODUCTION

Mon choix de devenir infirmière s'est fait avant tout parce que, j'avais envie de m'intéresser à autrui et d'apporter mon aide. Lors de ma formation initiale, les différents lieux de stage de mon parcours m'ont donné l'opportunité de me confronter à différentes situations, notamment la prise en soins de personnes ne parlant pas la même langue.

C'est ainsi que le sujet de mon travail d'initiation à la recherche demandé en troisième année de formation infirmière, s'est porté sur « la mise en place de la relation soignant-soigné dans un contexte de barrière de la langue ».

Ce travail m'a permis de donner du sens à la différence, d'acquérir de nouvelles connaissances, d'identifier mes représentations face aux différences de cultures et de langues souvent liées, de prendre conscience que les diversités culturelles influent sur les attitudes des patients et sur leurs besoins en matière de santé. Tout ceci ayant pour finalité d'améliorer la prise en soins des patients que je rencontrerai.

Au cours de mon stage pré-professionnel en 3ème année de formation infirmière, je suis amenée à prendre en soins une maman et son bébé de culture et de langue différentes dans un service de Néonatalogie. Une jeune femme âgée d'une vingtaine d'année vient de donner naissance à un petit garçon à 34 semaines d'aménorrhée. Ils sont donc, tous deux, en service de soins intensifs néonataux depuis quelques jours. La particularité de ce service est de permettre à la maman de rester continuellement avec son enfant, bien qu'il soit prématuré.

Dans cette situation, le papa est peu présent. La maman, immigrée, d'origine maghrébine ne parle pas le français, nous communiquons principalement par gestes. Étant étudiante infirmière, présente en stage dans le service depuis déjà plusieurs semaines, je prends l'initiative d'accompagner la maman à la mise au sein, avec l'aval de l'infirmière puéricultrice. Bien que ce ne soit pas la première mise au sein, cette maman a besoin d'être accompagnée car elle n'est pas encore pleinement confiante dans ce nouveau rôle de maman. Je commence donc par positionner le bébé sur maman, dans la position la plus confortable pour eux. Je sens que maman n'est pas à l'aise car bébé ne trouve pas le sein d'emblée. Je sens la maman anxieuse, stressée. J'essaie, du mieux que je le peux, de la rassurer par des gestes, ne pouvant utiliser la parole. Elle est focalisée sur son enfant, ma tentative de réassurance est donc un échec, ce qui entraîne une remise en question de mes capacités. Je me sens impuissante et suis contrainte de passer le relais à l'infirmière puéricultrice.

Ce stage en Néonatalogie est mon premier auprès de l'enfant, même si je veille à créer une relation de confiance avec la maman afin d'adapter ma prise en soin à ses besoins, je suis tout de même en difficulté face à l'état de l'enfant, l'inquiétude de la maman et la différence culturelle et linguistique. Je constate que les facteurs linguistiques et culturels peuvent induire une incompréhension entre le patient et moi-même, étudiante infirmière. Cette incompréhension fait émerger des sentiments

négatifs autant pour la patiente que pour moi (stress, anxiété, impuissance, frustration), la gestion de ces ressentis représente la principale difficulté pour moi.

De plus, une hospitalisation en néonatalogie représente une source de stress, d'inquiétude pour les parents, pouvant être renforcée par cette différence culturelle, linguistique et cette éventuelle incompréhension soignant-soigné, ce qui peut influencer sur la prise en soins de la triade parents-enfants.

Le questionnement sur lequel porte alors mes recherches est le suivant :

« Comment prendre en soins cet enfant et sa maman dans ce contexte culturel et linguistique différent, tout en tenant compte des bouleversements qu'impliquent une naissance et une hospitalisation en néonatalogie ? »

Je veille également à la place que j'accorde à mes représentations et à mes propres valeurs, convictions pour ne pas qu'elles viennent s'opposer à celles du patient.

- **« Comment le soignant peut-il identifier ses représentations personnelles dans la prise en soins d'un patient de culture/langage différent ? »**
- **« Quelle place donner aux représentations (soignant-soigné) dans un contexte de diversité culturelle et linguistique pour un accompagnement optimal ? »**

J'ai souhaité approfondir cette réflexion au travers du travail de recherche en formation d'infirmière puéricultrice.

Par ailleurs, un infirmier de mon entourage, parti pratiquer cette profession hors de la métropole (Île de La Réunion, Nouvelle-Calédonie), m'a confié qu'il avait été interpellé par l'impact de la culture, avec ses rites et ses coutumes particuliers, dans la prise en soin du patient, cette dernière étant au cœur de la prise en soin. En effet, il lui a paru primordial de s'intéresser à la culture du patient pour effectuer une prise en soin personnalisée. L'absence de connaissance de la culture du patient ne permet pas d'anticiper les réactions de ce dernier et donc il est difficile d'y répondre de façon adaptée. Il m'a notamment fait part du vécu du deuil : selon la culture la famille du patient peut être très nombreuse et présente, et donc difficile à accompagner, encore davantage lorsque la différence linguistique fait obstacle à cet accompagnement. De même pour l'expression de la douleur, elle peut être très expressive pour certains ou très discrète pour d'autres.

Sans pouvoir y être confrontée directement, j'ai également été interpellée par ces expériences racontées. Je suis donc arrivée à me demander : **« En quoi la connaissance de la culture du patient influe-t-elle sur la prise en soin, et sur l'accompagnement ? »**

La lecture d'un article nommé « Prématurité et cultures » dans La revue n°285 des *Cahiers de la puéricultrice*, datant de Mars 2015 a renforcé ma décision d'approfondir mes connaissances en lien avec la thématique de la différence culturelle et linguistique. En effet, cet article révèle que les

questions culturelles ont encore peu de place à l'hôpital. Le facteur culturel devrait être utilisé comme « *un levier de travail clinique* », particulièrement en service de Néonatalogie. La prise en compte des valeurs culturelles de chacun pourrait favoriser l'établissement des premiers liens parents-enfant. Cependant, « *Les représentations du bébé, du rôle de parents ; sont souvent différentes d'un pays à un autre. Pourtant, aucune n'est plus importante qu'une autre, car elles participent à la construction de notre identité culturelle. Il s'agit d'une période de « vulnérabilité » pour ces familles* ». La culture des familles vient s'opposer à la « culture hospitalière » ; les représentations de la maladie, les attentes de soins divergent, entraînant parfois une incompréhension entre les familles et les soignants.

Bien qu'il soit difficile pour chacun de se décentrer de ses schémas culturels car ces différences touchent à nos valeurs les plus ancrées, cet article révèle également qu'en service de néonatalogie, les soignants essaient de prendre en compte les différences culturelles et religieuses dans leurs soins, permettant un renforcement de la parentalité et augmentant l'efficacité thérapeutique. J'en viens donc à me demander :

« En quoi la prise en compte à la fois du milieu hospitalier (culture hospitalière) et du contexte culturel (culture traditionnelle) influe-t-elle sur la prise en soin, l'accompagnement ? »

Cet article a fait émerger un nouveau concept : la culture hospitalière. Les notions évoquées dans cet article ont conforté mon questionnement induit par les situations vécues antérieurement

Plus précisément, un reportage sur les femmes sans papiers en maternité m'a davantage interpellée. En effet, le suivi de grossesse de ces femmes est particulier car au cœur d'une diversité culturelle et de difficultés sociales. La méconnaissance du pays ainsi que la précarité dans laquelle elles se trouvent la plupart du temps augmentent les risques de grossesse prématurée ou de complications. Leurs accouchements peuvent les renvoyer à des coutumes subies dans leur pays. Une fois le bébé né, ces femmes se retrouvent de nouveau face à une certaine précarité, à l'absence de logement et de ressources correctes, la naissance de leur enfant est donc vécue comme une réelle angoisse. Les bébés ne sont souvent pas souhaités et le lien mère enfant pas forcément accepté.

Les accompagnements médico-sociaux des femmes enceintes mis en place dans les maternités, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et les associations permettent à ces femmes d'augmenter leurs capacités d'action et d'être reconnues en tant que sujets aux yeux des professionnelles de santé, des institutions de soins et de l'État, à condition toutefois qu'elles soient et restent enceintes. Ces nouvelles informations amènent alors à de nouveaux questionnements :

- **« Comment accueillir au mieux cet enfant dans ce contexte particulier, tout en accompagnant les mères à la parentalité ? »**
- **« Comment favoriser le lien mère-enfant ? »**
- **« En quoi les difficultés sociales et la diversité culturelle de la mère influent-elles sur la prise en soin par la puéricultrice de l'enfant ? »**

Mon intérêt pour la prise en compte de la diversité culturelle dans la prise en soins, le vécu de différentes situations interpellantes et mes recherches m'ont amenée à réaliser un entretien exploratoire avec une infirmière puéricultrice en PMI pour définir avec plus de précisions ma thématique et ainsi élaborer ma question de départ.

Au cours de notre échange, certains points ont émergé et m'ont permis de cibler mon questionnement : plus que les difficultés sociales, c'est la diversité culturelle qui doit être analysée dans un premier temps ; en effet, la puéricultrice se doit de s'adapter à cette diversité pour réaliser une prise en soins de l'enfant et de ses parents de qualité. Pour traiter le problème social, la puéricultrice se doit de s'intéresser à la façon dont les parents ont vécu la grossesse et la naissance de leur enfant, au cœur de cette diversité.

En effet, l'enfant naît avec un berceau psychique et culturel qui lui est propre. Selon le milieu social et culturel, l'enfant peut être accueilli de différentes façons ; cet accueil façonne en partie sa propre identité culturelle et influence ses relations et son rapport à la culture future. Le rôle même de la puéricultrice est de favoriser cette imprégnation culturelle dans une idée de filiation et d'appartenance, autant que le milieu le permet. En effet, le milieu hospitalier est particulier et peut être source de questionnements pour les parents. La qualité de l'accompagnement de la puéricultrice dépend en partie des conditions de travail, des habitudes de service, c'est ce qu'on appelle : la culture hospitalière. Ce travail autour de la culture débute dès l'entrée de l'enfant en bonne santé et de sa maman en service de maternité.

J'en viens donc à me demander et poser la question de départ suivante :

En quoi l'accompagnement (à la parentalité) en maternité, dans un contexte de diversité culturelle, réinterroge la pratique de la puéricultrice ?

1. Cadre de référence :

1.1. Lectures exploratoires :

1.1.1. Maternité et mémoire corporelle :

Dans toutes les sociétés, la grossesse est vécue comme un heureux événement mais aussi comme une angoisse, car la grossesse est un état dont on ne connaît pas le dénouement. ⁶

Tout d'abord, pour comprendre le vécu de la maternité par une mère, il me semble essentiel de commencer par définir ce qu'est la mémoire corporelle. Cette dernière, déposée en elle depuis l'aube de sa vie, et transmise de génération en génération. Les techniques de la naissance et de l'enfance font partie des techniques du corps décrit par Mauss : ce sont des techniques traditionnelles transmises par l'éducation, qui utilisent le corps comme instrument. En effet, il existe différents stades d'apprentissage maternel décrit par Hélène Stork : le premier s'effectue quand la mère est encore un bébé, « *l'apprentissage kinesthésique primaire* » est une « *incorporation* » des gestes et postures prodigués par la mère à son enfant. Il se transmet par la voie des sensibilités kinesthésique et cénesthésique ; le deuxième stade est celui de « *l'apprentissage par l'observation ou l'injonction au sein de la famille élargie* », la future mère, encore enfant, ayant l'occasion de s'occuper d'enfants plus petits ou bien de jouer à la poupée ; le troisième stade intervient après l'accouchement « *quand la mère reçoit une aide et des conseils venant soit des professionnelles en Occident, soit des autres femmes* » (mère, belle-mère, matrone) dans d'autres sociétés. ⁴ Les compétences maternelles découlent de cette mémoire corporelle, elles ne sont ainsi pas seulement psychologiques mais également corporelles : « *la mère utilise la culture pour porter son bébé et elle est aussi le vecteur de cette culture* ». ⁴

Il paraît également nécessaire de prendre en compte la langue, la culture de la mère et du père, les manières de penser les besoins des bébés et des parents et leurs façons de faire. Tout comme de reconnaître et de soutenir les compétences individuelles et culturelles de ces parents et les liens qu'ils ont avec leurs communautés, pour mieux les aider à être parents et à faire grandir leurs bébés, d'où qu'ils viennent.³ La culture apparaît comme un élément clé dans ce processus unique qu'est la maternité. Nous allons donc maintenant associer plus précisément grossesse et culture.

Période très sensible, très particulière, la grossesse est aussi une période où la culture vient ou revient faire irruption : « *la grossesse et l'accouchement en situation migratoire réactivent la perte du monde d'avant* » selon Moro, elle parle de l'importance de « *la reviviscence des représentations culturelles et des manières de faire, de dire propres à chaque culture* ». ⁵

6 CARLES, G. « Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique ». Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, Avril 2014, vol 43, n°4, pages 275 à 280

4 MESTRE, C., GIOAN, Estelle. « Comment la culture vient aux femmes à la naissance de leur bébé ? ». CAIRN, 2014, n°70, pages 85 à 92

3 MORO, M-R. : « Modes de puériculture et migrations ». Cahiers de la puéricultrice « L'interculturalité dans les soins », Août-Septembre 2013, 50e année, n°263, pages 23 à 25

5 CADART, M-L., EGULLION, C., EKOUE, L. « Ethnopsychanalyse en maternité ». CAIRN, 2009, n°22, pages 81 à 92

La périnatalité est une période de la vie, bien connue maintenant pour sa vulnérabilité, pour les profonds remaniements psychiques à l'œuvre chez la femme et l'homme qui deviennent parents, et qui renvoient à la dimension culturelle qui im⁵prègne le vécu singulier de chacun. ⁵

Léon Chertork la définit comme une période d'« *inconscient à ciel ouvert* ». ⁵

1.1.2. La naissance :

La naissance, quant à elle, est un moment important et privilégié. Elle est attachée au sacré, elle est qualifiée de « *petit miracle de l'ordre du magique* ». ⁹ L'enjeu de cette période est fondamental car la mise en route suffisamment bonne de l'ajustement de l'attachement mère-bébé peut éviter de nombreuses difficultés ou dysfonctionnements.

D'un point de vue psychologique et anthropologique, la mère semble traverser un état psychique de grande disponibilité : « *la préoccupation maternelle primaire* ». Cet état lui permet d'identifier les besoins de son nouveau-né, tout en s'identifiant au bébé qu'elle a été. Selon Winnicott, dans cette relation elle lui transmet le monde « *à petites doses* » grâce à un espace « *intermédiaire* » entre elle et lui. ⁴ D'un point de vue psychologique, la nouvelle mère, à la naissance de son enfant, se trouve dans un état mental inédit de « *remémoration de ses premières expériences de maternage, où vivent les 2 faces de l'interaction qu'elle a connues avec sa mère* » : d'un côté elle « *revit* » son expérience en tant que bébé, et de l'autre elle, « *revit* » emphatiquement celle de sa mère. ⁴ D'un point de vue anthropologique, on peut dire que la mère rejoue ce qu'elle a déjà perçu avant et en jouant, elle mime et elle invente. ⁴ La mise en route de ce « *re-jeu* » ou de cette remémoration se fait pour le meilleur en présence d'un autrui bienveillant. La solitude et la douleur freinent ou empêchent cette possibilité. En effet, Winnicott disait « *un bébé est porté par la mère qui est elle-même portée par son groupe* ». ⁴

Autour de la naissance, tous les champs s'entrecroisent : les relations de parenté (alliance, germanité, filiation), le statut de l'enfant, les croyances et les représentations à son égard, les techniques de maternage, les rapports de genre, les rapports intergénérationnels, la santé ... autant de domaines participant à « *l'enculturation de chacun qui procède d'une imprégnation inconsciente* ». ⁵

La naissance à l'hôpital, si elle rassure souvent par la sécurité qu'elle apporte, sera toutefois, dans certaines situations, mal vécue par l'impossibilité de respecter les traditions. ⁶ De plus, la position gynécologique est très inconfortable pour la femme et indécente pour certaine culture. ⁹

Dans toutes ces sociétés, la nécessité de créer un espace de symbolisation révèle le besoin d'une articulation entre « *un vécu d'ordre privé et un rapport à l'ordre public* ». Ainsi, l'analyse de la

⁵ CADART, M-L., EGULLION, C., EKOUE, L. « Ethnopsychanalyse en maternité ». CAIRN, 2009, n°22, pages 81 à 92

⁹ Entretien avec une puéricultrice

⁴ MESTRE, C., GIOAN, Estelle. « Comment la culture vient aux femmes à la naissance de leur bébé ? ». CAIRN, 2014, n°70, pages 85 à 92

⁶ CARLES, G. « Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique ». Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, Avril 2014, vol 43, n°4, pages 275 à 280

grossesse, de l'accouchement dévoile cette revendication de la nécessité d'une « *mise en scène rituelle* » avec ses nombreux caractéristiques identitaires et religieuses. ⁸ La grossesse et l'accouchement forment le cœur des coutumes et des traditions de toutes les ethnies car en découlent « *la survie de la communauté* ». Au fil du temps, chaque ethnie a accumulé un certain nombre d'expériences et de pratiques pour en favoriser leur bon déroulement. ⁶

1.1.3. Culture traditionnelle et diversité culturelle :

La culture peut être de différents types selon l'identité, l'éducation d'une personne : la culture socio-économique, la culture professionnelle, la culture familiale. ¹⁰

Afin de définir la diversité culturelle, il est essentiel d'aborder les droits culturels. Selon Patrice Meyer-Bisch, les droits culturels désignent « *les droits, libertés et responsabilités pour une personne, seule ou en groupe, avec et pour autrui, de choisir et d'exprimer son identité, et d'accéder aux références culturelles, comme à autant de ressources nécessaires à son processus d'identification* ». Ce sont les droits qui autorisent chaque personne, seule ou en groupe, à développer ses capacités « *d'identification, de communication et de création* ». ²⁴

Les droits culturels constituent « *les capacités de lier le sujet à d'autres grâce aux savoirs portés par des personnes et déposés dans des œuvres (choses et institutions) au sein de milieux dans lesquels il évolue* ». ²⁴

Plus précisément, les références culturelles, dans leur diversité, sont « *des capacités de lien à soi-même et à autrui* ». Les identités sont « *des nœuds composés de références choisies par chaque personne ; nul ne peut l'assigner à une seule référence* ». ²⁴ Meyer-Bisch rappelle que la diversité permet « *la liberté de choix* », la qualité des références permet « *la liberté d'être ou d'épanouissement à travers une discipline culturelle maîtrisée* » ; la richesse « *ajoute la dimension qualitative à la diversité* ». ²⁴ La richesse culturelle se mesure alors « *au nombre, à la résistance et à la souplesse* » de ces liens appropriés.

Chacun est porteur d'un « *bagage culturel* » lié au parcours de vie. Dans ce sens, il convient donc de marquer la différence entre immigration et migration. En effet, migrer c'est se déplacer ; toutes ces

⁸ BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

⁶ CARLES, G. « Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique ». Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, Avril 2014, vol 43, n°4, pages 275 à 280

¹⁰ Entretien avec une sage-femme de PMI

²⁴ MEYER-BISCH, P. « Les droits culturels, enfin sur le devant de la scène ? ». L'Observatoire, 2008, n°33, pages 9 à 13. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-observatoire-2008-1-page-9.htm>

personnes sur les routes de l'exil ou dans nos rues sont appelées des « migrants », personne n'est donc censé les attendre ou les accueillir. Alors qu'immigrer signifie « *venir dans un pays pour s'y établir* ». Dans ce travail de recherche, j'ai donc choisi de cibler l'immigration.

L'immigration est rencontrée dans 3 cas : danger, recherche d'une vie meilleure, sentiment de réussite ailleurs. Elle commence bien avant l'arrivée de la famille dans le pays d'accueil, la famille subit durant son parcours de nombreuses pertes (domicile, parenté, communauté, langue, statut social, travail), c'est « *un deuil à vivre* ». Actuellement, l'immigration n'est plus choisie, elle est forcée par un danger, un contexte de guerre traumatisant la plupart du temps. L'immigration entraîne des nombreux phénomènes tels que « *l'acculturation, le vécu du deuil, la résilience et la reconstruction* » : ce processus permet l'adaptation à une nouvelle culture. ⁹ Cette période d'immigration est responsable de nombreuses pertes pour les personnes qui la vivent. Tout d'abord, la perte de chez soi liée à « *la notion d'appartenance* ». La nécessité de retrouver un nouveau « chez soi » est prédominante ; s'il n'y a aucune appartenance, un sentiment d'insécurité survient, entraînant une incapacité des parents à sécuriser leur enfant, la relation parents-enfant peut être perturbée. Pour autant, la notion d'appartenance forcée peut être anxiogène chez l'enfant. ⁹ Puis, suivent la perte de la famille et de la communauté. La mère ressent souvent un sentiment de culpabilité face aux enfants restés au pays, si tel est le cas ; elle se sent coupable de ne pas être en capacité de donner un environnement sécurisant aux autres enfants. Elle développera des mécanismes de défense tels que le surinvestissement, l'indifférence ou la violence. « *La perte de la communauté élargie* » est encore plus complexe à supporter. L'enfant n'a plus que sa mère, il est donc moins « stimulé » ce qui peut entraîner « *un syndrome d'abandon régressif ou syndrome d'enfermement chez l'enfant* ». ⁹ Ensuite, la perte de la langue, du langage. La mère n'arrive pas à s'exprimer (souffrances émotionnelles), elle rencontre des difficultés de communication avec son environnement ; « *ce qui peut faire obstacle au sentiment d'appartenance* ». ⁵ Enfin, la perte du statut. Les responsabilités dans la communauté d'origine non retrouvées dans le nouveau pays, les compétences ne sont pas reconnues. Il y a « *un conflit de loyauté entre la culture d'origine et les codes du nouveau pays* ». Dans certaines situations, l'homme peut devenir dépendant de la femme dans ce nouveau pays, impensable dans la culture d'origine. L'homme perd son statut : « *je ne suis plus un père* », il perd sa fonction éducative. ⁹

On parle aussi de population associalisée. En effet, cela caractérise une population ne connaissant pas les normes sociales du nouveau pays. Des mécanismes de défense sont alors développés. Il n'y a pas de construction dans le temps pour cette population et survient une grande difficulté à construire une relation durable, on parle de « *difficultés dans une logique de reconstruction* » : « *on ne peut*

⁹ Entretien avec une puéricultrice

reconstruire que des choses qui ont déjà été construites ». ⁹ L'immigration peut être vécue avec nostalgie en lien avec des souvenirs sensoriels, des traditions culturelles et familiales, l'appartenance à une communauté culturelle. ⁹ « *Nostos* » signifiant revenir, « *algie* » signifiant douleur. La nostalgie est indissociable du deuil : la nostalgie permet « *le lien entre la perte et le moi* », le deuil est « *signe de séparation* ». ⁹ La population touchée peut donc effectuer un rattachement à la pratique de l'ancienne culture, sans perturber la notion d'appartenance dans un nouveau pays « *je ne suis plus dans mon pays mais je reste de mon pays* ». ⁹

Dans ce contexte d'immigration, on peut parler de déculturation et d'aculturation. ⁹ En effet, la déculturation est « *la perte de sa culture* ». A l'inverse, l'acculturation est « *un processus, un ensemble des phénomènes qui résultent du contact entre différentes cultures* ». Chacun va modifier ses pratiques culturelles à l'autre ; la scolarisation, l'apprentissage, le mariage aident à modifier ses pratiques culturelles pour conduire « *à l'assimilation puis à l'intégration* ». ⁹ L'assimilation (volontaire ou obligatoire) est ce qui permet à un étranger de s'adapter, « *en adoptant les pratiques culturelles du milieu dans lequel il se trouve, tout en respectant leurs convictions originelles* ». L'intégration signifie, quant à elle, « *adopter, accepter, intégrer les valeurs du pays d'accueil* ». ⁹

La vision de la culture d'un point de vue psychanalytique et anthropologique semble pertinente. La psychanalyse et l'anthropologie sont liées, en effet, ces 2 disciplines sont complémentaires dans la prise en compte du sujet souffrant, la culture servant « *de matrice à l'histoire du sujet, de clé de compréhension des symptômes* ». La culture et le psychisme correspondent aux 2 facettes d'une même réalité humaine. ⁵ La démarche anthropologique permet de prendre du recul, de se décentrer, posture indispensable qui n'empêche pas l'empathie. ⁵

La culture n'est pas celle de l'Autre, « *exotique, dangereuse et/ou fascinante* », mais bien celle que porte en lui chaque être humain et qui le constitue comme un être social. En effet, Maurice Godelier définit la culture comme « *l'ensemble des représentations de l'univers, des principes d'organisation de la société, des valeurs et des normes de conduite, positives et négatives, auxquels se réfèrent les individus et les groupes qui composent une société lorsqu'ils agissent sur les autres, sur eux-mêmes et sur le monde qui les entoure* ». ⁵ Chaque être humain est imprégné de culture avant même sa naissance : la grossesse, les techniques de maternage, les mesures de protection mises en œuvre à son égard font partie de cette enculturation. Ces différentes techniques sont définies par Moro comme une « *véritable incarnation de la culture dans chacun de nous qui s'ancre dans les perceptions, les sensations, le développement de l'enfant* ». ⁵

⁹ Entretien avec une puéricultrice

⁵ CADART, M-L., EGULLION, C., EKOUE, L. « Ethnopsychanalyse en maternité ». CAIRN, 2009, n°22, pages 81 à 92

1.1.4. Les rites :

Du rôle passif « *d'objet* », l'enfant dans certaines situations peut accéder à celui de « *sujet* » actif dont l'action est requise et orientée, voire quelquefois à celui de « *créateur d'une manifestation rituelle proprement originale, susceptible d'être reconnue, voir reconduite par les adultes* ». ⁸ Le rite n'a de sens instrumental que par rapport à la situation dans laquelle il intervient ; « *dispositif prenant en charge un nouveau membre de la communauté, le rite est, également, rite d'agrégation* ». ⁸ C'est « *l'insertion familiale* » qui est visée en premier lieu, par le biais de la relation à l'ancêtre, de la présentation au voisinage ou aux représentants d'une communauté plus étendue. ⁸

De nos jours, le monde contemporain des villes a banalisé et restreint le caractère formel de certains actes associés aux cycles de vie (baptême, mariage, enterrement). Mais un mouvement inverse, « *révélateur d'un besoin d'inscription identitaire* », tend à une réhabilitation voire à la perpétuation de certains rites, tant dans les sociétés rurales que dans les régions médicalisées où la demande d'expression de rites est de plus en plus importante. ⁸ Par ailleurs, l'impératif du « *contrôle social* » exprimé par de nombreux gestes de puériculture, est difficilement dissociable de petits rites de la vie domestique et de croyances religieuses. En effet, à travers les pratiques de puériculture s'exprime la volonté des familles de maintenir un contrôle du développement de l'enfant « *indépendamment ou quelquefois en opposition avec les normes médicales modernes* ». ⁸

Les rituels portent une importance symbolique aux yeux des parents et de la communauté. Il est essentiel de les respecter afin de permettre aux parents « *d'accueillir cet enfant selon le culte de leur religion et de partager sereinement ce moment privilégié* ». ⁶ Si les rites ne sont pas préjudiciables à l'enfant et ne s'opposent pas aux recommandations, ils sont tous applicables. L'installation des rites en maternité est d'autant plus déterminant pour les parents quand il s'agit d'un premier enfant, le rattachement au cocon familial étant encore plus présent. ¹⁰

Au cours des millénaires, chaque société a élaboré par l'observation de la nature et par la création de mythes et de religions, un ensemble de rites de protection et d'interdits visant à « *protéger les mères et leur fœtus de toutes les influences néfastes du monde extérieur ou du monde des esprits* ». ⁶

Tous les rites mis en place ont 3 objectifs principaux qui sont : « *la protection de l'enfant et de la mère*

⁸ BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

⁶ CARLES, G. « Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique ». Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, Avril 2014, vol 43, n°4, pages 275 à 280

¹⁰ Entretien avec une sage-femme de PMI

*pour éviter la mort, attacher l'enfant à la mère, accueillir l'enfant dans la communauté (des vivants et des morts) ».*⁹ En effet, chaque culture définit un style de maternage, et, grâce à ces pratiques, elle transmet au bébé tout en s'occupant de lui, une culture, c'est-à-dire « *une façon d'être au monde* ». « *La transmission culturelle et l'affiliation maternelle à son groupe* » sont possibles grâce à un apprentissage de la mère, qui s'effectue tout au long de sa vie et particulièrement lors de la naissance du premier enfant.⁴ Les gestes sont transmis de mère à fille ou de grands-mères à petite-fille, à la manière d'une « *initiation* », pendant la grossesse, après la naissance de bébé, lors du retour à la maison. Dans certains cas, c'est la belle-mère qui enseigne la technique. « *La codification se retrouve de famille en famille* ». ⁸ Dans certaines cultures, le groupe sera composé essentiellement de femmes. Dans tous les cas, en l'absence du groupe (en particulier la mère, la grand-mère), les autres femmes de la famille, appelées par Marie-Rose Moro « *les commères* », vont devoir trouver des alternatives « *et particulièrement ne compter que sur leurs propres ressources internes* ». ⁴ La mère devra s'ajuster à son bébé et apprendre à être mère sans l'aide de ses « *commères* », contrairement à l'usage dans les sociétés traditionnelles où le groupe accompagne tous les moments « *initiatiques* » dont la grossesse et la naissance de l'enfant. « *Dans les sociétés dites « traditionnelles », la naissance d'un enfant et son éducation sont affaire de communauté* ». ¹¹

Dans ces premiers échanges, le bébé va être imprégné des manières d'être et de faire que la mère a amenées avec elle : une langue, un rapport au monde, des techniques de soins. Même en l'absence de contexte migratoire, de nombreuses cultures ne rentrent pas dans la vision française de la famille. ¹¹ Les mères de culture différente vont composer en respectant les normes exigées par leur culture et en tenant compte également « *des prescriptions de la puériculture occidentale* », au prix parfois de conflits. Elles vont parfois aussi hésiter à transmettre leur culture et leur propre façon de faire à leur enfant dès la naissance, car elle le considère comme appartenant déjà à la société française. ⁴ En effet, la majorité des patients n'osent pas exprimer leurs besoins culturels, ils « *subissent* » l'hospitalisation et sont sous la « *dépendance* » des soignants. Le milieu hospitalier peut donc être perçu comme un obstacle par peur, par manque de communication et d'accompagnement de la part des soignants. ¹⁰ Des mères peuvent vivre au sein de leurs familles, et aussi en elles-mêmes, ces conflits entre plusieurs systèmes de valeurs. D'autres, par contre, s'en accommoderont et seront capables de s'adapter ; en effet, F.LOUX disait « *cette fidélité à la tradition ne signifie par nécessairement une opposition au changement* ». ⁸

La majorité des rites, bien que fréquemment utilisés, sont souvent conduits dans le secret. Malgré un

9 Entretien avec une puéricultrice

4 MESTRE, C., GIOAN, Estelle. « Comment la culture vient aux femmes à la naissance de leur bébé ? ». CAIRN, 2014, n°70, pages 85 à 92

8 BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

11 MORO, M-R. « Puéricultrice et diversité culturelle ». Cahiers de la puéricultrice, Avril 2009, n°226, pages 24 à 27

10 Entretien avec une sage-femme de PMI

certain sentiment de dominance lié à l'évolution de la société particulièrement rapide et à l'omniprésence du modèle européen, la conservation des rites prime. « *Les usages traditionnels perdurent, dissimulés sous diverses conduites superficielles qui se veulent « modernes »*.⁸ Ces conduites sont niées ou dénigrées par les mères devant le personnel médical des maternités alors qu'elles sont souvent toujours discrètement pratiquées à la maison. Elles sont à la fois cachées tout en étant revendiquées. En effet, parfois, l'examen du discours des mères montre qu'elles relèvent « *d'une approbation de type « identitaire »* ». ⁸L'identité sociale se joue au niveau de la tribu, de la communauté familiale ; elle se forge autour de la réputation de la tribu. La femme acquiert un statut social lorsqu'elle est mère. ⁹Tout se passe comme si ces pratiques offraient aux mères « *un espace de liberté, d'affirmation de leurs savoirs, sans que ceux-ci aient à être jugés par une institution ou une autre autorité, quelle qu'elle soit* ». En effet, il est difficile de parler de ces conduites, surtout à des étrangers, encore moins au médecin. Car loin d'être reconnus, durant des décennies, ces savoirs ont été ignorés, niés. On leur a substitué leurs savoirs au profit de « vrai » savoirs qu'est celui de la biomédecine, des techniques de puériculture. ⁸ A l'évocation de ces usages, les jeunes mères font souvent mine de ne pas comprendre, disent que ces conduites n'existent plus depuis longtemps, avant d'avouer les pratiquer, une fois la confiance installée. Elles ne sont que très rarement abordées en présence du personnel médical, d'où l'importance de l'approche du personnel paramédical. ⁸ Les mères n'osent pas s'opposer à certaines techniques de soin car elles sont « *ancrées dans les codes de la société* » ; à l'inverse, les soignants ne peuvent s'opposer à certaines techniques des parents tant elles sont « *ancrées dans la culture* ». Cependant, certains « rites » hospitaliers sont tout de même transmis aux parents car bénéfique pour l'enfant. ¹⁰

1.1.4.1. Grossesse et rites :

La maternité, phénomène interculturel, est considérée différemment selon les sociétés. Chaque peuple, chaque communauté « *gère, accompagne, traite la maternité selon ses facteurs culturels, idéologiques ou religieux* ». ¹⁹

Traditionnellement, la grossesse est un moment « *initiatique* » où la mère en devenir est portée par les femmes du groupe. La migration entraîne des ruptures dans ce processus de « *portage* » et de « *construction du sens* ». ¹⁶ De plus, les femmes peuvent être confrontées à des pratiques médicales

⁸ BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

⁹ Entretien avec une puéricultrice

¹⁰ Entretien avec une sage-femme de PMI

¹⁹ DEMBELE, C. « Les représentations de la maternité au fil des cultures ». Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 10 à 13

¹⁶ MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18

qui ne respectent pas les moyens de protection traditionnelle. Ces pratiques occidentales sont parfois, pour ces femmes, « *violentes, impudiques, traumatiques, voir « pornographiques* ». ¹⁶ Au tout début de l'accompagnement thérapeutique de femmes migrantes enceintes, il est important de prendre en compte la notion « *d'effraction* ». Plusieurs moments peuvent être perçus comme de véritables « *effractions culturelles et psychiques* » pour ces femmes, comme la déclaration de grossesse, examen gynécologique, l'échographie et l'accouchement. C'est l'acte en lui-même qui est violent, effectué sans préparation. Ces gestes techniques sont liés au contexte culturel occidental, et pour ceux qui ne le partagent pas, « *ils deviennent, par leurs implicites, de véritables violences* ». Les femmes peuvent à peine les anticiper, s'y préparer, se les représenter. ¹⁶ Les priver de ces actes médicaux serait tout à fait contraire à l'éthique et à la santé publique. Au contraire, il s'agit de réaliser ces actes de manière à ce qu'ils soient « *efficaces* » et qu'ils atteignent réellement leurs objectifs. Pour adapter les stratégies de prévention et de soins, il faut réellement penser à cette altérité pour que, « *loin d'être un obstacle à l'interaction, elle devienne une chance de nouvelle rencontre* ». ¹⁶

Le suivi de grossesse (l'entretien avec la sage-femme permet l'explication du fonctionnement de la structure), le projet de naissance (évoque les droits et les demandes, les attentes des parents) permettent aux parents d'exprimer leurs souhaits concernant l'arrivée de leur enfant. Cela évite ainsi une incompréhension soignant/patient qui entraînerait des conflits, une opposition des parents par manque de communication. Un entretien en amont permet alors un compromis entre la culture médicale, hospitalière et la culture familiale. ¹⁰ Cependant, le suivi de grossesse peut varier selon les mamans. Chaque grossesse est différente. La communication est essentielle pour éviter l'apparition de préjugés. ¹⁰ Le soin à l'enfant est porté en fonction du ressenti de la maman dès le début de la grossesse, il a une existence à partir de ce moment-là. La prise en compte de la culture est essentiel pour entretenir cette notion d'existence tout au long de la grossesse, l'arrivée de l'enfant est ainsi mieux vécue par sa famille. ¹⁰

1.1.4.2. Naissance et rites :

La fin de la grossesse signe le début de la vie de l'enfant, elle peut donc être source d'incertitudes. ⁹ En effet, période attendue et redoutée, la phase d'accouchement sera elle aussi entourée de rites et de pratiques visant au bon déroulement de celle-ci. ⁶

¹⁶ MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18

¹⁰ Entretien avec une sage-femme de PMI

⁹ Entretien avec une puéricultrice

⁶ CARLES, G. « Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique ». Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, Avril 2014, vol 43, n°4, pages 275 à 280

En milieu traditionnel, l'accompagnement par des matrones choisies par la communauté est obligatoire, celles-ci pratiqueront les rites nécessaires, les massages et apporteront leur soutien. La présence du père est jugée comme néfaste au bon déroulement de l'accouchement et toute présence masculine est bannie. ⁶

Concernant la douleur, certaines femmes croyantes renoncent aux antalgiques ou à la péridurale par conviction. ⁷ Au Sénégal, la femme enceinte mettra un point d'honneur à ne pas exprimer sa douleur, lié à une notion d'appartenance : l'accouchement est considéré comme un combat contre la souffrance et la mort et seules les femmes stoïques pendant cette épreuve pourront être intégrées dans la communauté. A l'inverse, comme à Hawaï, certaines femmes peuvent exprimer bruyamment leur douleur. ⁶

Un accouchement par césarienne peut avoir des conséquences désastreuses sur les femmes migrantes donc il est nécessaire de respecter, chaque fois que c'est possible, c'est-à-dire lorsque la vie de l'enfant et de la mère n'est pas en jeu, « *la lenteur du travail physiologique des femmes* ». Les mères ont le sentiment que l'enfant né par césarienne est en danger, non protégé : « cela nous oblige à reconnaître la violence d'un certain nombre d'actes médicaux que l'on pense a priori « *anodins* » car habituels ». ¹⁶

L'installation de rites culturels autour de la naissance renvoie à une idée d'appartenance, de transmission, de patrimoine (bâti/non-bâti). ¹⁰ Le don du prénom à l'enfant (rite) par les parents trace son identité, le fait de rentrer dans un groupe ; tout comme le don d'un bijou symbolique à la naissance par exemple. ⁸ Les préventions rituelles, l'imposition du nom contribuent à la protection du nouveau-né et à son inscription dans le monde. ⁸ Les rites entourant la naissance, tout comme les rites entourant la grossesse, participent également activement à la socialisation de l'enfant. En effet, les rituels de socialisation de l'enfant peuvent être : privés (rites de naissance), semi-publics (dation du nom), publics (baptême) ⁸

Le nouveau-né va devoir devenir un être à part entière, membre de la société ; les soins qui lui seront prodigués vont avoir pour objectif de le fortifier. Marie-France Morel rappelle que dès l'Antiquité et jusqu'au XXe siècle, tous les nourrissons étaient emmaillotés pendant leurs premiers mois « *par des mères hantées par la vision des corps déformés des enfants atteints de rachitisme* » ; il s'agissait aussi de « *tirer l'enfant vers l'humanité en l'arrachant de la position fœtale* ». De plus, Jacques Gélis

6 CARLES, G. « Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique ». Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, Avril 2014, vol 43, n°4, pages 275 à 280

7 DELCUS, C. « Religion et maternité ». Revue de l'aide soignante, Août-Septembre 2011, n°129, pages 13-14

16 MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18

10 Entretien avec une sage-femme de PMI

8 BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

définit ces conduites comme extrêmement fréquentes et présentes quelle que soit l'origine supposée des mères. Mauriceau, disait à propos de l'embaillotage, « *il n'y a pas de femme qui ne sache une chose si commune* ». ⁸⁸ L'idée d'achever le corps de l'enfant est également liée à celle de son humanisation, à l'importance accordée à son intégration au sein de la communauté, société ; celle-ci étant attestée par les nombreuses cérémonies (baptême), faisant partie intégrante du processus de socialisation. Il existe un lien étroit entre les soins prodigués à l'enfant, les conduites visant à transformer ou à achever son corps et la fin du passage entamé lors de la naissance physique. ⁸

Les rites de naissance étant multiples, il existe des ateliers « accueil du nouveau-né » dans certaines maternités de France, dont le but est de favoriser l'expression libre de chaque culture en parlant à l'enfant et de l'enfant, et en permettant l'enculturation de pratiques de maternage associées avec d'autres, celles de la culture d'accueil et celles de la culture d'origine. ⁴ L'hypothèse est que les objets culturels proposés, les berceuses, jeux d'enfant et comptines, les massages, permettent des expériences sensorielles, affectives et corporelles qui réactivent la mémoire implicite et permettent aux mères de puiser dans leur propre histoire les ressources nécessaires pour le soin de leur bébé. Le mimétisme présent dans le groupe, amplifie ce mouvement personnel. ⁴ Ainsi, par l'emprunt de pratiques proposées et élaborées par le groupe, dans un bain linguistique familial, comportant la langue maternelle, et par l'utilisation de ses ressources mémorisées, les femmes s'approprient des techniques, des façons de faire, des gestes, composant les prémisses d'une culture métissée. ⁴

Sur ces interactions corporelles et culturelles, vont se déployer toutes les autres interactions affectives et psychiques dont le bébé a besoin pour grandir. ⁴

Culture et religion sont étroitement liées, particulièrement au cours de cette première étape de la vie. Les parents souhaitent transmettre, en plus de leur culture, leur religion à l'enfant le plus tôt possible. Cette transmission aurait un impact sur les choix futurs de ce-dernier.

Le rite présente un caractère répétitif même si les rites de passages tels que les rites de naissance sont, pour ceux qui les accomplissent, des moments d'une grande singularité. On lui attribue, en anthropologie comme en psychanalyse, une efficacité particulière : réussi, le rite apaise l'angoisse et procure une confiance dans la réalisation du désir ; mal exécuté, il occasionne des maux supplémentaires voire des troubles sociaux.

Ces nombreux rites sont représentatifs des résistances qui se sont créées dans « *un contexte colonial qui voyait les savoirs des mères dévalorisés au profit de ceux « qui savaient* » (médecins, personnel médical, puéricultrices, sages-femmes). ⁸

⁸⁸ BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

⁴ MESTRE, C., GIOAN, Estelle. « Comment la culture vient aux femmes à la naissance de leur bébé ? ». CAIRN, 2014, n°70, pages 85 à 92

Les travaux des anthropologues et des psychologues ont toutefois permis d'appréhender la rationalité des modèles parentaux en matière de soins et de rites entourant la naissance et la première enfance. Ces modèles parentaux font valoir « *la perception d'une bonne croissance de l'enfant, les gestes de soins quotidiens, les savoirs profanes sur la santé et les maladies de l'enfant et les modes d'acquisition des savoirs médicaux* ». ⁸

Les rites d'initiation, de passage permettent également à l'enfant d'acquérir un statut social ou spirituel par l'acquisition de connaissances ou l'admission aux activités particulières d'une communauté religieuse, d'une société secrète ou d'un groupe.

Il existe des maisons de naissance, favorisant l'expression particulière des rites de naissance. Cette expression est d'autant plus facile à domicile. En effet, le soignant intervient dans le lieu de vie de la famille, les positionnements changent. ¹⁰ Cependant, j'ai choisi d'orienter mon travail de recherche sur les premières interactions parents-enfant en milieu hospitalier, plus précisément en maternité. En effet, l'enfant naît avec un berceau psychique et culturel qui lui est propre. Il engage alors des interactions comportementales, affectives et fantasmatiques avec sa mère, son père, ses frères et sœurs, et progressivement avec le monde. ¹¹ La maternité est le premier lieu propice à ces échanges, en toute intimité. La puéricultrice a donc ici, tout son rôle à jouer.

1.1.5. La culture hospitalière (Supply Chain) :

Depuis une vingtaine d'années, le secteur hospitalier a connu de profonds changements causés principalement par un environnement économique, démographique et social en pleine mutation. ¹⁵ Dans la société actuelle, les professionnels de santé sont exigeants, particulièrement avec eux-mêmes. En effet, ils sont amenés à pratiquer une multitude de fois des actes similaires au sein d'une même journée, à répéter chaque jour des gestes pour eux courants ; ils doivent donc se soucier du fait que cet acte commun pour eux n'est pas forcément anodin pour le patient ou la personne en demande d'attention et de soins. ¹⁴ Cependant, selon Landry et Beaulieu, la mise en pratique effective de ces méthodes est souvent difficile dans un contexte organisationnel marqué à la fois par « *une multitude d'interactions entre les processus de soins* », et par « *la multiplicité de profils des professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs et supports, qui sont amenés à cohabiter, interagir, partager et communiquer ensemble à l'aide d'un système qui gère l'ensemble des ressources et organise les différents flux au sein de l'hôpital* ». ¹⁵ La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)

8 BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

10 Entretien avec une sage-femme de PMI

11 MORO, M-R. « Puéricultrice et diversité culturelle ». Cahiers de la puéricultrice, Avril 2009, n°226, pages 24 à 27

15 LACHKHAME, R., OUZZANI CHAHDI, F. « Les déterminants de la culture logistique hospitalière : cadre théorique et conceptuel ». Revue marocaine de recherche en management et marketing, Janvier-Juin 2017, n°16, pages 307 à 323. Disponible sur : <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/350760.pdf>

14 ARSLAN, S., HEESBEEN, W. « Soins(s) Perspectives éthiques ». Editions Seli Arslan, 2015

définit la logistique hospitalière comme un « *ensemble des activités permettant de synchroniser et de coordonner, voire de fluidifier les flux physiques, financiers d'information afin que la prestation de soins de santé se réalise de manière sécuritaire, efficace et efficiente* ». ¹⁵

Suite à ces définitions, nous constatons que la culture logistique suppose l'engagement de l'ensemble des acteurs hospitaliers pour une gestion commune, engagement qui dépasse de loin la simple coordination technique ; en d'autres termes, elle suppose une culture organisationnelle. Pour exister, la logistique hospitalière a besoin d'une culture organisationnelle, « *qui gère l'ensemble des interactions des flux et fluidifie la communication entre les acteurs hospitaliers* ». ¹⁵ La culture organisationnelle est « *un ensemble de valeurs, de croyances, d'idées, enracinées et partagées collectivement par l'ensemble du personnel* ». ¹⁵ Selon Hitka, Vetráková, Balážová, et Danihelová, la culture hospitalière peut être vue comme la conséquence de « *la perception collective qu'ont les individus sur la manière de travailler et d'interagir entre eux* ». Pour Ouimet, il s'agit d'« *un système de valeurs (importance des choses) et de croyances (fonctionnement des choses) partagées par les membres* ». ¹⁵ La culture hospitalière est supposée être le principal « *véhicule* » qui contribue à « *la construction de l'identité et à la bonne image de l'organisation* ». Elle constitue un « *élément facilitateur de la transmission des informations positives à son environnement* ». ¹⁵

Selon Wang, les chercheurs en la matière soulignent le rôle du contexte culturel dans « *l'influence positive et/ou négative sur les relations entre les différents acteurs hospitaliers* ». ¹⁵ D'une façon générale, la culture regroupe « *un ensemble de valeurs, d'attitudes et de comportements qui s'influencent mutuellement* ». Ce fonctionnement de la dynamique culturelle a été mis en évidence à la fois par Adler & Jelinek et par Hatch. Selon ces auteurs, les valeurs influencent sur les attitudes, qui à leur tour influencent sur le comportement. ¹⁵

Cependant, la culture hospitalière peut varier selon différents concepts. Au sein du milieu hospitalier, la confiance est au cœur de la relation soignant-malade-hôpital atténuant « *l'incertitude dans la prestation des soins* », et plaçant l'hôpital comme un « *système expert hospitalier* ». C'est « *la nature, la qualité d'informations fournies et le comportement des partenaires* » qui déterminent le niveau de la confiance. Cette relation impact la qualité du « *lien social* ». ¹⁵ Selon Ouazzani Chahdi, « *la bienveillance* » fait référence à une « *disposition particulièrement favorable à l'égard de l'autre* ». ¹⁵ D'après Andfield et Bechtel, la confiance est un composant utile pour « *maintenir la coopération et éviter les conflits* » au sein d'une équipe ainsi qu'entre le soignant et le patient. ¹⁵ Elle permet également l'amélioration d'une relation à long terme en provoquant « *un sentiment de sécurité et d'assurance entre les deux parties* ». ¹⁵ Tout comme la communication qui, selon Kreps,

¹⁵ LACHKHAME, R., OUZZANI CHAHDI, F. « Les déterminants de la culture logistique hospitalière : cadre théorique et conceptuel ». Revue marocaine de recherche en management et marketing, Janvier-Juin 2017, n°16, pages 307 à 323. Disponible sur : <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/350760.pdf>

permet aux acteurs de « *partager un certain nombre d'informations pertinentes à un moment donné et de pouvoir y apporter les changements nécessaires au moment opportun* »¹⁵. Scroferneker la définit comme « *une entité culturelle spécifique, conçue comme une communauté unique de langage et d'autres formes d'action symbolique* ». ¹⁵ Elle permet « *la coordination* » entre les acteurs hospitaliers, « *facilite le dialogue organisationnel* » et « *établit et fluidifie les liens sociaux* ». Enfin, elle permet d'éviter toutes sources de conflits. ¹⁵

Même si une manifestation de la culture dans les soins est systématique, elle semble toujours évidente lorsque les personnes soignées « *proviennent d'une société différente, parlent une langue étrangère et ont le statut de migrantes* ». En effet, outre le « choc » de la rencontre, peuvent aussi apparaître des conflits, des formes d'intolérance. ²² La confiance et la communication semblent donc être des éléments essentiels, tout comme la nécessité pour les soignants d'être porteur d'une compétence culturelle.

1.1.6. Compétence culturelle et ethnonursing :

L'Office of Minority Health des États-Unis définit la compétence culturelle comme « *un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques congruents qui se rassemblent dans un système ou un organisme, ou entre les professionnels et favorisent un travail efficace dans des situations transculturelles* ». Selon Purnell, la culture se rapporte à la totalité « *des comportements socialement transmis à l'égard des arts, des croyances, des valeurs, des coutumes et habitudes de vie, de tous les produits du travail humain et des caractéristiques de la pensée des personnes composant la population* ». La culture guiderait la perspective, la vision du monde et la prise de décisions : « *il s'agit de phénomènes émergents qui changent la réponse à un phénomène global* ». Or, bien que relevant du domaine de « *l'inconscient* », la culture confère une « *influence directe ou indirecte puissante* » sur les perceptions de la santé et de la maladie. ²⁰

Dans le domaine culturel de Purnell, la compétence culturelle signifie : devenir conscient de sa propre existence, de ses sensations, de ses pensées et de son environnement sans laisser transparaître l'influence de sources extérieures ; démontrer une connaissance et une compréhension de la culture

¹⁵ LACHKHAME, R., OUZZANI CHAHDI, F. « Les déterminants de la culture logistique hospitalière : cadre théorique et conceptuel ». Revue marocaine de recherche en management et marketing, Janvier-Juin 2017, n°16, pages 307 à 323. Disponible sur : <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/350760.pdf>

²² VONARX, N. « Culture et soins infirmiers, de l'approche biomédicale au regard anthropologique ». Soins, Juillet-Août 2010, vol 55, n°747, pages 16 à 20

²⁰ COUTU-WAKULCZYK, G. « Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell ». Recherche en soins infirmiers, Mars 2003, n°72, pages 34 à 47

de l'autre ; accepter et respecter les différences culturelles ; adapter les soins de façon congruente avec la culture du patient. « *La compétence culturelle est un processus inconscient et non nécessairement linéaire* ». ²⁰

L'évolution progressive vers l'atteinte d'une compétence culturelle se subdivise en 4 stades : La personne se situe au stade de l'incompétence inconsciente ou l'absence de conscience quant au manque de connaissances à l'égard de l'autre culture ; l'incompétence consciente signifie une sensibilisation suffisante pour identifier le manque de connaissances envers la culture du patient ; l'évolution progressive est la compétence consciente, menant à la capacité d'apprendre et de générer des éléments de la culture susceptible de fournir des interventions culturellement spécifiques ; la compétence inconsciente mène au développement d'automatismes à la prestation de soins culturellement congruents à des patients de cultures différentes. Ce dernier stade de la progression de compétence culturelle est difficile à atteindre, la majorité des travailleurs de la santé n'atteindront que le stade précédent : la compétence consciente. ²⁰

De plus, il semble être primordial pour le soignant d'atteindre une compréhension de « *sa propre culture, des valeurs personnelles qui s'y rattachent et d'acquérir l'habileté de se détacher de « l'excédent de bagage » associé à la culture.* » ²⁰ Dans ce sens, Madeleine Leininger a créé les soins transculturels qui reposent sur l'analyse des comportements des enfants et des parents, qui seraient différents d'une culture à l'autre. De ce fait, la diversité culturelle engendrerait la nécessité d'adapter son approche et ses soins en fonction de la culture du patient. Cependant, une méconnaissance des cultures ne permettrait pas de répondre aux besoins de ces familles de manière optimale. Selon Leininger, « *les facteurs comme la religion, les considérations économiques et politiques, la parenté, l'éducation, le langage, le contexte environnemental et l'histoire culturelle* », influencent les soins de santé. ²⁰ Cette dernière a d'ailleurs développé le modèle du « *soleil levant* » qui représente les facteurs susceptibles d'influencer les comportements de santé et de soins dans une culture. Selon ce modèle, le soignant devrait s'attacher à comprendre le système culturel du patient afin d'identifier ses besoins et de cerner ses attentes en matière de soins. Il inciterait le soignant « *à adopter un relativisme culturel* » et « *éviter ainsi toute attitude ethnocentriste* ». Selon Madeleine Leininger, « *le caractère culturellement adapté d'un soin infirmier est le gage de sa qualité* ». ²¹ En effet, « *certaines pratiques de santé appropriées aux caractéristiques d'un environnement géographique, social et culturel donné nécessitent parfois d'être modifiées lorsqu'une personne s'expatrie dans un environnement différent* ». ²¹ Le fait de comprendre les différences culturelles permettrait d'identifier « *les lacunes dans les soins mais aussi leurs bénéfiques* ». De quoi favoriser le bien-être des patients de différentes cultures. ²⁰ Pour aboutir à une harmonie patient-soignant, M.Leininger propose le cheminement suivant : conforter le

²⁰ COUTU-WAKULCZYK, G. « Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell ». Recherche en soins infirmiers, Mars 2003, n°72, pages 34 à 47

²¹ KESSAR, Z.,LENEL, P. « Interculturalité, laïcité et fait religieux à l'hôpital ». L'aide-soignante, Juin-Juillet 2017, n°188, pages 14 à 17

patient dans son système culturel et dans ses comportements en matière de santé ; engager une négociation avec le patient afin qu'il modifie certains aspects de son système culturel jugés peu favorables au maintien de sa santé ; proposer une restructuration en profondeur de certains éléments du système culturel du patient jugé néfastes à sa santé, dont l'objectif est l'atteinte d'un meilleur niveau de santé ou de bien-être. ²¹

Leininger a également développé l'ethnonursing, correspondant aux ressources susceptibles d'alimenter le raisonnement clinique infirmier et de favoriser la qualité des soins. Selon C.Debout, l'ethnonursing constitue « *une méthodologie de recherche qualitative explorant, selon une double perspective ethnographique et infirmière, le sens, l'expression, les régularités, la fonction et la structuration des notions de santé et de soin au sein d'un groupe culturel.* » ²¹ Cette méthodologie de recherche répond à plusieurs objectifs : décrire les pratiques de soins utilisées au sein de groupes culturels étudiés dans leur environnement quotidien au regard des cadres de référence qu'ils utilisent ; repérer les conséquences positives ou néfastes de certains comportements et de certaines pratiques de santé ; identifier les similitudes et les différences observables entre différents groupes culturels étudiés ; guider le raisonnement clinique des soignants afin de concevoir des projets de soins individualisés et personnalisés. ²¹ Soignants et patients sont amenés à confronter leurs valeurs, leurs représentations et leurs objectifs en matière de santé. ²¹ La compétence culturelle se doit d'être informée par des savoirs scientifiques tels que ceux qui sont produits par l'ethnonursing, cependant la notion de culture ne peut être abordée comme « *un monolithe* ». ²¹ Le groupe culturel d'appartenance de l'individu n'empêche pas sa liberté à se construire une identité qui lui est propre. Pour conclure, faire preuve de compétence culturelle, implique pour le soignant de chercher à reconnaître l'altérité du patient, c'est-à-dire « *de repérer l'influence de l'histoire de vie de celui-ci, d'identifier ses intentions et le rôle joué par son système normatif sur les décisions qu'il prend en matière de santé* ». ² Pour se faire, le soignant se doit d'effectuer une remise en question de ses pratiques.

1.1.7. La prise en soin de la puéricultrice :

1.1.7.1. Législation :

L'article 8 de la charte de l'enfant hospitalisé réfère que « *L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille* », d'où l'importance des compétences transculturelles. ¹¹

De plus, la convention internationale des droits de l'enfant promulguée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1989 prône l'apprentissage par l'enfant du respect des valeurs nationales de son pays

²¹ KESSAR, Z., LENEL, P. « Interculturalité, laïcité et fait religieux à l'hôpital ». L'aide-soignante, Juin-Juillet 2017, n°188, pages 14 à 17

² DEBOUT, C. « L'ethnonursing pour mieux soigner en situation transculturelle ». Cahiers de la puéricultrice « L'interculturalité dans les soins », Août-Septembre 2013, 50e année, n°269, pages 10 à 14

¹¹ MORO, M-R. « Puéricultrice et diversité culturelle ». Cahiers de la puéricultrice, Avril 2009, n°226, pages 24 à 27

d'accueil et d'autres civilisations, mais aussi de celles de celui dont il est originaire (article 29).¹¹ Selon le Code de la Santé publique, l'article R.1112-46 souligne qu'à l'exception des ministres des différents cultes, tous les fonctionnaires et agents publics sont soumis au principe de neutralité religieuse dans l'exercice de leurs fonctions.¹² « *Il va de soi que les règles de neutralité doivent demeurer compatibles avec les exigences d'une bonne dispensation de soins telle qu'elle est définie par l'équipe médicale.* » La charte du patient hospitalisé, tout en affirmant la liberté d'action et d'expression des patients dans le domaine religieux, rappelle que « *Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres* ». I. Lévy précise qu'à cet égard, il convient de veiller à ce que l'expression des convictions religieuses ne porte pas atteinte : à la qualité des soins et aux règles d'hygiène ; à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches ; au fonctionnement régulier du service.¹²

La charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire DGS/DH n°22 du 6 Mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés ajoute que « *l'établissement de santé doit respecter les croyances et les convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'actions et d'expression...)* »¹²

1.1.7.2. Historique :

Le travail autour du nouveau-né et donc de la mère, doit prendre en compte les dimensions psychologique, sociologique et culturelle de la grossesse et de la naissance qui préoccupent les soignants au même titre que la prise en charge médicale.⁵ Le discours hygiéniste cherche à changer les attitudes des parents sans prendre véritablement en compte l'environnement matériel, sanitaire et éducatif de la famille (accès à l'eau, à l'éducation, type d'habitat). Son but est d'éduquer ou de rééduquer. La relation entre le soignant et la mère de l'enfant s'est articulée « *d'une manière dichotomique selon le modèle de « celui qui sait » (le soignant) et de « celle qui ne sait pas » (la mère ignorante)* ». La culture des professionnels s'est, de ce fait, opposée à la culture profane des familles.⁸ Encore aujourd'hui, même si le soignant est un être socialisé, la culture professionnelle prévaut sur la culture familiale du soignant et provoque « *un clivage dans son regard sur l'Autre* » (le patient). On s'éloigne, de fait, « *d'une relation contractuelle, d'une relation de confiance* » pour aboutir à « *une relation de subordination où les populations doivent se « soumettre » aux normes médicales scientifiques pour accéder aux soins* ». ⁸

11 MORO, M-R. « Puéricultrice et diversité culturelle ». Cahiers de la puéricultrice, Avril 2009, n°226, pages 24 à 27

12 LEVY, I. « Guide des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants ». Editions De Boeck Estem, 2013

5 CADART, M-L., EGULLION, C., EKOUE, L. « Ethnopsychanalyse en maternité ». CAIRN, 2009, n°22, pages 81 à 92

8 BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

1.1.7.3. La prise en soin de la puéricultrice dans un contexte de diversité culturelle :

Les populations rurales et même urbaines, sont confrontées, comme partout ailleurs, à « *un pluralisme d'idées sur la santé et la maladie de l'enfant* ».

Les pratiques de maternage et les soins aux jeunes enfants peuvent être appréhendés par le personnel de santé comme étant « *irrationnels* », et induisant de fait des comportements « *fatalistes* », susceptibles d'engendrer de « *la négligence* » envers les enfants. ⁸ Le modèle de prévention « *contractuel* », quant à lui, permet à la mère de s'affranchir de la tutelle d'une belle-famille à travers l'apprentissage de nouveaux soins de puériculture. Dans ce cas, des rapports de « *rivalité* » s'installent entre la famille et le médecin. ⁸ Par ailleurs, l'expérience soignante face à une culture différente, loin d'enfermer « l'autre » dans une différence, une solitude, nous enrichit et nous permet de « *cocréer, pour vivre dans un monde riche et métissé, où chacun pourra interpréter et réinterpréter le monde selon son imaginaire* ». ⁴

Prendre en compte le contexte de vie de la femme qui accouche ne veut pas dire l'enfermer dans une quelconque représentation culturelle, mais faire un pas vers elle pour entrer en communication, élaborer avec elle des propositions qui font sens et qu'elle peut entendre et comprendre. ⁵ Connaître une communauté ou une société permet d'identifier les contraintes des populations en matière de développement aux jeunes enfants (allaitement, sevrage, toilette quotidienne), des pouvoirs décisionnels au sein d'une famille, des rites qui accompagnent la naissance et la croissance d'un enfant. Cette connaissance doit permettre aux professionnels de mieux aiguïser leur regard sur la diversité des normes en matière de puériculture et d'adapter les modes d'intervention des acteurs médico-sociaux ou éducatifs au sein d'une famille ou d'une communauté, de façon à ce qu'une communication et une éventuelle négociation soient possibles. ⁸

La référence à l'identité peut devenir une référence à l'ethnicité et s'appuyer sur des « *savoir-faire* » où les individus se reconnaissent davantage dans les soins et rites familiaux que dans les gestes recommandés par les établissements de santé. ⁸ Il importe que les professionnels de la santé soient conscients de cette situation, d'une part pour ne pas enfermer les mères dans leurs « *marqueurs identitaires* », d'autre part, pour ne pas que les soignants se sentent agressés par ces attitudes, qui peuvent manifester « *un conflit de plusieurs systèmes de valeurs* », et engager, de ce fait, « *une relation conflictuelle* ». ⁸

Dans le domaine du soin, il est important de s'appuyer sur la culture du patient, qui est identifiée comme un « *levier culturel* », comme un « *moyen d'établir le transfert et de rendre le patient accessible au soin* ». ⁵ La connaissance des rites offre un instrument de travail, dans un but d'amélioration des prises en charges médicales. ⁸ Cependant, les éléments d'une culture étrangère

⁸ BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

⁴ MESTRE, C., GIOAN, Estelle. « Comment la culture vient aux femmes à la naissance de leur bébé ? ». CAIRN, 2014, n°70, pages 85 à 92

⁵ CADART, M-L., EGULLION, C., EKOUE, L. « Ethnopsychanalyse en maternité ». CAIRN, 2009, n°22, pages 81 à 92

peuvent faire « écran », barrer l'accès à un travail d'élaboration nécessaire à la prise en soin.

Pour répondre au mieux aux besoins culturels de chacun, des consultations transculturelles se développent en France. Ces consultations personnalisées sont mises en œuvre pour que la rencontre et les relations parents-enfants « *s'établissent dans des conditions « suffisamment bonnes » tout en s'adaptant au situation particulière* ». Selon Moro, les spécificités de cette consultation sont de permettre à « *la pluralité* » du sujet de s'exprimer dans toutes ses appartenances culturelles, y compris avec « *ses zones d'ombre* », dans le but de rendre ces futures mères actrices de leur grossesse et de les accompagner à « *sortir de l'irreprésentable en utilisant les ressources de la culture quand les mots de l'intériorité manquent* ». ⁵ Pour se faire, une position thérapeutique doit être adoptée par le soignant. Georges Devereux cite les trois types de thérapie transculturelle basée sur l'ethnopsychanalyse (psychanalyse et anthropologie) et liée aux consultations transculturelles. Il existe la thérapie : intraculturelle : le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture ; interculturelle : bien que le thérapeute et le patient n'appartiennent pas à la même culture, le thérapeute connaît celle du patient et l'utilise comme levier thérapeutique ; métaculturelle ou transculturelle : le thérapeute ne connaît pas la culture du patient, en revanche il comprend le concept de culture et prend en compte sa variabilité. Ce type de thérapie dite « *transculturelle* » est celle dans laquelle nous nous reconnaissons.

5

Selon Lallemand (1998), ne présenter qu'un trait culturel isolé sans le recontextualiser « *c'est risquer de faire balancer ces pratiques dans l'absurde et de fermer (...) toute possibilité de compréhension d'une complexité cohérente, dans le domaine matériel comme celui des représentations religieuses (...) c'est risquer de fausser le sens de ces éléments qui ne se justifient que par référence à cet ensemble qui lui imprime sa rationalité* ». ⁸ Quand certaines conduites ne sont pas connues elles peuvent provoquer divers jugements de valeur à l'encontre des mères. Bonnet et Pourchez pensent donc que dans certaines situations, il est plus favorable de considérer certains aspects traditionnels des soins aux enfants au regard de la « *biomédecine* » afin, non pas de les critiquer, mais « *d'en tirer parti avec l'objectif d'une meilleure prise en charge des mères et des tout-petits* ». ⁸

Entre hôpital et cultures, les soignants essaient de prendre en compte les différences culturelles et religieuses dans leurs soins. L'intégration de ces éléments permet un renforcement de la parentalité et augmente l'efficacité thérapeutique. Une circulaire du 25 Novembre 2004, relative à la prise en charge des couples parents-enfant, décrit d'ailleurs plusieurs points essentiels sur une base de soins personnalisés. ¹¹ Construire un véritable partenariat avec les parents et leur famille et reconnaître leurs

5 CADART, M-L., EGULLION, C., EKOUE, L. « Ethnopsychanalyse en maternité ». CAIRN, 2009, n°22, pages 81 à 92

8 BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

compétences sont un enjeu majeur, l'expression des rites devient alors plus facile. ¹¹ Un compromis doit être établi entre le respect des rites et l'intérêt pour l'enfant, par la communication, l'échange entre les parents et la puéricultrice, le but final étant la création d'une relation de confiance. Le soignant doit s'assurer de la bonne compréhension de ses propos par les parents, en effet la barrière linguistique est présente dans certaines situations et ajoute une difficulté supplémentaire. ¹⁰ La curiosité professionnelle du soignant favorise l'échange culturel. En effet, le soignant doit avoir en tête que la théorie est différente de la pratique, il doit donc se détacher de ses représentations malgré certaines habitudes culturelles. ¹⁰ Le soignant doit donc faire preuve d'écoute et d'empathie, de curiosité ce qui lui apporte un enrichissement personnel et qui permet au patient de se sentir mis en valeur. Mais avant tout, il est important d'avoir en tête que le soignant est une personne. Sa formation de soignant a le rôle de ligne directrice mais sa façon d'exercer, son approche au patient est influencée par sa propre identité ; tout en tenant compte, évidemment, des conditions d'exercice actuelles, de l'exigence des protocoles et du manque de temps. ¹⁰ Ce qui lui permet de personnaliser sa prise en soin, notamment en situation d'accompagnement à la parentalité.

1.1.8. Accompagnement à la parentalité :

Ce qu'accompagner veut dire devrait pouvoir se comprendre « *en tension entre deux pôles* » : d'un côté, la dimension anthropologique de l'accompagnement, fondée sur une disposition humaine à être en relation avec autrui, et les interrogations sur le sens et l'éthique de ce rapport ; de l'autre, la dimension conceptuelle de l'accompagnement, ses problématiques actuelles et ses logiques, « *comme autant de critères d'adéquation à une situation sociale spécifique* ». ¹³

Il n'y a pas de technique, pas de méthode pour mettre en œuvre une démarche qui vise « *l'ouverture des autres à eux-mêmes par une mise en présence relationnelle, si ce n'est l'observation par laquelle l'accompagnateur s'ouvre au projet de l'autre* ». ¹³ La relation met en jeu toutes sortes d'échanges qui sont perçus comme des « *dons* » par ceux qui les reçoivent alors qu'ils font partie des « *obligations* » professionnelles. L'accompagnement servirait de modalités de liens entre les hommes. « *Accompagner c'est se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui* ». L'accompagnement sollicite un cheminement en commun. ¹³

Gaston Pineau introduit l'accompagnement sous le signe de « *la pluralité de ses usages sociaux et la transversalité de ses expressions culturelles* ». L'accompagnement est défini comme un « *art des mouvements solidaires* ». ¹³ Notion qui procède du « *bénévolat* » (le don de soi) vers la « *professionnalisation* » (l'implication de soi). ¹³

¹¹ MORO, M-R. « Puéricultrice et diversité culturelle ». Cahiers de la puéricultrice, Avril 2009, n°226, pages 24 à 27

¹⁰ Entretien avec une sage-femme de PMI

¹³ PAUL M., « L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique ». Editions L'Harmattan, 2004

L'accompagnement en lui-même repose sur trois principes : le principe de « *similitude* », l'autre est semblable à moi ; de « *dynamique* », l'autre comme moi peut changer ; d'« *altérité* » ou « *d'opposition* », l'autre est radicalement différent. ¹³ Il n'y aurait accompagnement que s'il y a : « *relation impliquante* », l'accompagné et l'accompagnant s'impliquent dans l'échange ; « *dissymétrie* », lien entre égalité et inégalité ; « *intersubjectivité* », relation égale entre l'accompagné et l'accompagnant ; « *transition* », la relation d'accompagnement est instaurée à l'occasion d'un « *passage* » ; « *processus* », recherche d'une amélioration en prenant compte de l'histoire de l'accompagné mais aussi de l'accompagnant ; « *démarche conjoncturelle* », il s'agit ici d'utiliser les atouts et capacités de chacun. ¹³

C'est la capacité pour l'accompagnant de jouer ces différents « *registres* », selon les personnes et les circonstances, qui offre la possibilité pour l'accompagné de se trouver lui aussi dans une « *attitude d'ouverture réflexive et critique* » parce qu'il se doit lui aussi de penser, réfléchir, délibérer, à partir de ce qui surgit dans l'interaction, ce qui pour lui devient « *signifiant* ». ¹³ La posture d'accompagnement ne doit sa spécificité qu'à « *la pluralité* » dont elle doit faire un usage approprié. En effet, on retrouve la pluralité des fonctions, des positionnements professionnels, des rôles et des comportements. ¹³ Ce qui intéresse aujourd'hui, c'est bien « *la trace* » laissée par un individu : son trajet, son parcours, son itinéraire, son chemin. C'est l'humain, en tant qu'« *être social* », dans ses migrations, ses transitions, ses exclusions, ses essais et erreurs que l'on tente encore aujourd'hui de comprendre et d'accompagner. Le terme accompagnement lui-même évoque quelque chose de vital pour l'existence humaine, dès lors qu'il se donne « *en partage* ». ¹³

Ainsi, l'accompagnement semble répondre à 4 niveaux de nécessité : nécessité « *vitale* », les hommes vivent « *en relation* » et c'est par la relation des hommes entre eux que chacun peut « *grandir* » ; nécessité « *culturelle* », l'accompagnement dans sa contribution à la réparation des liens sociaux participe à « *l'articulation de l'individuel et du collectif, de l'autonomisation et de la socialisation* » ; nécessité « *méthodologique* », le sens de l'accompagnement se découvre au travers d'un « *comment accompagner autrui pour qu'il acquiert autonomie et responsabilité alors que nul ne peut le décréter pour l'autre sinon en prenant compte de son individualité ?* » ; nécessité « *existentielle* », le sens de l'accompagnement est à rechercher dans « *une construction identitaire et une adaptation sociale* ». ¹³ L'accompagnement permet à l'individu de se sentir capable « *d'initier un processus par lequel il se révélera une personne, un sujet pensant, parlant et agissant de manière autonome, un être en formation* ». ¹³

La notion d'éthique apparaît donc. En effet, l'éthique a une place fondamentale dans l'accompagnement car il nourrit l'effort pour susciter l'émergence de l'autre, le rapport au monde et le rapport à autrui n'étant pas donnés indépendamment l'un de l'autre, on parle d' : « *exercice éthique* »

¹³ PAUL M., « L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique ». Editions L'Harmattan, 2004

pour le professionnel qui cède par le retrait, par la retenue la place à l'autre, contribuant à le fonder dans son appréhension critique du monde ; d' « *exigence inventive* » pour le professionnel pour concevoir et proposer des chemins. ¹³ Si l'éthique, pendant des siècles a été pensée en relation avec des normes transcendantes, désormais, « *l'essentiel n'est plus la conformité à une norme extérieure mais l'épanouissement et l'expression de sa propre personnalité* ». ¹³

On ne peut pas parler d'accompagnement sans parler de Counseling qui se définit comme « *un ensemble de pratiques qui permet à la personne de trouver sa solution personnelle à un problème donné, à un moment donné* ». Selon Rogers, cette philosophie de la personne a pour principe de croire que : ce qu'il y a de plus profond dans l'homme est digne de confiance, chaque individu a en lui les ressources pour sa propre croissance et changer l'idée qu'il a de lui-même « *pourvu que lui soit assuré un climat d'attitudes psychologiques facilitatrices que l'on peut déterminer* ». Les conditions de base du Counseling sont : l'authenticité, l'ouverture ou congruence ; le respect de l'autre ou considération positive ; la compréhension interpersonnelle, l'intérêt pour autrui ou empathie. ¹³ Plus précisément, l'empathie qualifie le processus relationnel et la structure de cette relation d'aide, tendant à devenir « *un accompagnement (psychologique, éducatif ou social) d'une personne (ou d'un groupe) confrontée à une crise ou à des événements nécessitant d'opérer des changements dans le but de prendre ou reprendre le contrôle sur sa vie et son histoire* ». ¹³ Le Counseling est intégré au sens large à un contexte social (une famille, une communauté, une culture), et au sein duquel il tente de développer des « *modalités d'actions socioprofessionnelles et socioculturelles* ». ¹³ Selon PAUL M., cette forme d'accompagnement, à la fois psychologique, éducative et sociale, désigne donc une situation dans laquelle deux personnes constituent une relation jouant une fonction de socialisation, l'une faisant appel à l'autre. « *Le rapport s'instaure donc, au-delà du champ professionnel, dans la sphère même de l'existence humaine* ». ¹³

Cette forme d'accompagnement semblait donc être la plus adaptée et pertinente à développer dans ce travail de recherche. Pour un accompagnement de qualité, la prise en compte du milieu de chacun est essentielle.

Pourtant, on se méprendrait à croire que « *accompagner est se démunir* ». Au contraire, l'accompagnement fait appel aux logiques, aux ressources, aux outils de chacun. ¹³ L'action professionnelle d'accompagner est composée de 3 niveaux : normatif (culturel) ; psychologique (connaissance de la personne) ; psychosocial (insertion). ¹³

L'accompagnement est essentiel dans des moments de passages, de transitions, lors desquels on se

¹³ PAUL M., « L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique ». Editions L'Harmattan, 2004

trouve dans une situation où, à la fois, « *il paraît impossible de continuer à vivre avec les vieux cadres collectifs d'organisation de la pensée et de l'action, et impossible d'abandonner des vieux cadres faute de solutions de remplacement crédibles* ». ¹³ De ce fait, le lien entre accompagnement et diversité culturelle est évident. La maternité en contexte de diversité culturelle étant composée de nombreux moments de passages et de transitions cruciaux. L'accompagnement de ces familles demande d'intégrer leurs histoires et leurs besoins, ainsi que les éléments culturels en jeu, afin d'éviter les malentendus nuisant à une relation de confiance. S'adapter à chaque mère et à chaque bébé permet ainsi de favoriser l'installation d'interactions précoces. ¹⁶ Dans ce contexte, c'est l'accompagnement à la parentalité qui se joue.

Depuis toujours, le lien entre la mère et l'enfant est à la fois « *biologique et affectif, avec parfois des aspects mystérieux* ». ¹⁹ Les représentations de la maternité traversent le temps et évoluent avec lui. A cette relation privilégiée s'ajoute l'aspect culturel, jugé comme « *prépondérant* » dans le regard porté à la maternité. ¹⁹ En effet, les techniques de maternage varient beaucoup selon les cultures. Avec la migration de certaines femmes, elles se transforment « *au contact d'autres manières de tisser les liens mère-enfant* ». ¹⁸

Le bébé naît dans un environnement familial, culturel et social dans lequel il va grandir et qui va le façonner. Chaque culture considère ses enfants à sa façon et projette en eux « *un idéal répondant aux valeurs fondamentales* » de la société dans laquelle il vit. Cependant, l'évolution des cultures ne se limite pas aux frontières géographiques : « *les cultures vont à la rencontre les unes des autres, se présentent mutuellement et se proposent leurs différences* ». ¹⁷ Dans ce regard croisé, la différence peut être vécue comme une inquiétude ou un danger car « *ce qui est habituel pour les uns peut être ressenti comme étrange pour d'autres* ». ¹⁷ En effet, il existe mille et une façons d'être père et d'être mère et il faut respecter les différences de styles d'interactions entre parents et bébés : il convient de permettre à chacun d'être parent à sa façon. ¹⁸ La culture européenne expose le nouveau-né au monde, lui donne un prénom différencié et reconnu. Elle est dans « *l'attente de la reconnaissance du groupe social, de manifestations d'émerveillement de l'entourage* ». ¹⁷ A l'inverse, d'autres cultures le

13 PAUL M., « L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique ». Editions L'Harmattan, 2004

16 MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18

19 DEMBELE, C. « Les représentations de la maternité au fil des cultures », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 10 à 13

18 MORO, M-R. « Le lien mère-enfant en situation transculturelle », Soins pédiatrie-puériculture, Mars/Avril 2013, n°271, pages 16 à 19

17 PILLET, F. « L'art de la parentalité dans le monde », Soins Pédiatrie/Puériculture, Juillet 2011, vol 32, n°261, page 7

« cachent » pour « *le préserver du mauvais œil* ». Elles ne le nomment pas, ne le sortent pas le premier mois, maternent la nouvelle mère pendant 40 jours ou donnent au bébé un prénom rattaché à celui de quelqu'un d'autre, un prénom intime et un prénom reconnu, voire plusieurs au fil de sa vie d'enfant.

¹⁷ La conception parentale est donc importante à recueillir afin de protéger les premiers liens et de permettre leur développement. En effet, « *les mécanismes d'attachement sont indispensables au développement harmonieux et apaisé de l'enfant et de ses parents* ». ¹⁷

Toute la difficulté pour les soignants réside donc dans le fait de « *laisser de la place pour qu'émergent ces potentialités* » et de s'abstenir de tout jugement sur « la meilleure façon » d'être père ou mère. ¹⁶

Or, la tendance naturelle du professionnel peut être d'être enfermé dans ses savoirs et ne pas voir les parents comme acteurs principaux de cette parentalité. Le rôle du professionnel est en premier lieu de permettre l'émergence des capacités chez les parents, tout en leur apportant le soutien nécessaire. Certains environnements n'encouragent pas l'harmonie mère-enfant, la relation peut alors en être impactée, un métissage des pratiques, des images et des objets étant essentiel à la construction de cette dernière. ⁴

Certains éléments sociaux et culturels ont une fonction préventive permettant d'anticiper le « comment devenir parent ». On parle « *d'ingrédients* » de la parentalité : collectifs, ils appartiennent à la société toute entière, changent avec le temps, ils sont historiques, juridiques, sociaux et culturels ; intimes, privés, conscients ou inconscients, ils appartiennent à chacun des deux parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à la propre histoire familiale du père et de la mère, il s'agit de ce qui est transmis et ce que l'on cache, les blessures de l'enfance et la manière dont chacun les a colmatées ; autres séries de facteurs, intrinsèques à l'enfant lui-même qui transforme ses géniteurs en parents, le bébé est un partenaire actif de l'interaction parents-enfants et de la construction de la parentalité. ¹⁶

Plus précisément, je me suis appuyée de 3 travaux afin de comprendre le lien mère-enfant en situation transculturelle : ceux de l'anthropologue Jacqueline Rabain-Jamin (1985-1987), se basant sur l'observation des pratiques de soins dans les familles immigrées en France dans les structures de protection maternelle et infantile ; ceux de la psychologue Blandine Bril (1989), explorant le développement cognitif, sensorimoteur et psychologique des enfants en Afrique et en France ; et ceux d'Hélène Stork qui a effectué la comparaison de certaines techniques de maternage en Inde, en France et dans les familles soninkés du Mali vivant en France. ¹⁸

Selon Jacqueline Rabain-Jamin, la mère culturellement différente est mise dans une situation complexe d'avoir à « *intérioriser les valeurs de la société d'accueil en même temps qu'elle transmet*

16 MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18

17 PILLET, F. « L'art de la parentalité dans le monde », Soins Pédiatrie/Puériculture, Juillet 2011, vol 32, n°261, page 7

4 MESTRE, C., GIOAN, Estelle. « Comment la culture vient aux femmes à la naissance de leur bébé ? », CAIRN, 2014, n°70, pages 85 à 92

18 MORO, M-R. « Le lien mère-enfant en situation transculturelle ». Soins pédiatrie-puériculture, Mars/Avril 2013, n°271, pages 16 à 19

les valeurs traditionnelles ». ¹⁸ Ces difficultés ont plus d'impact dans certaines situations. Tout d'abord, le massage traditionnel qui perd son caractère « *ritualisé* », étant réalisé de plus en plus dans l'intimité et par la mère seule (traditionnellement réalisé par les grands-mères de l'enfant), il est difficile pour les mères de « *s'approprier une technique dont la mise en œuvre ne leur revient pas traditionnellement* ». ¹⁸ Concernant le portage en privé et en public, le portage est réalisé au dos à la maison mais c'est le portage occidental (porte-bébé, poussette) qui est préféré en dehors. Le portage au dos en extérieur serait considéré par ces mères comme dangereux car cela attirerait le « *mauvais œil* ». ¹⁸ Pour l'alimentation, le biberon est utilisé pour « *répondre aux inquiétudes de la mère sur sa capacité de prendre soin du bébé sans l'aide du groupe* », on parle de « *relation duelle* » entre maman et bébé qui pourrait modifier l'équilibre des échanges ; le biberon représente pour ces mères l'élément le plus important de la puériculture française. Alors que les mères occidentales préféreraient prioriser l'allaitement maternel et les tétées à la demande. ¹⁸ Concernant les pratiques thérapeutiques, peuvent s'opposer, lors d'échanges, les connaissances entre médecines occidentales et traditionnelles (guérisseurs). Cependant, « *l'adoption du système de soins occidental ne paraît pas modifier le système d'interprétation traditionnel de la maladie* ». ¹⁸

Selon Hélène Stork, « *les conceptions que les adultes d'une société donnée se font du développement et de la santé du jeune enfant influent sur leur comportement et sur le type de soins qu'ils donnent à celui-ci* » ; les styles d'interactions ainsi déterminés, entre les adultes et les jeunes enfants, impactent le développement et la socialisation de ces derniers. En France les interactions mère-enfant sont plutôt « *distales* », par l'intermédiaire de la voix et du regard ; en Inde, elles sont plutôt « *proximales* », par le toucher et les échanges kinesthésiques ; la mère migrante Soninké stimule son bébé en privilégiant massivement « *la voie vestibulo-labyrinthique* », ce qui procure au bébé « *une imprégnation rythmique précoce grâce à la richesse des contacts tactiles* ». ¹⁸

Pour résumé, la puériculture est un art plus qu'une science. Cependant, les éléments de l'ordre du privé dans l'exil s'opposent parfois aux logiques extérieures médicales, psychologiques, sociales et culturelles. ¹⁶ Tous ces éléments doivent donc être pris en compte. Ce travail de « *co-construction d'un sens culturel* » est la première étape de tout accompagnement. ¹⁶ Sur le plan préventif, on perçoit la nécessité de permettre à la femme enceinte d'avoir « *une représentation acceptable* » de ce dont elle a besoin pour elle-même et pour son bébé, d'être actrice de sa maternité, quelles que soient les difficultés qu'elle traverse. ¹⁶ « *La parentalité ne peut se construire qu'à partir de ses propres ingrédients qui se mélangent en situation migratoire* », seule condition à l'apaisement afin que soient possibles les premières interactions mère-bébé. ¹⁶ On sait l'importance de ces premiers moments pour construire une relation mère-bébé, puis parents-bébé et famille-bébé, « *qui soit harmonieuse, qui protège le bébé et lui donne envie de s'inscrire dans une histoire* ». ¹⁶ La maternité est emplie

¹⁸ MORO, M-R. « Le lien mère-enfant en situation transculturelle ». Soins pédiatrie-puériculture, Mars/Avril 2013, n°271, pages 16 à 19

¹⁶ MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18

d'histoires et de culture, et tous ces éléments sont « *des noyaux de sens, de résilience pour les parents* ». ¹⁶

La langue maternelle a également son rôle à jouer. En effet, elle aide les mères à construire des interactions signifiantes pour elles et pour le bébé. Parler au bébé dans sa langue maternelle, lui apprendre cette langue, est « *un gage de sécurité et de transmission d'ingrédients qui aide l'enfant et qui l'inscrit dans sa filiation et dans les générations qui l'ont précédé* ». C'est la manière la plus efficace pour introduire l'enfant dans le langage. La langue française viendra secondairement, elle est importante car elle lui permettra « *d'investir le monde extérieur* ». ¹⁶ Cette transmission nécessite un soutien individuel et collectif des mères afin qu'elles osent « *utiliser et transmettre avec fierté leur langue maternelle* ». ¹⁶

Seuls les parents peuvent choisir de respecter ou non leur coutume. L'écoute des besoins de chacun, tels qu'ils s'expriment dans leur diversité, est donc, dans les soins que nous apportons, notre meilleur atout. ¹¹ Avec la migration et la confrontation des différentes techniques, ceux qui sont « *en minorité* » doutent souvent de leurs propres manières de faire et ce, encore davantage, lorsque « *l'environnement d'accueil les juge moins bonnes que les siennes* ». ¹⁸ Dans ce contexte, le manque peut parfois prédominer et mettre en difficulté les mères. En effet, elles doivent s'approprier des éléments « *du monde d'ici* » en gardant ce qui leur était nécessaire « *du monde de là-bas* ». ¹⁶ La migration entraîne également « *des doutes, des pertes et souvent une grande solitude* » : autant de facteurs à prendre en compte pour protéger le lien mère-enfant en situation transculturelle. ¹⁸ Selon Winnicott, que les mères réalisent ce travail favorise le fait qu'elles puissent ensuite présenter ces mondes à leurs enfants « *à petites doses* ». ¹⁶ Il s'agit de « *s'appuyer sur leur port d'attache pour mieux explorer les nouvelles eaux* ». La solitude, contrainte liée à l'individualisme de nos sociétés occidentales, peut empêcher les femmes d'utiliser et de transmettre leur propre savoir-faire de maternage : l'accompagnement à la parentalité a donc une place fondamentale dans un contexte de diversité culturelle. ¹⁶ L'une des particularités du rite comme du soin est l'imbrication des rôles des intervenants et leur complémentarité attendue. ⁸

Pour conclure, « *prendre en compte la dimension culturelle ne veut pas dire prétendre faire un inventaire des savoirs sur les différentes cultures d'origine dont sont issues les patients, mais d'en connaître la réalité et l'importance dans l'écoute et les soins que l'on va leur porter* ». ⁵ D'ailleurs, Marie-Rose Moro rappelle que le soignant doit prendre en compte l'altérité et les métissages, et insiste

¹⁶ MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18

¹⁸ MORO, M-R. « Le lien mère-enfant en situation transculturelle », Soins pédiatrie-puériculture, Mars/Avril 2013, n°271, pages 16 à 19

⁸ BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance », Editions Erès, 2007

⁵ CADART, M-L., EGULLION, C., EKOUE, L. « Ethnopsychanalyse en maternité ». CAIRN, 2009, n°22, pages 81 à 92

sur la nécessité de se décentrer de ses représentations.⁵

1.1.9. Les représentations :

En effet, les représentations ont, elles aussi, un réel impact dans le processus d'accompagnement.

Le moment de l'accouchement est à la fois technique et public : on accouche à l'hôpital sans les siens. Il existe mille et une façons d'accoucher, d'accueillir l'enfant, de lui présenter le monde, puis de penser son altérité, parfois même sa souffrance. Tous ces « petits riens », réactivés par la maternité, ravivent des représentations qui sont « *des formes, des pensées, des images parfois dormantes ou que l'on croyait dépassées* ». ¹⁶

Selon Blandine Bril, les représentations traditionnelles de l'enfant et de son développement sont « *mises à mal* » par la confrontation avec des professionnels médico-sociaux, représentant souvent les uniques interlocuteurs de ces parents culturellement différents, « *qui ignorent ou pire, nient ces représentations et méconnaissent le plus souvent la spécificité des modes de maternages des femmes migrantes* ». Ces jeunes mères ont du mal à reconstituer seules des représentations de l'enfant qui puissent leur permettre d'effectuer « *une synthèse entre les deux systèmes de pensée* ». Le rôle du professionnel est donc de les aider à construire « *leur propre représentation du bébé en situation transculturelle* ». ¹⁸

Les besoins de l'enfant sont déterminés par la société à laquelle il appartient. En effet, Georges Devereux rappelle que « *les représentations de la nature de l'enfant, leur manière de grandir, d'être éduqués et enseignés, d'être malades et soignés dépend du corps et du psyché qui sont intimement liés, de même que l'individu l'est à son groupe d'appartenance* ». ¹¹ Notre pensée culturelle de l'enfant a un réel impact sur nos manières d'être et de faire avec lui, parents comme soignants. De plus, la conception culturelle et psychologique, que des sociétés traditionnelles se font de l'enfant ont une influence sur sa prise en soin. La façon dont les adultes voient l'enfant, « *les idées qu'ils ont de la nature et du psychisme de l'enfant* », détermine leur comportement vis-à-vis de ce-dernier, influençant donc son développement. ¹¹ Les représentations collectives exercent une large influence sur « *l'éducation, la puériculture, l'enseignement, le suivi médical et social de l'enfant, même le discours des médias* ». Le système de représentation de l'enfant s'inscrit dans l'ensemble des représentations

16 MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18

5 CADART, M-L., EGULLION, C., EKOUE, L. « Ethnopsychanalyse en maternité ». CAIRN, 2009, n°22, pages 81 à 92

18 MORO, M-R. « Le lien mère-enfant en situation transculturelle ». Soins pédiatrie-puériculture, Mars/Avril 2013, n°271, pages 16 à 19

11 MORO, M-R. « Puéricultrice et diversité culturelle ». Cahiers de la puéricultrice, Avril 2009, n°226, pages 24 à 27

assurant la cohérence du groupe. ¹¹

Quand la situation est singulière, quand elle répond à des habitudes, des normes, le professionnel de santé sait faire, il est en position de « sachant ». Cependant, le soignant peut se trouver en difficulté à l'apparition d'un nouvel élément, il doit donc faire bon usage de ses propres représentations, s'adapter aux spécificités du patient et ré-interroger ses propres pratiques professionnelles. Plusieurs travaux le montrent : la prise en compte des représentations culturelles est d'une grande efficacité. « *Elle renouvelle nos manières de penser, nous oblige à nous décentrer, à penser des modèles plus complexes et à nous départir de nos jugements hâtifs* ». Penser cette altérité, c'est permettre à ces femmes migrantes de vivre les étapes de la grossesse et de la parentalité de manière non traumatique et de se familiariser avec d'autres pensées et techniques. La migration entraîne avec elle cette nécessité du changement. Ignorer cette altérité, c'est « *non seulement se priver de l'aspect créatif de la rencontre mais c'est aussi prendre le risque que ces femmes ne s'inscrivent pas dans nos systèmes de prévention et de soins, et les contraindre à une solitude de pensée et de vie* ». ¹⁶

Je conclurais donc, mon cadre théorique en insistant sur le fait que « *face à une globalisation et à une standardisation des pratiques, qui ne fait que suivre un mouvement plus vaste et planétaire d'uniformisation de la culture* », il est important de rappeler qu'il n'existe pas une bonne ou une mauvaise manière d'organiser et de conduire les soins aux enfants, ainsi que les rites qui les accompagnent. Bien au contraire, la prime enfance doit être le lieu par excellence de la reconnaissance de la diversité, du respect de l'autre et de son développement. ⁸ L'enfant pourra être amené à penser « *Trouver sa place dehors, garder celle qui lui revient à l'intérieur, les deux ne peuvent coexister dans sa représentation, dans celle de ses parents* », il convient donc aux professionnels de prouver que l'inverse est et doit être possible, dès les premiers moments de vie. ¹¹ Dans ce sens, on peut maintenant s'interroger sur la relation paradoxale existant entre compétence et accompagnement, entre le premier terme qui relève du professionnel, de l'efficacité, de la performance, et le second qui, il y a peu, appartenait encore au domaine domestique, au bénévolat. ¹³ Au nom d'une « *universalité vide* » et d'une « *éthique réductionniste et abstraite* », nous n'intégrons pas assez ces logiques complexes, qu'elles soient sociales ou culturelles, dans nos dispositifs de prévention de soins, dans nos manières de penser et de faire. Nous nous interrogeons rarement sur la dimension culturelle de la parentalité, mais surtout, nous ne considérons pas que ces manières de penser et de faire sont utiles « *pour établir une alliance, comprendre, prévenir, soigner* ». Nous estimons sans doute que « *la technique est nue, sans impact culturel, et qu'il suffit d'appliquer un protocole pour que l'acte soit correctement accompli* ». ¹⁶

11 MORO, M-R. « Puéricultrice et diversité culturelle ». Cahiers de la puéricultrice, Avril 2009, n°226, pages 24 à 27

16 MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18

8 BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». Editions Erès, 2007

13 PAUL M., « L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique ». Editions L'Harmattan, 2004

2. Problématique :

L'étude des différents concepts m'a permis d'affiner ma question de départ et de poser la problématique suivante :

« En quoi l'accompagnement à la parentalité de la puéricultrice de maternité est-il à mettre en lien avec sa compétence culturelle ? »

2.1. Introduction :

La maternité d'hier et d'aujourd'hui mérite une considération particulière. Elle n'est pas simplement l'affaire de la mère, du père, de l'enfant, *« elle implique et fait intervenir la compétence des professionnels. Ceux-ci doivent prendre de la distance, comprendre les enjeux psychologiques, moraux, économiques et même parfois religieux de la maternité. Cette prise de distance et cette compréhension permettent de cerner la maternité selon les cultures, les sociétés, les époques et parfois les catégories socio-professionnelles »*. En tenant compte de ces paramètres, le professionnel est en mesure d'adopter une attitude lui permettant *« d'éviter les préjugés et la stigmatisation »*. Cette posture professionnelle permet de comprendre que si la maternité est un moment unique dans la vie, elle est appréhendée différemment par chaque mère qui a besoin, pour mieux la vivre, de conseils, d'orientation et d'accompagnement spécifiques.¹⁹

En effet, une connaissance, même partielle, de ces traditions est nécessaire au soignant de culture occidentale *« afin de ne pas braver les interdits et de tenter d'acquiescer la confiance des patientes »*. Pour cela, une écoute de la patiente et de son milieu, des explications adaptées, aidé par d'éventuels médiateurs culturels, sont indispensables. Vouloir appliquer d'emblée nos protocoles occidentaux sera souvent mal compris et mal accepté, nécessitant un minimum d'adaptabilité.⁶ La connaissance du vécu de la diversité permettra au soignant d'accompagner les familles avec justesse, respect et compréhension. Il se trouvera valorisé dans ce qu'il propose de manière individualisée et singulière. Il apparaîtra alors comme un professionnel efficace et sera en mesure de proposer un espace de mise en confiance et d'écoute, propice aux échanges constructifs et au partage.¹⁷

Nos sociétés favorisant plus la transmission professionnelle que la transmission intrafamiliale, l'attitude bienveillante des professionnels sera déterminante pour les aider à se souvenir de ce savoir et à l'utiliser conjointement avec nos techniques d'ici. *« Accompagner ces mères et leurs bébés, c'est*

19 DEMBELE, C. « Les représentations de la maternité au fil des cultures ». Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 10 à 13

6 CARLES, G. « Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique ». Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, Avril 2014, vol 43, n°4, pages 275 à 280

17 PILLET, F. « L'art de la parentalité dans le monde », Soins Pédiatrie/Puériculture, Juillet 2011, vol 32, n°261, page 7

donc d'abord se métisser soi-même ». ¹⁶ La spécificité de l'accompagnement est de s'inscrire dans une relation qui va « *au-delà de la tâche définie et au-delà du seul souci de l'autre* ». Le professionnel en situation de relation doit inventer une logique différente qui lui permette de « *se faire reconnaître au-delà de son expertise propre* ». Il en résulte que tout professionnel en relation d'accompagnement est également soumis à une connaissance de lui-même et au risque d'une exposition, confrontation entre son vécu personnel et la situation de l'accompagné. ¹³

L'accompagnement à la parentalité s'inscrit dans une logique de compétence, portant sur les individus, et soulignant « *l'implication personnelle et l'initiative individuelle, la capacité de répondre aux situations difficiles de la collectivité* », avec un engagement de la personne au-delà de son statut professionnel. ¹³ Le soignant doit donc faire preuve de réflexion sur ses propres pratiques et sur sa compréhension des situations de parentalité ; il paraît essentiel de « *décentrer son regard sur les autres cultures pour considérer l'art de la parentalité dans sa globalité* ». ¹⁷ Comme le savoir guide l'agir d'un accompagnant, en fonction d'une situation concrète, il importe de choisir ce qui est opportun ; il faut donc au professionnel « *répondre de ses choix* ». La pratique de l'accompagnement exige des accompagnants « *émancipés, parlants et agissants, réfléchissants et délibérants, capable d'agir de façon autonome et responsable* ». D'où l'exigence d'une pratique fondée sur des principes, principes retrouvés dans la compétence culturelle et l'ethnonursing. « *L'ouverture consciente à la diversité culturelle améliore d'autant le potentiel des travailleurs de la santé à fournir des soins culturellement compétents et l'efficacité des soins.* » ²⁰

Suite à ce résumé des notions apportées par mon cadre théorique, je peux poser avec plus de précision mon hypothèse.

2.2. Hypothèse :

La définition même de la culture correspond à un ensemble de comportements et caractéristiques bien spécifiques, propres à l'origine culturelle. Il me semble donc évident que le soignant connaisse ces spécificités pour accompagner les parents à la parentalité, qu'importe leur culture. Pour se faire la compétence culturelle et plus précisément l'ethnonursing me semble être le meilleur outil ; en effet, un des objectifs de ce dernier est d'identifier les similitudes et les différences observables entre différents groupes culturels étudiés. Analyser les différences et les similitudes culturelles permet une

¹⁷ PILLET, F. « L'art de la parentalité dans le monde », Soins Pédiatrie/Puériculture, Juillet 2011, vol 32, n°261, page 7

¹⁶ MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », Cahiers de la puéricultrice, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18

¹³ PAUL M., « L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Editions L'Harmattan, 2004

²⁰ COUTU-WAKULCZYK, G. « Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell ». Recherche en soins infirmiers, Mars 2003, n°72, pages 34 à 47

personnalisation des soins et donc un accompagnement adapté par la puéricultrice. L'ethnonursing regroupe la culture, la santé et le soin.

Cette réflexion m'a donc amené à poser mon hypothèse :

La compétence culturelle par le biais de l'ethnonursing facilite l'accompagnement à la parentalité de la puéricultrice en maternité.

A présent, afin de vérifier mon hypothèse, j'envisage l'utilité d'un outil d'enquête.

3. Proposition d'un outil d'enquêtes :

3.1. Choix de la population :

Il me semble intéressant d'interviewer des puéricultrices exerçant en maternité, lieu propice aux premiers échanges. Je choisis d'interviewer plusieurs puéricultrices avec plus ou moins d'expérience, afin de recueillir des expériences authentiques et variées. En ciblant mon entretien sur la place de la compétence culturelle dans l'accompagnement de la puéricultrice en service de maternité, je cherche à recueillir au travers des réponses des puéricultrices, les éléments clés de ces notions.

3.2. Présentation de l'outil exploratoire :

L'outil qui me semble le plus approprié s'appuie sur des entretiens semi directifs. Ce choix me paraît le plus judicieux dans le cadre d'une recherche s'appuyant sur des acquis, du vécu et des expériences pouvant se révéler très diversifiés. L'enquête aura pour objet de rechercher la place de la compétence culturelle dans l'accompagnement de la puéricultrice en service de maternité, plus particulièrement dans un contexte de diversité culturelle. Les entretiens semi directifs permettent à la personne interviewée de répondre avec les mots qu'elle souhaite et dans l'ordre qu'elle désire afin de recueillir des informations sur la pratique des soignants et non sur ses connaissances. De plus, le thème premier de ce travail, étant relatif à la pratique de la puéricultrice en service de maternité, amène des réponses d'ordre qualitatif, à analyser sur la base d'un entretien semi directif. Mes ressources bibliographiques, étant en lien avec mes mots clés, m'ont permis d'identifier différents thèmes supports de mon guide d'entretien.

4. Analyse :

4.1. Déroulement des rencontres avec les professionnels :

Les 2 premiers entretiens se sont déroulés dans le service de maternité dans une pièce au calme, où les soignantes étaient entièrement disponibles à l'entretien. Le 3ème entretien a été réalisé par visioconférence au vu du contexte sanitaire. Chaque personne a accepté que l'entretien soit enregistré, j'avais bien précisé en préambule que celui-ci resterait totalement anonyme. Certaines questions, ont nécessité des relances. Les entretiens ont tous duré environ 20 minutes. Grâce aux enregistrements, j'ai retranscrit intégralement les entretiens afin de pouvoir en réaliser l'analyse selon la méthode de

Laurence BARDIN, sociologue.²⁵ Suite à la retranscription intégrale des entretiens, j'ai dans un premier temps enlevé mes questions, les relances, les reformulations, les mots parasites. Dans un deuxième temps, j'ai repris chaque phrase que j'ai découpé en unité de sens, j'ai ainsi pu trouver 551 unités de sens. Ceci m'a permis de repérer, répertorier les thèmes et les sous thèmes qui se dégagent. J'ai donc pu réaliser un tableau à double entrée nommé tableau d'occurrence que j'ai rempli en classant les unités de sens dans les cases par leur numéro. Ce tableau m'a enfin permis d'explorer les résultats.

4.2. Résultats de l'exploration de terrain :

Tout d'abord, il m'a semblé pertinent d'interroger des professionnelles avec des expériences variées, en effet, 2 d'entre elles ont une expérience entre 14 et 31 ans en maternité ; la dernière personne interrogée est une jeune diplômée, débutant sa carrière en maternité. Ce qui me permet donc d'avoir des points de vue distincts et riches.

Selon les professionnelles, les spécificités de la prise en soin en maternité sont l'accompagnement à la parentalité, qui est un rôle très important, en effet il permet aux parents de devenir autonomes pour le retour au domicile. Les conseils de sortie sont dispensés à la maternité pour que ce retour au domicile soit optimal. Pour se faire, les consignes de sécurité sont revues concernant notamment le couchage et l'habillement de l'enfant ; l'environnement dans lequel l'enfant va évoluer est également discuté. Les auxiliaires, qui ont un rôle essentiellement éducatif, travaillent en collaboration avec les puéricultrices autour de cet accompagnement. Cette collaboration permet aux puéricultrices de déléguer certains actes afin de réaliser un accompagnement plus ciblé, notamment sur l'alimentation et l'hygiène. Dans les spécificités revient également l'éducation de la maman ainsi que la prise en soin globale du bébé. Quelques soins techniques et examens sont également spécifiques à la maternité et doivent être expliqués aux parents. La puéricultrice de maternité dispense aussi les cours sur l'allaitement maternel. Lors de sa prise en soin, la puéricultrice veille également à inclure le papa, la fratrie.

L'idéal est de poser les bases en maternité, toujours dans l'objectif d'un retour à la maison optimal ; pour se faire, la puéricultrice adopte une attitude particulière. Cette attitude repose sur l'écoute afin d'amener maman et bébé dans des moments sécurisants, sans prendre des risques, il s'agit de trouver un juste milieu entre les besoins de maman et les règles de bonnes pratiques. Pour cela, la puéricultrice cherche à savoir les connaissances des mamans, elle écoute et fait le tri de ce qui est vrai et faux parmi leurs connaissances. Les connaissances de chacune étant très variées, elle doit être porteuse d'une capacité d'adaptation. Une fois la connaissance de la maman recueillie, il faut parfois réajuster,

²⁵ QUIVY R. et CAMPENHOUDT L.V. Manuel de recherche en sciences sociales, 3ème éd. Paris : Ed. Dunod, 2006. 256p

replacer la chose. Mais c'est ce qui est intéressant en maternité. Il ne faut ni s'obstiner à tenir le même discours, ni arriver avec une « science infuse » car cela pourrait devenir « ennuyeux ». De plus, la puéricultrice a un rôle éducatif et social, sans pour autant trop en dire ou en faire. Elle est obligée de limiter un peu l'éducation, les séjours en maternité étant très courts il est impossible de tout voir. Il faut donc s'assurer rapidement qu'elles comprennent bien, qu'elles ne fassent pas d'erreur une fois de retour au domicile. La posture particulière de la puéricultrice en maternité a pour objectif l'accompagnement des parents dans leur parentalité, tout en leur transmettant les recommandations officielles et tout en s'adaptant à leurs valeurs, leurs cultures, leurs rites.

L'accompagnement à la parentalité est un domaine très large qui englobe pleins de choses. Tout d'abord la sécurité : générale, affective ; avec toutes les surveillances qui en découlent. Pour se faire les parents doivent rapidement devenir autonomes, la puéricultrice dispense donc de nombreux messages préventifs aux parents : la mort subite du nourrisson, le syndrome du bébé secoué ; de nombreux thèmes liés à la dure réalité du quotidien sont abordés avec légèreté et humour afin de dédramatiser la gravité de ces accidents. Lié à la prévention, le calendrier vaccinal et les principaux examens à venir sont abordés. Les soins d'hygiène et de confort sont également abordés en collaboration avec l'auxiliaire de puériculture. L'accompagnement à la parentalité est le rôle le plus spécifique à la puéricultrice de maternité, cet accompagnement est relayé à la sortie de maternité par la PMI. Il est important de rappeler aux parents qu'il n'y a pas de monde emploi idéal du parent parfait. Dans certaines situations, les parents sont souvent livrés à eux-mêmes, sans ascendants pouvant montrer l'exemple ou conseiller au retour à la maison. Cependant, ce cocon familial peut être une vraie ressource dans l'accompagnement à la parentalité, notamment s'il s'agit d'une primipare. Ces parents sont donc en attente d'informations, ils ne cherchent pas de suite à être acteur de leur parentalité, ils sont davantage « consommateurs », c'est plus rassurant. Ces situations poussent également la puéricultrice à se questionner davantage afin de vérifier la bonne compréhension de ces parents en devenir. Pour un accompagnement à la parentalité optimal, il faut vraiment s'adapter au bébé et à son cocon familial, son environnement familial. Il faut surtout prendre en compte le couple maman-bébé et papa qui intervient pour bien accompagner la triade. Il ne faut pas hésiter à se servir d'outils afin que la communication et la compréhension soient de qualité. L'accompagnement se doit d'être personnalisé, certaines choses seront davantage vues avec certaines mamans qu'avec d'autres. L'accompagnement est également orienté par les questions que les parents se posent, tout part d'eux. Pour résumer, les clés d'un accompagnement à la parentalité réussi sont l'écoute, l'adaptation et le respect des valeurs de chacun. En effet, pour que les parents se sentent bien dans leur parentalité il est important de les accompagner dans leurs traditions.

Les puéricultrices, en prenant en soin des patientes culturellement différentes, ont constaté que ces dernières avaient l'habitude de faire comme elles le sentent, comme elles l'ont appris ou vu faire dans leur culture. Ce n'est pas toujours en adéquation avec les règles de bonnes pratiques mais elles vont

donc tout de même essayer de comprendre et réajuster si nécessaire. Parfois, elles écoutent et acceptent le changement avec plaisir, elles savent en tirer les bénéfices, notamment les femmes avec un niveau d'études plus élevé ; d'autres sont un peu plus « bornées », mais elles finissent toujours pas se rendre compte des choses plus ou moins rapidement. Les mamans venant accoucher en France semblent énormément s'adapter à ce qui est fait en maternité pour que cela se passe bien, elles posent beaucoup de question et nous sollicitent beaucoup pour s'occuper de leur bébé. Il y a une bonne adaptation des deux partis tout au long du séjour. Même si le séjour peut être « lourd » car un rythme culturel français est imposé, elles rentrent dans le « moule » assez facilement. L'attitude de ces femmes n'est pas forcément liée à leur mode de vie, mais davantage à ce qu'elles ont lu et les progrès qui sont fait dans ce sens. Certaines expliquent volontiers leur pratique.

Les puéricultrices ont illustré leur propos de quelques exemples. En effet, des publics variés sont rencontrés en maternité : des parents maghrébins, de la communauté des gens du voyage, d'Afrique centrale, d'Inde, de Chine. Ils ont tous des rites, des cultures, des valeurs personnelles.

Dans les pays d'Afrique, les femmes ont l'habitude de manger très épicé, elles se font donc ramener leur propre nourriture. Certaines s'intéressent beaucoup à l'hygiène du bébé, à sa flore. D'autres préfèrent laisser s'exprimer leurs habitudes culturelles à la sortie de maternité, comme couper les cheveux de l'enfant dans ses premiers jours de vie. Dans les pays d'Afrique, quelques mamans Comoriennes ont une culture très différente. Les cultures d'Afrique du Nord aussi où la maman ne va pas faire beaucoup de soins au bébé, elle va se reposer et lui donner à manger. Concernant l'alimentation, beaucoup de mamans de culture différente choisissent un allaitement mixte au démarrage, c'est très culturel ; les biberons montreraient une certaine richesse, alors que certaines refusent catégoriquement le lait artificiel. Tout comme des mamans de culture française peuvent choisir un allaitement artificiel. Il existe aussi des rites faisant référence au « mauvais lait ». Concernant l'hygiène, certaines mamans ont des habitudes bien précises, en effet les mamans africaines mettent le bas du corps de l'enfant directement sous le robinet pour le nettoyer au moment du change ; la toilette est franche et vive. A l'inverse, selon une puéricultrice, les mamans chinoises et musulmanes n'ont pas forcément de rites particuliers à ce niveau ; il arrive qu'elles lavent avec leurs mains ou réalisent des lavages de nez avec une technique toute particulière, surtout en Afrique. Une puéricultrice m'a dit qu'après des lectures, elle avait appris qu'en Afrique, les bébés ne mettaient pas de couches, c'est la gestuelle du bébé qui fait comprendre à la maman qu'il va faire, comme ça il n'est jamais souillé. De même qu'en Chine ils n'ont pas de couches non plus, le fond des culottes est ouvert, c'est lors d'un voyage qu'elle s'en est aperçu. Certains rites sont aisément exprimés en maternité française, alors que d'autres sont uniquement réalisés au pays d'origine. Concernant le portage, les mamans africaines portent leur bébé à bout de bras pour stimuler leur tonus. Elles font également à leur enfant des massages toniques. Autre exemple avec les musulmans qui mettent en général les versets du coran dans le berceau, des fois avec des petits billets, les visites laissent des sous, comme

des offrandes, les mamans font également écouter des prières à leur enfant. Concernant les visites, dans certaines populations, notamment celles des Comores, d'Afrique, les visites sont très nombreuses. Pour la culture chinoise et musulmane, c'est souvent la maman ou la belle-maman qui est très présente auprès de la jeune femme et du nouveau-né, c'est culturel. En effet, dans cette population, c'est souvent la grand-mère qui s'occupe du bébé pendant le 1er mois pour que maman se repose ; la jeune mère ne doit pas bouger, faire le moins d'effort possible, les aînées prennent le relais. Pour des raisons culturelles, certaines mamans refusent la présence des hommes dans leurs chambres, même si c'est de plus en plus rare. Certains rites sont propres à une culture, une ethnie alors que d'autres reviennent dans toutes les religions.

Pour s'adapter à ce public particulier, certaines puéricultrices adoptent une attitude bien spécifique alors que d'autres accueillent ces mamans comme toutes les autres. Ces attitudes sont dans tous les cas basés sur l'écoute et la simplicité. En effet, il s'agit de chercher à savoir ce que pensent ces femmes car il est inutile de vouloir guider à outrance ces parents. Pour cela, la communication est essentielle. Bien que certaines expressions culturelles ne soient pas rencontrées dans la pratique quotidienne, dans la culture occidentale, la puéricultrice doit être capable de s'adapter sans forcément critiquer ou juger, même si ce n'est pas facile pour tous, car il n'y a pas de normes. Les puéricultrices avouent cependant que si ces mamans rentrent dans le « moule » habituel, c'est plus facile car elles ont moins de questions à se poser. La puéricultrice peut se sentir déstabiliser par certaines pratiques mais si elle sait que c'est culturel, elle se doit simplement de respecter, tout comme le reste de l'équipe pluridisciplinaire. L'explication et la réassurance de la puéricultrice est essentielle dans ce genre de situation. La prise en soin de ces patientes est basée sur l'échange ; nous pouvons leur apporter des choses en tant que professionnelle, tout comme elles peuvent nous amener des choses aussi. Il y a des choses qui peuvent être assimilées par la professionnelle. C'est cet échange qui est intéressant et interactif, la professionnelle ne doit pas arriver avec sa science infuse en disant « je sais ». Par exemple, par rapport à la circoncision ou au ramadan, les mamans peuvent nous apporter des explications tout comme nous pouvons les orienter. L'information doit être adaptée, personnalisée à la culture. Bien que certaines pratiques ne soient pas au goût de toutes les mamans, certaines sont essentielles au bien-être de l'enfant, la puéricultrice demande donc à la maman une grande capacité d'adaptation. Pour autant, il ne faut jamais vouloir rentrer en force, la confrontation n'est pas du tout la bonne façon de faire, il s'agit plutôt d'adapter les choses en essayant d'arrondir les angles pour gérer mieux les choses en trouvant des alternatives. Par exemple, les puéricultrices et les mamans peuvent être en désaccord quand il s'agit de comparer lait maternel et lait artificiel, pour autant la professionnelle se doit de ne pas braquer la maman. De même pour le sujet de la toilette, il est essentiel que la puéricultrice fasse au moins une toilette au nouveau-né en maternité pour voir si tout va bien, s'il n'y a pas d'anomalies car des fois l'accouchement va tellement vite, nous recommandons les bains enveloppés à 2 jours de vie ; certaines mamans ont du mal à assimiler cette information, il faut donc

leur laisser le temps. A l'inverse, si la maman souhaite laver son bébé directement après la naissance la puéricultrice ne peut pas lui interdire, cela fonctionne dans les deux sens. La puéricultrice se doit de faire confiance aux mamans, de partir de leurs envies et besoins, du moment que le bébé est bien, qu'il est en sécurité et qu'il n'y a pas de gestes brusques ou autre il n'y a rien qui s'oppose à laisser faire ces mamans ; il y a tout de même un minimum, un juste milieu car on doit tout de même s'assurer qu'elles sachent effectuer les soins chez leur enfant.

Devant la multiplicité des publics accueillis, les professionnelles peuvent tout de même se retrouver en difficulté. Pour certaines, ces difficultés sont davantage assimilées à des aprioris. Les puéricultrices peuvent accueillir des milieux sociaux défavorisés avec des personnes qui ne savent pas écrire, pas lire. La problématique est également rencontrée en cas de barrière de la langue où il arrive qu'aucun des parents ne parlent le français, parfois un des deux le parle mais cela reste compliqué, notamment quand c'est la maman qui ne parle pas du tout le français. Une des puéricultrices relate une situation où elles se sont vraiment trouvées en difficulté car elle voyait que la maman ne comprenait absolument pas ce qu'elle expliquait et elle ne voyait pas comment faire. A cette barrière de la langue peut s'ajouter la difficulté de la diversité culturelle. Certaines puéricultrices n'ont pas de soucis à se faire comprendre, sauf s'il y a un retard mental très important. Dans ce cas là, la communication peut également être difficile. D'autres à l'inverse ont des difficultés à gérer l'incompréhension des mamans face au flot d'informations. En effet, si on en dit trop aux gens ils oublient les $\frac{3}{4}$. Il faut donc aller à l'essentiel, la moitié du message ne passe pas si on en dit trop. Les soins techniques et examens spécifiques en maternité peuvent être difficile à comprendre pour les parents. Les puéricultrices sont également amenées à prendre en soin des mamans qui n'ont pas le désir de grossesse et qui découvrent qu'elles sont enceintes de manière tardive, dans le cas d'un déni de grossesse notamment. La difficulté réside ici dans le fait qu'elles ne réalisent pas encore qu'elles deviennent mère, elles ne sont donc pas forcément impliquées dans les soins. La relation mère-enfant peut être plus compliqué à établir. Accompagner un parent qui ne prend pas encore conscience de son nouveau rôle, peut-être une étape difficile pour une puéricultrice. Il est aussi possible aussi que le papa ne soit pas du tout présent pendant le séjour et là également cela peut être difficile d'accompagner une maman seule dans sa parentalité.

Plus généralement, certaines mamans ne fonctionnent pas de la même façon que les puéricultrices, elles ne rentrent pas dans la « norme », alors qu'il n'y a pas vraiment de normes définies. Cette différence ne représente cependant pas une barrière, c'est juste un peu plus contraignant car ce n'est pas comme d'habitude. Que la maman soit de culture étrangère ou de culture occidentale, des difficultés peuvent être rencontrées dans la prise en soin ; ce n'est pas parce qu'elle est occidentale qu'elle rentre dans le « moule classique ». Dans ces situations, la difficulté réside dans le fait de trouver un terrain d'entente, sans que personne ne soit braqué. Autre difficulté, certaines mamans ont des habitudes ou des attentes qui ne sont pas forcément en adéquation avec ce que recommande l'HAS,

l'OMS. Il est donc plus difficile pour les professionnelles d'accompagner ces mamans. De plus, la réalité du terrain avec sa charge de travail et son manque d'effectif ne permet pas toujours de répondre aux besoins et respecter les souhaits des mamans de manière adaptée. Pour résumer, les difficultés rencontrées en maternité, et notamment dans un contexte d'accompagnement à la parentalité sont : le milieu social, la barrière de la langue, la différence culturelle, un handicap chez un parent, l'incompréhension globale des mamans, le déni de grossesse et l'absence du papa.

Pour pallier à ces difficultés, les puéricultrices se servent d'outils, de ressources tels que des schémas, des dessins, l'écriture le matériel est également montré et expliqué aux mamans. Dans certaines situations délicates, notamment un milieu social défavorisé, la puéricultrice se réfère aux services sociaux malgré un encadrement spécifique antérieur. D'autres professionnels peuvent également représenter des personnes ressources, comme les autres puéricultrices, les sages-femmes, le médecin et parfois la famille, les ascendants qui savent des choses et peuvent aider. En cas de barrière de la langue, des interprètes sont sollicités. Quand une grossesse est entourée d'une problématique ou est jugée particulière, un dossier de soins est créé de façon à tracer toutes les spécificités de cette dernière, de ce fait les professionnelles peuvent anticiper la prise en soin.

La puéricultrice peut également partir des connaissances et des expériences des mamans afin de réaliser un « feed-back », c'est-à-dire que l'information n'est pas donnée par la professionnelle mais par la maman elle-même afin qu'elle soit la plus personnalisée possible en réajustant si besoin.

La connaissance de la puéricultrice elle-même est également vivement sollicitée. Connaissance notamment acquise au cours de travaux de recherche tel qu'un mémoire, un diplôme universitaire. Une des puéricultrices étant porteuse d'un DU allaitement dit se sentir plus à l'aise depuis au niveau de l'alimentation. Ensuite, l'état d'esprit de la professionnelle peut représenter un réel moteur face aux difficultés. Il s'agit de ne pas être fermée, de savoir écouter les autres ; l'écoute active est un outil très utile, écoute active appréhendée également à l'occasion de la réalisation de travaux de recherche. Liée à l'état d'esprit, la gestuelle est également un solide outil afin d'appréhender une situation difficile. Le langage est adapté en fonction du public, maman déficiente mentale, maman culturellement différente, maman de langue différente... Le discours doit être adapté à chaque maman. La capacité d'adaptation est un des outils principaux des professionnelles.

Certaines utilisent davantage les outils matériels alors que d'autre se base sur leur formation, sur les cours théoriques à visée anthropologique et sociologique également. La formation peut également se faire de façon autonome, via des moteurs de recherche, des lectures, des expériences personnelles telles que des voyages. Même si la théorie représente la base, la pratique est affinée sur le terrain, notamment au cours de stage durant la formation infirmière et puéricultrice. La théorie est à adapter à chaque problématique. Cependant, la majorité des puéricultrices interrogées, davantage la plus jeune diplômée, dit avoir l'impression de ne pas avoir beaucoup de ressources pour faire face à ces difficultés et notamment à la problématique de diversité culturelle. Les cours théoriques et formations

sur cette thématique, représentant une fragile base, sont jugés insuffisants voire inexistantes. Les professionnelles peuvent être confrontées à des situations qu'elles n'ont jamais rencontrées au préalable et peuvent se sentir démunies. Des formations plus spécifiques à la diversité culturelle, dans les grandes lignes, seraient appréciées afin d'avoir l'esprit bien ouvert et de pouvoir s'adapter à chaque situation. De ce fait, les puéricultrices disent être parfois en difficulté face à leurs représentations.

En effet, avec certaines mamans, la puéricultrice peut avoir l'impression d'être dans une impasse par manque de connaissance ou d'expérience. Elle essaie de se rassurer et de se motiver à trouver des solutions ; dans la majorité des cas, il s'avère que la maman est apte à échanger sur la problématique et que tout s'arrange en discutant, en posant les choses. Dans ce genre de situations, les expériences et représentations personnelles peuvent aider, elles aident à créer une relation de confiance. C'est pour cette raison qu'il est enrichissant d'échanger sur les connaissances, les techniques de chacun ; même les professionnels sont en perpétuel apprentissage dans un but d'amélioration.

Il arrive aussi que la professionnelle est l'impression que l'information, bien qu'elle ait été dispensée et comprise, ne veuille pas être assimilée. Dans ce cas les représentations négatives sont à éviter, l'essentiel étant que le message soit passé. Une des puéricultrices a avoué être porteuse de représentations négatives quant à l'origine d'un public, en effet, dans certaines régions les conditions d'apprentissage et de vie sont délétères. L'accompagnement de ces milieux socio-économiques bas peut être difficile car les bases sont à revoir et la bonne compréhension des informations peut être difficile à vérifier. Une autre puéricultrice dit avoir elle été mise en difficulté par la possible opposition des traditions et des règles hospitalières. En effet, les règles hospitalières peuvent prendre le dessus sur le respect de la culture du public accueilli, il est donc difficile d'accompagner comme il se doit ces parents. Trouver un juste milieu entre respect des traditions et règles hospitalières n'est pas toujours chose aisée, la professionnelle se retrouve parfois partagée entre la libre expression des rites de ces familles et ce qu'elle doit leur transmettre en tant que professionnelle.

Les pratiques et les manières de prendre en soin sont en perpétuelle évolution.

En effet, il y a une dizaine d'années, l'allaitement n'était pas pris en charge comme maintenant, les puéricultrices disent avoir vu une réelle amélioration. Des choses existent pour soulager et rassurer les mamans en cas de difficultés d'allaitement maternel. Concernant l'allaitement artificiel, les laits se sont améliorés et ça c'est une bonne chose car grâce à ces évolutions, aux connaissances supplémentaires, la prise en charge est meilleure. Certaines traditions, notamment concernant l'alimentation, se ressentent moins qu'avant. Les soins de base ont été simplifiés, les soins de cordon ne sont plus fait de manière systématique, les bains ne sont plus donnés quotidiennement, les bébés ne sont plus aspirés systématiquement en salle de naissance. Cette évolution demande tout de même une grande capacité d'adaptation car l'évolution des pratiques évoluent en même temps que l'évolution de la société. Cependant, les puéricultrices ne croient pas à un possible retour en arrière les retours de ces évolutions sont très positifs. Pour autant, une des puéricultrices m'a confié ne pas être en accord

avec une nouvelle pratique : l'emmaillotement ; tendance sur les réseaux sociaux, pour elle l'objectif n'est que marketing, cette technique priverait l'enfant du bon développement de ses réflexes. Malgré ce désaccord, cette pratique est respectée et accompagnée en service. Cette amélioration passe par la multiplicité des formations sur l'allaitement, par l'expérience de chacun ; en effet, l'échange avec les mamans sur leurs cultures ainsi que l'échange entre collègues permet une pratique améliorée et plus adaptée. Mais également par l'échange pluridisciplinaire, notamment avec des sages-femmes qui participent à des colloques et informent des nouvelles pratiques. Chaque professionnel réactualise sa pratique en mettant à jour ses connaissances par des recherches individuelles et collectives. L'envie d'apprendre permet de découvrir certaines cultures pour améliorer ses attitudes et ses prises en charge.

4.3. Confrontation des données :

Mon lieu ciblé qu'est la maternité s'avère pertinent par rapport à ma problématique, en effet, comme vu dans la partie théorique, l'accompagnement à la parentalité représente une grande partie de la prise en soin des puéricultrices en maternité.

L'attitude des puéricultrices de maternité révèle l'importance de partir des connaissances des mamans et donc la nécessité d'être porteuse d'une capacité d'adaptation afin de réajuster. De plus la posture particulière de la puéricultrice comprend la transmission des règles de bonnes pratiques et la prise en soin de manière adaptée, personnalisée afin de réaliser un accompagnement à la parentalité efficace. L'idée qu'il n'y a pas de parent idéal, de mode d'emploi abordé dans le cadre théorique revient à plusieurs reprises dans les entretiens. La notion de l'aide par le groupe revient également, l'éducation étant, dans certaines cultures, l'affaire de la communauté. Les clés d'un accompagnement à la parentalité retrouvés dans les entretiens sont similaires à celles retrouvées dans les apports théoriques. L'attitude des mères issues d'une diversité culturelle révèle l'importance de la connaissance du vécu de ces dernières pour les accompagner de la meilleure façon possible. Malgré des règles hospitalières imposées d'un côté et des exigences rituelles de l'autre, une adaptation de la part des puéricultrices et des mères est possible.

Concernant l'ethnonursing, un de ces objectifs est l'identification des similitudes et des différences observables entre différents groupes culturels étudiés, en effet, par le recueil d'expérience réalisé au cours des entretiens, la multiplicité des cultures et expressions rituelles est flagrante ; certains éléments reviennent dans plusieurs cultures alors que d'autres semblent être propres à la culture. J'avais déjà connaissance de certaines d'entre elles de par mes lectures, alors que d'autres me sont apparues à travers la pratique des puéricultrices interrogées.

La communication, l'écoute et l'adaptation sont des notions retrouvées dans la partie théorique. La simplicité, la volonté d'aller à l'essentiel, évoquée essentiellement dans les entretiens, semble alors essentielle. La confrontation, à l'inverse, est à bannir malgré de possibles désaccords ; la puéricultrice doit faire preuve de souplesse. La notion d'échange, abordée brièvement dans le cadre théorique,

ressort dans les entretiens ; en effet, la prise en soin en situation de diversité culturelle apporte un enrichissement certains autant pour les mamans que pour les puéricultrices par un échange de connaissances. De même pour la notion de confiance, la puéricultrice se doit de faire confiance à la maman et de prendre le recul nécessaire afin de lui laisser une certaine autonomie dans l'apprentissage de sa parentalité. Il est également important de retenir qu'il n'existe pas de normes spécifiques, chaque maman est accueillie dans son intégrité.

Cependant, de nombreuses situations délicates peuvent être rencontrées par les puéricultrices, notamment la diversité culturelle. Diversité culturelle qui représente une difficulté associée à la barrière de la langue. La variété des personnes interrogées est intéressante car elle permet de voir que les choses sont gérées différemment d'une professionnelle à une autre ; les difficultés ne sont pas ciblées sur les mêmes situations. La réalité du terrain ajoute une difficulté supplémentaire aux situations déjà complexes ; cette réalité impose une certaine exigence aux puéricultrices pouvant faire obstacle à une prise en soin de qualité, adaptée.

De la théorie était ressorti l'importance de l'attitude soignante et de l'environnement des familles dans l'accompagnement de ces dernières. Attitude soignante basée sur l'écoute et l'adaptation. Des entretiens est ressorti la notion d'échange en équipe face à une situation complexe et l'utilisation d'interprète quand la barrière linguistique s'ajoute à la diversité culturelle ; de plus, la gestuelle de la puéricultrice a été présentée comme outil lors d'une éventuelle incompréhension. L'importance du dossier de soins réalisé en consultation pré-natale, abordé dans la théorie, est ressorti au cours des entretiens. En effet, le projet de naissance permet de cibler les besoins et attentes des familles ainsi que l'explication du déroulement de la prise en soin en maternité, étape primordiale, notamment en situation de diversité culturelle. La connaissance du soignant, au cœur même de ma problématique, a été abordé plus en détails au cours des entretiens. En effet, les puéricultrices ont cité les différents outils de connaissances, qu'il soit individuel ou collectifs. Enfin, la connaissance culturelle de la puéricultrice, passant notamment par la théorie est jugée insuffisante. Les puéricultrices disent manquer de ressources pour enrichir leurs connaissances. De ce fait, elles manquent d'armes pour répondre de manière adaptée à des situations nouvelles, fréquemment rencontrées dans le domaine de la diversité culturelle.

Dans la partie théorique avait été abordé les représentations générales de la maternité, de l'enfant. Un point sur les représentations du professionnel avait tout de même été fait, révélant l'importance du bon usage de ces représentations en situation nouvelle pour une meilleure adaptation. L'usage positif de ces représentations est ressorti des entretiens, cela permet un enrichissement autant pour la professionnelle que pour la maman. Cependant, une puéricultrice s'est confiée sur ses représentations négatives, représentant un obstacle dans certaines situations. Le lien entre culture hospitalière et culture traditionnelle a également été abordé dans les entretiens, tout comme dans la théorie. En effet, les règles hospitalières peuvent enfermer les professionnelles et les empêcher d'accompagner les

patientes dans leurs expressions culturelles. Un juste milieu est essentiel pour tous.

Dans les entretiens, la question d'évolution perpétuelle des pratiques a été soulevée. En effet, ces changements incitent les professionnelles à renouveler leurs connaissances, notamment sur la diversité culturelle. Ces modifications et l'acquisition de ces nouvelles connaissances est possible grâce à la capacité d'adaptation de la puéricultrice, les formations et l'échange pluridisciplinaire. De plus, la notion de curiosité professionnelle vue dans la théorie, a été abordée dans les entretiens.

4.4. Corrélation avec la problématique et l'hypothèse :

Ma problématique était la suivante : « En quoi l'accompagnement à la parentalité de la puéricultrice de maternité est-il à mettre en lien avec sa compétence culturelle ? », à laquelle j'avais posé cette hypothèse : « La compétence culturelle par le biais de l'ethnonursing facilite l'accompagnement à la parentalité de la puéricultrice en maternité. »

Lors des entretiens, l'accompagnement à la parentalité est apparu comme thème essentiel de la prise en soin de la puéricultrice en maternité. Les spécificités de l'accompagnement à la parentalité en situation transculturelle ont été détaillées et illustrées d'exemples, ce qui rend mon cadre théorique concret.

Même si les notions mêmes de compétence culturelle et d'ethnonursing n'ont pas été citées dans les entretiens, les éléments de ces dernières sont ressortis à plusieurs reprises. En effet, l'attitude soignante spécifique en situation de diversité culturelle, la dispensation de soins transculturels ainsi que les différences et les similitudes entre cultures ont été appréhendées.

L'attitude même de la professionnelle porteuse d'une compétence culturelle semble être acquise, cependant, les savoirs apportés notamment par l'ethnonursing semble insuffisant. Un manque d'apports théoriques au cours des formations infirmière et puéricultrice en serait la cause ; tout comme le manque de formations continues sur la thématique précise de la transculturalité. Les puéricultrices ont insisté sur le fait qu'elles se considèrent plus compétentes lorsqu'elles possèdent des connaissances sur les éléments d'une situation, ce qui n'est pas toujours le cas pour prendre en soin des patients issus d'une diversité culturelle.

Mon hypothèse est donc vérifiée, la compétence culturelle par le biais de l'ethnonursing facilite l'accompagnement à la parentalité de la puéricultrice en maternité.

5. Réflexions professionnelles :

A la suite de ce travail de recherche, il me semble d'abord nécessaire de réorganiser les apports théoriques des formations initiales infirmière et puéricultrice.

Malgré l'existence de cours appartenant au domaine des sciences humaines (anthropologie et sociologie), des outils de formation à l'approche interculturelle des soins devraient être développés pour une adéquation des soins relationnels. Le cadre réglementaire de la laïcité dans les structures de

soins ainsi que la Charte de la personne accueillie renforcent la nécessité de former les soignants dans ce domaine.

Dans les soins relationnels apparaît l'accompagnement à la parentalité qui nécessite, plus que tout, une personnalisation des soins par la compréhension des attentes des parents. En effet, l'accompagnement de ces familles demande au soignant d'intégrer leurs histoires et leurs besoins, ainsi que les éléments culturels en jeu, démarche aisée pour un professionnel porteur d'une compétence culturelle.

Cette approche pourrait passer par les compétences afin d'être intégrée par les situations de soins. En effet, la compétence culturelle est indissociable des dix compétences proposées par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et directement liée à la compétence numéro 6 « communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ».

Pour se faire, la compétence culturelle se doit d'être informée par des savoirs scientifiques tels que ceux qui sont produits par l'ethnonursing. Par l'ethnonursing, les soignants sont amenés à confronter leurs valeurs, leurs représentations et leurs objectifs en matière de santé.

L'initiation aux soins transculturels pourrait également passer par le modèle transculturel de Purnell (voir ANNEXE) formant un cadre de référence des particularités culturelles (domaine culturel particulier et concepts reliés).

Dans un deuxième temps, des formations continues ciblées sur ce sujet seraient pertinentes. En effet, une maîtrise totale de la culture du sujet est impossible car il s'agit d'un processus continu. Des formations régulières permettraient donc aux professionnels de réactualiser leurs connaissances culturelles afin d'adapter leur prise en soin et d'être des soignants culturellement compétents.

CONCLUSION

Ce travail de recherche m'a permis de donner du sens à la différence, d'acquérir de nouvelles connaissances, d'identifier mes représentations face aux différences de cultures, de prendre conscience que les diversités culturelles influent sur les attitudes des patients et sur leurs besoins en matière de santé notamment lors de moments de passage, omniprésent en maternité, nécessitant un accompagnement tout particulier. Mais avant tout, ce travail m'a permis de réinterroger ma pratique actuelle et future. Tout ceci a pour finalité d'améliorer la prise en soins des patients que je rencontrerais dans ma pratique de puéricultrice.

La formation en compétence culturelle permet d'améliorer la qualité des soins dispensés. Pour ma pratique future professionnelle, je suis dorénavant sensibilisée aux comportements et attitude entravant une prise en soins culturellement compétente. En effet, au travers de ce travail, j'ai également pris conscience des différentes caractéristiques composant la compétence culturelle donc je vais tenir compte. Je m'efforcerais d'être davantage sensible au contexte global de la personne, à son identité culturelle, à ses valeurs et ses croyances afin de fournir des soins de qualité. Plus précisément en situation d'accompagnement à la parentalité car chaque culture considère l'enfant différemment. Il existe mille et une façons d'être père et d'être mère, il convient de permettre à chacun d'être parent à sa façon. Le soignant se doit donc de laisser la place aux parents, tout en gardant sur eux un regard bienveillant, dépourvu de jugement. Les enfants et leurs parents ont tous des besoins différents et doivent pouvoir bénéficier d'une prise en soins culturellement compétente, contribuant à leur bien-être.

La mobilité lors des stages à l'étranger pourrait permettre aux étudiants en santé de posséder d'autres façons de concevoir la prise en soin. En tant que futurs professionnels, il est important de savoir se positionner et trouver sa place entre le respect des pratiques du pays et notre propre culture dans le soin.

Nos capacités d'adaptation et de de communication développées tout au long de la formation permettent de prendre en soins les patients dans un contexte de diversité culturelle. Cependant, l'intégration des compétences culturelles dans la formation initiale et continue permettrait de mieux comprendre les différentes pratiques et croyances en se décentrant de nos propres représentations et ainsi personnaliser davantage notre prise en soin, notre accompagnement.

Connaître et respecter les habitudes culturelles des mères est

« un défi de la puériculture contemporaine. »

Suite à ce travail de recherche, je suis alors amenée à me demander : **« Quelle place donnée à la compétence culturelle dans la formation soignante (infirmière et puéricultrice) ? »**

BIBLIOGRAPHIE :

Revue :

- (1) COLSON, S., COLLOMBIER, M. « Infirmières puéricultrices, infirmières pédiatriques : le contexte européen ». *Cahiers de la puéricultrice « L'infirmière pédiatrique en Europe »*, Mai 2015, 52e année, n°287, pages 12 à 14
- (2) DEBOUT, C. « L'ethnonursing pour mieux soigner en situation transculturelle ». *Cahiers de la puéricultrice « L'interculturalité dans les soins »*, Août-Septembre 2013, 50e année, n°269, pages 10 à 14
- (3) MORO, M-R. : « Modes de puériculture et migrations ». *Cahiers de la puéricultrice « L'interculturalité dans les soins »*, Août-Septembre 2013, 50e année, n°263, pages 23 à 25
- (4) MESTRE, C., GIOAN, Estelle. « Comment la culture vient aux femmes à la naissance de leur bébé ? ». *CAIRN*, 2014, n°70, pages 85 à 92
- (5) CADART, M-L., EGULLION, C., EKOUE, L. « Ethnopsychanalyse en maternité ». *CAIRN*, 2009, n°22, pages 81 à 92
- (6) CARLES, G. « Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique ». *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, Avril 2014, vol 43, n°4, pages 275 à 280
- (7) DELCUS, C. « Religion et maternité ». *Revue de l'aide soignante*, Août-Septembre 2011, n°129, pages 13-14
- (11) MORO, M-R. « Puéricultrice et diversité culturelle ». *Cahiers de la puéricultrice*, Avril 2009, n°226, pages 24 à 27
- (16) MORO, M-R. « Accompagner les mères et les bébés en situation d'exil », *Cahiers de la puéricultrice*, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 14 à 18
- (17) PILLET, F. « L'art de la parentalité dans le monde », *Soins Pédiatrie/Puériculture*, Juillet 2011, vol 32, n°261, page 7
- (18) MORO, M-R. « Le lien mère-enfant en situation transculturelle ». *Soins pédiatrie-puériculture*, Mars/Avril 2013, n°271, pages 16 à 19
- (19) DEMBELE, C. « Les représentations de la maternité au fil des cultures ». *Cahiers de la puéricultrice*, Juin/Juillet 2013, n°268, pages 10 à 13
- (20) COUTU-WAKULCZYK, G. « Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell ». *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2003, n°72, pages 34 à 47
- (21) KESSAR, Z., LENEL, P. « Interculturalité, laïcité et fait religieux à l'hôpital ». *L'aide-soignante*, Juin-Juillet 2017, n°188, pages 14 à 17
- (22) VONARX, N. « Culture et soins infirmiers, de l'approche biomédicale au regard anthropologique ». *Soins*, Juillet-Août 2010, vol 55, n°747, pages 16 à 20
- (23) CANICEIRO, A., PLAUT, S., RECOUPE, E., VEAUX, A. « Compétence culturelle et mobilité

étrangère ». *La revue de l'infirmière*, Juin-Juillet 2018, vol 67, n°242, pages 37-38

Ressource électronique :

(15) LACHKHAME, R., OUAZZANI CHAHDI, F. « Les déterminants de la culture logistique hospitalière : cadre théorique et conceptuel ». *Revue marocaine de recherche en management et marketing*, Janvier-Juin 2017, n°16, pages 307 à 323. Disponible sur : <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/350760.pdf>

(24) MEYER-BISCH, P. « Les droits culturels, enfin sur le devant de la scène ? ». *L'Observatoire*, 2008, n°33, pages 9 à 13. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-observatoire-2008-1-page-9.htm>

Livre :

(8) BONNET, D., POURCHEZ, L. « Du soin au rite dans l'enfance ». *Editions Erès*, 2007

(12) LEVY, I. « Guide des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants ». *Editions De Boeck Estem*, 2013

(13) PAUL M., « L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique ». *Editions L'Harmattan*, 2004

(14) ARSLAN, S., HEESBEEN, W. « Soins Perspectives éthiques ». *Editions Seli Arslan*, 2015

Entretien exploratoire :

(9) Entretien avec une puéricultrice de PMI

(10) Entretien avec une sage-femme de PMI

SOMMAIRE ANNEXES

ANNEXE 1 : Analyse d'entretien numéro 3

ANNEXE 2 : Tableau d'occurrence à double entrée (Méthode Laurence Bardin)

ANNEXE 3 : Modèle transculturel de Purnell

ANNEXE 1 : Analyse entretien n°3

Depuis combien de temps êtes-vous puéricultrice ? J'ai été diplômé infirmière en juillet 2018 et puéricultrice en **septembre 2019 (430)**. *Depuis combien de temps travaillez-vous en maternité ?* J'ai commencé à travailler à la maternité **dès l'obtention de mon diplôme**. Ça fait donc **environ 8 mois (431)**.

Selon vous, quelles sont les spécificités de la prise en soin en maternité ? Je ne vois pas trop ce que tu entends par spécificité. *Quels sont les objectifs de la puéricultrice de maternité ?* L'objectif de la puéricultrice en maternité est de **réussir à accompagner les parents dans leur parentalité (432) en leur transmettant les recommandations officielles (433) tout en s'adaptant (434) à leurs valeurs (435), leurs cultures (436), leurs rites (437)...** *Quelles sont donc les difficultés que vous pouvez rencontrer dans la prise en soin en maternité ?* En maternité, les difficultés que je peux rencontrer dans la prise en soins des nouveaux nés c'est parfois **la barrière de la langue (438)**. **Il m'est déjà arrivé plusieurs fois qu'aucun des parents ne sachent parler le français (439)**. **Parfois un des deux le parle mais cela reste compliqué (440) et notamment quand c'est la maman qui ne parle pas du tout français (441)**. Par exemple, la dernière fois il y a une maman son bébé était transféré et je devais lui expliquer le tire lait pour l'informer sur l'importance de stimuler sa lactation en l'absence de son bébé. **J'ai vraiment été en difficulté (442) car je voyais que la maman ne comprenait absolument pas ce que j'expliquais (443) et je ne voyais pas comment faire (444)**. Ensuite une autre difficulté, je me raccroche à ton sujet c'est **la différence culturelle (445)**, il arrive que les mamans aient **des rites bien précis (446) mais qui ne sont pas forcément en adéquation avec ce que recommande l'HAS, l'OMS (447) etc**. Ensuite une autre difficulté c'est **quand les parents ou un des deux présente des déficiences intellectuelles (448) et pour qui la communication peut être un peu compliqué (449)**. Leur expliquait **tous les soins aux nouveaux nés (450), les conseils pour la sortie (451), expliquer les différents examens que l'on fait aux bébés (452) peut être difficile à comprendre pour eux (453)**. Après ce qui arrive aussi c'est **des mamans qui n'ont pas le désir de grossesse (454) et ont soit eu une découverte tardive (455) soit un déni de grossesse (456)**. **La je peux aussi être en difficulté (457) car elles ne réalisent pas encore qu'elles deviennent parents (458) et ne sont pas forcément impliqué dans les soins (459)**. **La relation mère enfant peut être plus compliqué à établir (460)**. **Accompagner un parent qui ne prend pas encore conscience de son nouveau rôle (461), peut être une étape difficile pour une puéricultrice (462)**. Il est possible aussi que **le papa ne soit pas du tout présent pendant le séjour (463) et là également cela peut être difficile d'accompagner les deux parents dans la parentalité (464)**. Pour résumer les difficultés que je peux rencontrer en maternité

pour accompagner les parents sont : **la barrière de la langue (465), la différence culturelle (466), un handicap chez un parent (467), les dénis de grossesse (468), l'absence du papa (469).**

Ensuite, concernant la culture la culture traditionnelle, la diversité culturelle, avez-vous déjà été amené à accueillir des patients ayant des rites et des expressions culturelles bien particuliers ? Et si oui, lesquels ? **Oui, tout a fait (470).** J'ai déjà rencontré **des mamans maghrébines (471), des mamans de la communauté des gens du voyage (472), des mamans d'Afrique centrale (473), un papa Hindou (474).** Elles ont toutes des rites (475), des cultures (476), des valeurs (477). Par exemple, les mamans maghrébines dans leurs traditions (478) c'est que dès que la maman accouche elle doit se reposer (479). C'est la grand-mère qui va énormément s'occuper du nouveau né au moins le premier mois (480). A la maternité, ces mamans nous sollicitent donc beaucoup pour s'occuper de leur bébé (481) sauf que pour nous c'est compliqué (482) car on doit s'assurer qu'elles sachent effectuer les soins chez leur enfant (483). De plus, on n'est pas en nombre suffisant de personnel pour pouvoir s'occuper exclusivement de son enfant (484). **On ne peut pas vraiment respecter leur tradition (485).** Toujours concernant les **mamans maghrébines**, au niveau de l'alimentation (486) de leur nouveau né. Elles choisissent souvent l'alimentation mixte (487). Pour elles, c'est donner uniquement des biberons jusqu'à la montée de lait (488). Ce ne sont pas nos recommandations de l'alimentation mixte (489) mais nous savons que c'est culturel (490). Ensuite concernant les **mamans musulmanes (491)**, il m'est déjà arrivé de rentrer dans des chambres où la maman faisait écouter des prières à son enfant (492) avec le coran dans le berceau du bébé (493). Une fois j'ai une maman de la communauté des gens du voyage qui m'a expliqué (494) comment réaliser le change de son bébé (495). Et elle en faite sa façon de faire c'était de mettre le bas du corps de son bébé sous le robinet en le tenant à la verticale (496). Concernant les bains, nous recommandons (497) les bains enveloppés à J2 (498) cependant certaines mamans comme celles d'Afrique centrale (499) préfèrent laver leurs bébés dès la naissance pour retirer surtout le sang (500) et lavent leurs bébés d'une façon assez franche (501) et en insistant bien dans les plis (502) pour qu'il n'y ait plus aucune sécrétions de l'accouchement (503). Concernant la façon de porter leur bébé également (504), elles peuvent prendre leur bébé à bout de bras pour leur tonus (505). Toujours pour le tonus, elles font également beaucoup de massages à leurs bébés (506), des massages bien toniques (507). Concernant l'alimentation (508), quand un bébé est en difficulté et que la maman a un retard de montée de lait on propose souvent des compléments de laits artificiels (509). Cependant certaines mamans refusent absolument le lait artificiel par rapport à leur culture (510). Après il n'y en a pas beaucoup (511) mais pour des raisons culturelles certaines mamans refusent la présence des hommes dans leurs chambres (512).

Une maman aussi m'a dit vivement la sortie qu'on puisse lui couper les cheveux car c'est un rite (513). Après celui-ci n'a pas été fait à la maternité mais juste à sa sortie (514).

Comment avez-vous pris en soin ces patientes? De quels outils, ressources vous êtes vous servis ?

On les accueille de la même façon que toutes les autres mamans (515). Il n'est pas toujours simple de respecter toutes ces coutumes (516). En tant que puéricultrices nous devons divulguer certaines informations (517). Si la maman souhaite laver son bébé directement on ne peut pas lui interdire (518) mais c'est compliqué pour nous de l'accompagner (519) car cela ne respecte pas vraiment ce qu'on devrait effectuer (520). Parmi mes collègues certaines parlent arabes ou anglais (521) ce qui permet de communiquer avec les mamans ne parlant pas français (522). A conditions qu'elles travaillent ce jour là (523). J'utilise aussi mes ressources personnelles (524), ma capacité d'adaptation (525). Je n'ai pas l'impression d'avoir beaucoup de ressources pour faire face à cette diversité culturelle (526). *Pouvez-vous développer ?* Je trouve qu'on manque de cours (527) par exemple en formation sur les différentes cultures (528). J'en ai même pas eu en faite (529). Donc quand on arrive il y a pleins de choses qu'on ne connaît pas vraiment (530) ... Après quand c'est la culture au niveau de la langue on manque d'interprète (531) ou bien je ne sais pas si il y en a. Il faudrait que je me renseigne (532). Et puis parfois je suis partagée entre les traditions et ce que je dois leur transmettre en tant que professionnelle (533). *Vous pensez donc que des apports théoriques supplémentaires au cours de la formation infirmière ou puéricultrice seraient utiles ?* Oui je pense que ça pourrait être bien d'avoir quelques apports en cours (534). Après c'est compliqué de faire sur toutes les cultures (535) mais sur les principales ça pourrait être bien pour avoir les grandes lignes (536). *D'accord. De ce fait, parfois la théorie, les règles hospitalières prennent le dessus sur la culture et les valeurs du patient ? Les deux ne sont pas forcément compatibles ?* Tu as résumé ce que je pensais quand je disais les recommandations etc je voulais dire aussi les règles hospitalières (537). Parfois elles peuvent prendre le dessus sur la culture (538), c'est ce que je voulais dire quand je pensais que ça pouvait être dur d'accompagner ces dames (539). Les deux ne sont pas forcément compatibles oui (540) mais il le faudrait (541) !

Pour résumer, quels sont les éléments d'un accompagnement à la parentalité optimal dans ce

contexte de diversité culturelle ? Les éléments d'un accompagnement à la parentalité optimal sont principalement la capacité d'adaptation (542) et le respect des valeurs de chacun (543). Pour que les parents se sentent bien dans leur parentalité il est important de les accompagner dans leurs traditions (544).

Enfin, votre pratique soignante a-t-elle évolué depuis que vous avez commencé à travailler ?

Depuis que j'ai commencé travailler **mon comportement a changé (545) car j'ai appris auprès des patientes à qui je pose de nombreuses questions sur leurs cultures pour comprendre (546). Mais aussi auprès de mes collègues qui ont plus d'expérience que moi (547).**

Ce qui a permis cette évolution c'est **l'envie d'apprendre (548) et de découvrir certaines cultures (549) pour améliorer mes attitudes (550) et mes prises en charge (551).**

ANNEXE 2 : Tableau d'occurrence à double entrée (Méthode Laurence Bardin)

	Entretien 1 SOPHIE	Entretien 2 VERO	Entretien 3 LAURA
Thème 1 : EXPERIENCE	1	215	430
• Générale			
• En maternité	2, 3, 4, 5	216	431
Thème 2 : PRISE EN SOIN EN MATERNITE	6, 7, 8, 9, 10, 11	217, 218, 222, 223, 224, 225, 321, 328, 329, 330, 331, 332, 333	432, 450, 451, 452,
• Spécificités			
• Attitude soignant	19, 20, 21, 40	219, 220, 221, 316, 317, 318, 319, 320, 322, 334, 341, 350, 351, 352, 353, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 393, 394	433, 434, 435, 436, 437,
• Difficultés générales		226, 227, 228, 237, 238, 240, 241, 242, 323, 326, 327	438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 448, 449, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469
• Outil/ressource		229, 230, 234, 243, 244, 324, 325, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 354, 355, 356	
Thème 3 : CULTURE	16, 17, 18, 27, 58, 60,	247, 248, 249, 261, 263, 264, 270, 271, 273, 299, 315, 386	481, 494, 495, 514,
• Attitude patient	109, 110, 122, 123, 124, 126		
• Attitude soignant	12, 13, 14, 15, 25, 26, 27, 57, 59, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 75, 76, 78, 79, 80, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 112, 113, 115, 120, 121, 124, 125, 127, 128, 129	255, 256, 257, 258, 259, 260, 262, 265, 268, 272, 288, 289, 290, 294, 295, 296, 300, 301, 302, 312, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 388, 390, 391, 392, 395, 396	483, 490, 497, 498, 508, 509, 515, 517, 518
• Rites/coutumes	23, 24, 56, 74, 101, 102, 103, 114, 117, 118, 119, 134	245, 250, 251, 252, 253, 254, 266, 267, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 375, 376, 377, 389, 426, 427	446, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 486, 487, 488, 491, 492, 493, 496, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 510, 511, 512, 513
• Difficultés	52, 53, 54, 55, 64,	231, 272, 314	447, 482, 484, 485, 489,

	70,71, 72, 73, 77		516, 519, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 539
• Outil/ressource	133, 135, 136, 137,138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154,155, 156, 157, 193, 194, 195, 196, 197	232, 233, 246, 291, 292, 293, 297, 298, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 378, 385, 387, 425, 427, 429	521, 522, 523, 524,525, 534, 535, 536
Thème 4 : ACCOMPAGNEMENT T A LA PARENTALITE • Éléments	28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 183, 185, 186, 187, 201, 202, 203, 204, 205	235, 236, 239,	
• Attitude soignante	40, 43, 44, 50, 51, 214	363, 364, 365, 366, 367, 368	
• Attitude patient	188, 189, 190, 191, 192		
• En fonction de la culture	158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 184		542, 543, 544
• Difficultés	206 et 207		
Thème 5 : REPRÉSENTATIONS • Positifs	84, 85, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 98, 99, 130, 131, 132	369, 370, 371, 372, 373, 374	
• Négatifs	81, 82, 83, 96, 100	342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349	520, 533, 537, 538, 540, 541
Thème 6 : EVOLUTION DES PRATIQUES • Éléments	90,91, 116, 167, 168, 169, 170, 171, 198, 199	397, 398, 399, 400, 401, 402, 404, 406, 407, 408, 412, 418, 422, 423	545, 548, 549,
• Conséquences	92, 93, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 182, 200, 208, 209, 210, 211, 212, 213	403, 405, 409, 410, 411, 417, 419, 420, 421	550, 551,
• Outil/ressource	178, 179, 180, 181	413, 414, 415, 416, 424	546, 547,

