

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

ANNÉE 2012

MÉMOIRE N°

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES MATERNELLES SUR LES
COMPÉTENCES DE LEUR NOUVEAU-NÉ

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

présenté et soutenu publiquement

le 10 mai 2012

par

Elisa GRIL

née le 9 février 1990, à NARBONNE

Mme DELORME Laetitia.....Directrice du mémoire
Mme BARAILLE Agnès.....Guidante du mémoire

REMERCIEMENTS

A Mme BARAILLE Agnès pour ses conseils et sa qualité d'écoute,

A Mme GANDOIS, sage-femme cadre de la maternité de l'hôpital mère-enfant à Limoges,

Mais aussi et avant tout :

A Mme DELORME Laetitia pour sa disponibilité, son soutien et son investissement.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

LES COMPÉTENCES DU NOUVEAU-NÉ

1. Les compétences sensorielles du nouveau-né
 - 1.1 Le développement prénatal
 - 1.2 Les compétences à la naissance
2. Les capacités motrices du nouveau-né
 - 2.1 Les mouvements du fœtus in utero
 - 2.2 Les réflexes archaïques
3. Les informations maternelles
 - 3.1 La circulation et les sources d'informations
 - 3.2 Le rôle de la sage-femme dans l'éducation de la mère

MÉTHODE ET RÉSULTATS

1. Le protocole de l'étude
 - 1.1 La problématique
 - 1.2 L'objectif de recherche
 - 1.3 Les hypothèses de recherche
 - 1.4 L'intérêt de l'étude
 - 1.5 Le schéma d'étude
2. Les résultats
 - 2.1 La description de la population étudiée
 - 2.2 Les connaissances maternelles sur les compétences du nouveau-né

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Analyse de la population étudiée
 - 1.1 Le niveau des connaissances maternelles

1.2 Influence des caractéristiques de la population sur le niveau des connaissances

1.3 Les femmes qui ne sont pas intéressées pour mieux connaître les compétences du nouveau-né

2. Les points forts et les points faibles de l'étude

2.1 Les points forts de l'étude

2.2 Les points faibles de l'étude

3. Confrontation aux hypothèses

3.1 L'hypothèse principale

3.2 Les hypothèses secondaires

4. La solution envisagée

CONCLUSION

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

INTRODUCTION

Le nouveau-né a longtemps été considéré comme un être réflexe sans aucune compétence, dénué de sentiments et de sensations et dont la seule fonction était digestive (1).

Aujourd'hui, l'étude du comportement des nouveau-nés et de leurs réactions aux stimulations extérieures, montre qu'ils ont de grandes capacités cognitives et que leur environnement néonatal influence grandement leur développement ultérieur, pouvant selon les cas l'améliorer ou le détériorer (2). Mieux connaître ses capacités permettrait aux parents de stimuler l'éveil de leur enfant de façon appropriée, afin de mieux l'accompagner dans ses apprentissages(3).

L'étude a donc cherché à connaître quelles sont, aujourd'hui, les connaissances maternelles sur les compétences de leur nouveau-né.

Dans une première partie j'expose les compétences dont le nouveau-né est doté et le rôle de la sage femme dans l'éducation des jeunes mères.

Puis, je présente la méthodologie de l'étude réalisée auprès des accouchées de l'Hôpital de la mère et de l'enfant à Limoges ainsi que les résultats obtenus.

La troisième partie est consacrée à l'analyse de ces derniers et à la discussion : le projet d'action y est enfin présenté.

LES COMPÉTENCES DU NOUVEAU-NÉ

1. Les compétences sensorielles du nouveau-né

Les cinq sens sont fonctionnels à la naissance chez l'enfant arrivé à terme, ce qui lui permet d'organiser et de traiter les principales informations nécessaires à la perception de son environnement et de s'adapter à celui-ci. Cela est rendu possible par des changements se déroulant au cours de la vie fœtale et préparant les acquisitions présentes à la naissance (3). Il est utile d'examiner les compétences déjà présentes durant la vie fœtale parce qu'elles font le lit de celles présentes à la naissance.

1.1 Le développement prénatal

Le nouveau-né est doté dès la vie intra-utérine de capacités sensorielles en plein développement (4). C'est avec le développement de technologies comme l'échographie que les interactions entre le fœtus et son environnement, ont été mises en évidence et étudiées (5).

Les différents systèmes sensoriels du fœtus se développent selon un ordre bien défini et commun à de nombreux mammifères: le toucher, l'odorat, la gustation, l'audition et enfin la vision (6).

Tableau 1 : Calendrier des capacités sensorielles (semaines post-conception) (6)

Modalité	Développement anatomique	Développement fonctionnel
Toucher	7	11
Odorat-gustation	7-11	24
Audition	8	32
Vision	10	Naissance (?)

C'est selon cet ordre que nous allons détailler le développement de chaque sens.

1.1.1 Le toucher

Les récepteurs cutanés sont présents très précocement au cours de la vie fœtale. Ils apparaissent dès 7 semaines autour de la bouche pour s'étendre dès 20 semaines au corps entier. Ainsi, le fœtus présente des réactions motrices au toucher sur toute la surface de son corps dès la 13^{ème} semaine de vie (5). Cela explique pourquoi on note une augmentation des mouvements actifs fœtaux lors d'un enregistrement cardiographique ou d'une échographie.

Il est intéressant pour la mère de connaître cette compétence car elle lui permettra d'entrer en interaction avec son bébé dès le début de la grossesse : en posant ses mains sur son ventre, elle remarquera que le bébé répond en tapant contre la paroi utérine, là où sa main est posée. Ce premier contact entre son enfant et elle est important car il constitue les prémices du lien mère-bébé en suites de couches

Par ailleurs, les déplacements maternels entraînent des mouvements du liquide amniotique et du fœtus qui est comme « bercé » lorsque sa mère marche. Après la naissance elle peut reproduire ces mouvements de marche en tenant son bébé contre elle pour le calmer et faire cesser ses pleurs.

Enfin, les contacts fœtaux avec la paroi utérine et entre les différentes parties de son corps déclenchent des réflexes d'orientation buccale. On remarque d'ailleurs des fœtus « suçant leur pouce » lors d'examen échographiques (6). A la naissance, placer son doigt dans la bouche de son bébé lorsqu'il pleure peut aider à le rassurer et à l'apaiser.

1.1.2 L'olfaction et la gustation

In utero, l'activation des récepteurs olfactifs et gustatifs fœtaux est possible grâce à des stimulations chimiques présentes dans le compartiment fœtal. C'est le liquide amniotique qui est le principal vecteur de ces stimulations entre la mère et le fœtus (6, 7).

Les stimuli olfactifs présents dans le liquide amniotique ont deux origines :

- Certains éléments entrent dans la composition de base du liquide amniotique. C'est le cas par exemple de l'acide lactique qui dégage une odeur de lait ou de l'acide glycolique qui dégage une odeur de miel.
- D'autres éléments sont apportés par l'environnement et l'alimentation maternelle. Ainsi, les composants olfactifs des aliments ingérés et des molécules inhalées par la femme enceinte vont être transférés au liquide amniotique puis au fœtus qui sera imprégné d'une odeur caractéristique. C'est d'ailleurs par le liquide amniotique que la cotidine, principal métabolite de la nicotine, est transférée au fœtus de mères fumeuses (7). Il est important d'expliquer ce phénomène aux femmes enceintes, pour qu'elles comprennent la nécessité d'arrêter ou de diminuer leur consommation tabagique durant la grossesse.

Les stimuli gustatifs sont présents naturellement dans le liquide amniotique ; le glucose, le fructose ou encore l'acide citrique. C'est en déglutissant et en inhalant le liquide amniotique que les récepteurs gustatifs fœtaux sont activés (7). Là encore, la consommation d'alcool pendant la grossesse équivaut à un alcoolisme fœtal pouvant être à l'origine d'un syndrome d'alcoolisation fœtale.

1.1.3 L'audition

L'environnement sonore intra-utérin est tout à fait particulier. Il est constitué des bruits endogènes maternels et des bruits provenant de l'extérieur (6,8).

Les bruits d'origine endogène sont essentiellement liés aux systèmes cardiovasculaire et digestif maternels : battements cardiaques, respiration et péristaltisme intestinal.

Les bruits externes sont multiples et fortement atténués par le corps maternel et le liquide amniotique. Les mélodies tout comme les caractéristiques prosodiques de la parole (rythme, intonation) sont préservées et les locuteurs sont identifiables. On peut donc admettre que la reconnaissance de la voix de la mère et du père par le nouveau-né commence dès la vie intra-utérine.

La voix maternelle bénéficie d'une double transmission à la fois interne et externe. Celle-ci ne présenterait aucune atténuation voire une amplification selon les études (8).

Le fœtus réagit à ces stimulations par des modifications cardiaques : modification de la fréquence moyenne ou de sa variabilité, présence d'accélération ou de ralentissements transitoires du rythme (1,8). On observe aussi des réponses motrices à l'échographie telles que des sursauts, des mouvements des membres et des clignements des paupières (1,8). Par ailleurs, certaines mères rapportent des changements d'activité de leur fœtus lorsqu'elles écoutent de la musique ou bien à la suite d'un bruit ponctuel comme le claquement d'une porte (6).

A la naissance, le fait de lire des histoires ou de chanter des chansons que le bébé a déjà entendu in utero peut aider à le calmer et à l'endormir, en particulier si la voix lui est familière.

1.1.4 La vision

Elle constitue le seul sens inachevé à la naissance. En effet, le développement anatomo-fonctionnel des structures oculaires, des voies visuelles et des zones cérébrales impliquées dans la perception visuelle débute dès la vie intra-utérine, mais ne se terminera qu'au cours de la première année de vie de l'enfant (9).

Tous les éléments impliqués dans la vision sont formés à un stade embryonnaire précoce. Dès la 16^{ème} semaine d'aménorrhée, on observe que les yeux du fœtus bougent à l'échographie. De plus, celui-ci réagit à l'alternance clair-sombre par une accélération de son rythme cardiaque lors d'une amnioscopie ou par illumination trans-abdominale (9).

A la naissance, les yeux du nouveau-né seront stimulés par l'environnement et le développement fonctionnel de la vision se poursuivra.

1.2 Les compétences à la naissance

Elles découlent du développement organique et fonctionnel des différentes structures sensorielles au cours de la vie fœtale.

1.2.1 Le toucher

Son rôle est important pour le développement de l'enfant sur le plan perceptif mais aussi sur le plan affectif (6, 10). On distinguera la sensibilité tactile et la perception de la douleur.

1.2.1.1 La sensibilité tactile

Les nouveau-nés montrent une remarquable précocité à réagir et même à discriminer les différentes propriétés des objets et notamment leur texture. Des études ont montré une différence de succion chez des nouveau-nés de 12 jours selon la texture des tétines : lisse ou bosselée(6).

De plus, des chercheurs ont démontré que dès quelques heures de vie, les bébés étaient capables d'explorer et de reconnaître la texture et la forme de petits objets placés dans leurs mains (5).

Il a également été démontré que les nouveau-nés sont capables de percevoir la température des objets qu'ils explorent avec la main (6).

Cette sensibilité néonatale au toucher est très utilisée par les jeunes mères à qui on conseille de masser leur nouveau-né pour les réconforter. Cela les aide aussi à prendre conscience de leur corps et développer ainsi leur schéma corporel.

1.2.1.2 La perception de la douleur

Longtemps ignorée, la douleur des nouveau-nés est pourtant bien réelle. La notion ancienne et fautive d'une insensibilité du bébé à la douleur était fondée en particulier sur l'immaturité des récepteurs et la myélinisation incomplète du système nerveux en période néonatale. Les données actuelles de la littérature montrent que ce système, bien qu'en plein développement, est capable de transmettre, percevoir, répondre et probablement mémoriser une stimulation nociceptive. Plus encore, des études plaident en faveur d'une hypersensibilité du nouveau-né prématuré à la douleur (11).

En outre, les nouveau-nés réagissent à la douleur comme les adultes : par des grimaces, des cris et des modifications de leur pression artérielle (6).

Aujourd'hui, les différents soins pouvant être source d'une douleur du nouveau-né dans les maternités sont systématiquement précédés d'une antalgie : utilisation de saccharose par voie orale ou de crème anesthésiante en application locale.

1.2.2 L'olfaction

Les compétences olfactives sont les plus proches de celles de l'adulte. Dès les premiers jours de sa vie, le nouveau-né reconnaît l'odeur de sa mère qu'il distingue des autres (6). Cette odeur le rassure et l'apaise. Il est plus particulièrement capable de reconnaître l'odeur du sein maternel et de s'orienter activement vers une source imprégnée de cette odeur (1, 9). Cette capacité joue un rôle prépondérant dans la mise en place de l'allaitement maternel et est à la base du réflexe de fuissement : dès la naissance, l'enfant nu posé sur le ventre nu de sa mère est capable de se diriger spontanément vers son sein.

D'autres discriminations olfactives sont réalisées très précocement : il différencie une odeur sucrée d'une odeur rance par une modification de sa fréquence respiratoire. De plus, l'exploration des expressions faciales déclenchées par les odorants révèle des réponses jugées comme du contentement (détente des muscles faciaux, relèvement des angles buccaux, léchages et succions) lors de la présentation d'un stimulus sucré, et des mimiques exprimant le rejet et le dégoût (dépression des angles buccaux, protrusion des lèvres et de la langue, froncement du nez et des sourcils, détournement de la tête) lorsqu'une odeur désagréable est présentée (7).

1.2.3 La gustation

Le nouveau-né réagit aux trois saveurs de base (doux, amer, acide) par des modifications de son rythme respiratoire et de sa fréquence cardiaque. Dès les premières heures de vie, on peut observer des réponses typiques d'acceptation ou de rejet aux diverses stimulations gustatives : le dépôt sur la langue de stimulations sucrées déclenche des mouvements de succion et de léchage ainsi qu'une détente des muscles faciaux. Au contraire, l'administration d'une goutte de jus de citron déclenche une salivation accrue et parfois des tentatives de vomissements. Cette même réaction est observée

avec des substances amères (6,7). Ce comportement manifeste la préférence précoce des nouveau-nés pour les substances sucrées.

Le goût du lait maternel est très influencé par l'alimentation maternelle. Ainsi certains aliments comme le chou, l'oignon ou les épices vont modifier le goût du lait et le rendre plus amer ou plus acide, ce qui ne plaît pas forcément au bébé. Il est donc important de prévenir les femmes allaitantes d'éviter ces aliments afin que leur nouveau-né ne refuse pas de téter.

1.2.4 L'audition

Le nouveau-né de 2-3 jours est capable de différenciations acoustiques très fines, il distingue la plupart des contrastes phonologiques et aussi les langues naturelles en s'appuyant sur leurs caractéristiques prosodiques (rythme, intonation et mélodie) (8). Il en résulte qu'il est capable de reconnaître la voix de ses parents et de différencier celle de son père de celle de sa mère (1). De plus, il préfère entendre la voix de sa mère plutôt que celle d'une voix féminine non familière. Plusieurs études ont démontré sa préférence pour sa langue maternelle par rapport à une langue étrangère (6).

Ceci explique pourquoi c'est la voix maternelle qui arrive le mieux à l'apaiser et le rassurer lorsqu'il pleure.

Il répond aux stimulations auditives par clignement des paupières, variations de sa fréquence cardiaque et parfois en orientant sa tête vers la source du stimulus sonore (1).

Une étude montre par ailleurs que le nouveau-né est capable de se rappeler d'une comptine chantée par sa mère durant les dernières semaines de la grossesse. L'écoute de cette comptine ex utero provoque chez lui un sentiment d'apaisement, une diminution de sa fréquence cardiaque et de sa fréquence de succion (6), utile lorsqu'il pleure.

1.2.5 La vision

A la naissance, la maturation visuelle du nouveau-né est inachevée (9). Cependant, dès le moment où il ouvre les yeux, le nouveau-né est capable de diriger son regard vers un point de son environnement. On note une préférence visuelle pour les modèles proches du visage humain par la forme et la taille (9,12). La vision concerne quatre domaines.

1.2.5.1 L'acuité visuelle

Elle est très faible, environ 60 fois plus faible que celle de l'adulte ; il perçoit donc mal les détails fins et est plutôt attiré par les zones de fort contraste (1).

1.2.5.2 L'accommodation visuelle

L'accommodation visuelle du nouveau-né est limitée. Celle-ci définit la capacité de faire la mise au point sur des objets situés à différentes distances. Le nouveau-né est capable d'une bonne mise au point sur des objets situés à 21-24 cm jusqu'à l'âge de 3 mois. Cette aptitude est très adaptée puisque cette valeur représente la distance moyenne la plus fréquente séparant le visage de l'enfant de celui de sa mère, notamment lors des tétées (6).

1.2.5.3 La poursuite oculaire

Dès la naissance, le nouveau-né est capable de fixer un objet et de suivre cet objet des yeux durant un court instant, mais cela dépend aussi des conditions environnementales telles qu'une modification de l'éclairage, une différence de brillance ou un contraste de couleur. Ainsi, certains médecins considèrent que le meilleur stimulus pour obtenir une poursuite visuelle dès les premiers jours de vie est un disque de carton sur lequel sont représentés des cercles concentriques noirs et blancs (œil de bœuf) (12).

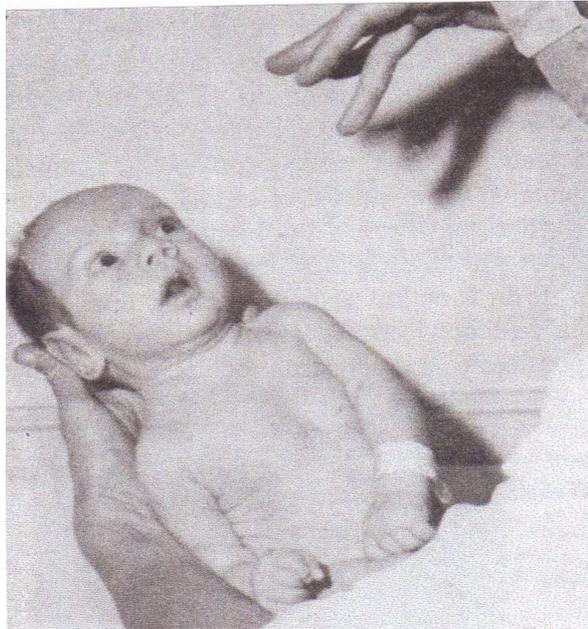


Illustration 1: Vision latérale de l'objet et poursuite oculaire (15)

1.2.5.4 La vision binoculaire

Elle concerne les ajustements nécessaires au fait que les deux yeux sont séparés de quelques centimètres. Ceux-ci produisent deux images différentes de la même scène qui sont ensuite fusionnées par le cerveau. Les nouveau-nés n'ont pas cette compétence, ce qui peut engendrer un léger strabisme durant les quatre premiers mois de la vie (6). Il faut donc rassurer les mères à ce sujet et leur expliquer que ce strabisme se corrigera seul avec l'acquisition de la vision binoculaire qui débutera vers 2-3 mois (9).

Ces compétences, bien que limitées, permettent au nouveau-né de suivre un mobile s'il ne se déplace pas trop vite et s'il est placé dans son champ de vision, de différencier un cube d'une boule s'ils ont une taille suffisante et enfin de différencier leur mère des autres femmes (1,12).

Toutefois, les coordinations sensori-motrices et visuelles sont indépendantes. Ainsi un nouveau-né ne peut attraper ce qui est vu et ne peut regarder ce qui peut être touché. En revanche, la coordination entre vision et

audition est beaucoup plus précoce, puisque dès la naissance le nouveau-né est capable de tourner sa tête et ses yeux vers une source sonore (1,6).

2. Les capacités motrices du nouveau-né

2.1 Les mouvements du fœtus in utero

Dès la 20ème semaine d'aménorrhée et parfois avant, la mère sent son bébé bouger et donner des coups. Ces mouvements peuvent être objectivés par l'observation échographique : le fœtus est doué de capacités motrices dès ses premières semaines de vie.

Tableau 2 : Chronologie du développement des mouvements spontanés au cours des périodes embryonnaires et fœtales (6)

Mouvements spontanés (Type de mouvements)	Age de la première observation (en semaines d'aménorrhée)
Sursauts	8
Hoquets	8-9
Mouvements globaux	9
Mouvements isolés	
-bras et jambe	9
-tête	9-10
Contacts main-visage	10
Etirements, bâillements	10
Ouverture de la bouche	10
Mouvements de la langue	11
Succion, déglutition	12
Mouvements oculaires	16-23

2.2 Les réflexes archaïques

Ces capacités se manifestent sous forme de réflexes dit « primaires » ou encore « archaïques ». Ce ne sont pas des réflexes au sens strict du terme mais plutôt des automatismes, c'est-à-dire des réactions motrices qui, pour une stimulation sensorielle spécifique, se déroulent de façon déterminée et

identique dans le temps (13). Il est important de préciser que ces automatismes présents à la naissance seront peu à peu remplacés par des mouvements précis et volontaires et ne doivent en aucun cas persister.

Ces réflexes étant nombreux, nous n'évoquerons ici que ceux ayant une utilité pratique pour les mères.

2.2.1 Le réflexe de succion

Ce réflexe possède une fonction adaptative essentielle puisque c'est grâce à lui que le nouveau-né s'alimentera. Une succion efficace n'est pas un phénomène continu : elle comporte des séries de mouvements séparées par un repos intermédiaire. Chez le nouveau-né à terme, une série comprend huit mouvements de succion ou plus, le rythme est rapide et elle dure quatre à cinq secondes. Une forte pression négative est perçue (le sein ou la tétine est aspiré) assurant une bonne étanchéité du système lèvres-sein ou lèvres-tétine (1).

Il faut informer les mères de ce phénomène et leur expliquer qu'il ne faut pas retirer leur nouveau-né du sein dès qu'il cesse de téter. Cela est aussi applicable lorsque l'allaitement est artificiel.

Néanmoins ce réflexe n'a pas seulement une fonction nutritionnelle. En effet, tout contact avec la bouche et les lèvres du nouveau-né provoquera de sa part un mouvement de succion. La succion non nutritive est facile à analyser en plaçant le petit doigt recourbé vers le haut sur la partie moyenne de la langue du nouveau-né : ce simple contact stimule le réflexe de succion. De ce fait, ce n'est pas parce que le nouveau-né suce vigoureusement sa tétine ou le doigt de sa mère qu'il a forcément faim (1, 6).

Ce réflexe persiste de la naissance jusqu'à quatre ou six mois de vie (6) et permet au nouveau-né d'être apaisé.

2.2.2 Le réflexe des points cardinaux

Ce réflexe est ainsi appelé car son mode de recherche est une suite de stimulations péribuccales réparties selon cette distribution : commissures labiales droite et gauche, lèvre supérieure et lèvre inférieure. Ces stimulations ont pour effet un mouvement de la tête du nouveau-né en direction de la zone stimulée, déclenchant ainsi des mouvements de flexion, extension et rotation latérale du cou. La réponse est d'autant plus rapide que le nouveau-né est loin d'une tétée (13).

C'est pourquoi il faut éviter de caresser les joues ou la région péribuccale du nouveau-né lorsqu'il tète, sans quoi celui-ci tournera la tête en direction de la stimulation et lâchera la tétine ou le sein de sa mère. Mieux vaut donc lui tapoter les pieds ou le dos pour le stimuler.

Ce réflexe est présent jusqu'à quatre ou cinq mois de vie (6).

2.2.3 Le réflexe d'agrippement des doigts

Il est aussi appelé « grasping » en anglais. Toute stimulation répétée à la face palmaire des doigts du nouveau-né provoque la fermeture des doigts sur la prise proposée. Cette réaction des doigts a tendance à diffuser le long du membre supérieur correspondant. L'enfant s'agrippe si fortement qu'il est peut être soulevé tout entier au dessus du plan de la table (13).

Ce réflexe n'a pas d'utilité pratique en lui-même mais peut parfois faciliter la manipulation du nouveau-né lors des soins. Il peut aussi favoriser le contact entre les parents et le nouveau-né lorsque ce dernier est en couveuse ou hospitalisé en service de néonatalogie et qu'il n'est pas possible de le tenir dans les bras.

Au-delà de quatre mois, ce réflexe disparaît pour laisser place à une préhension précise et volontaire (6).

D'autre part, ce réflexe témoigne d'une possibilité pour le nouveau-né de se tourner vers un point précis et de se retourner en direction de celui-ci.

Pour sa sécurité, il est donc très important de ne jamais laisser un nouveau-né seul allongé sur une table à langer même si celui-ci paraît calme : il y a toujours un risque qu'il roule sur le côté en direction d'une source sonore ou visuelle et ne tombe de la table.

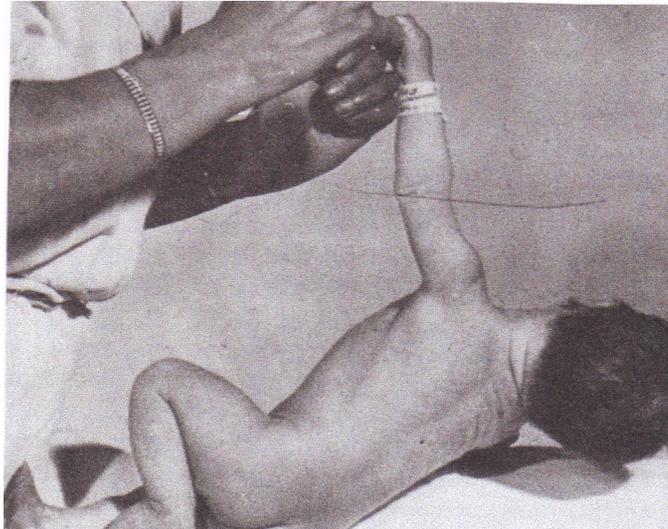


Illustration 2: Réflexe d'agrippement des doigts diffusant au membre supérieur (13)

2.2.4 Le réflexe de fouissement

Ce réflexe, déjà évoqué dans le sous chapitre 1.2.2, confirme la possibilité pour le nouveau-né de se diriger de lui-même vers un point précis et donc la nécessité de ne jamais le laisser seul.

3. Les informations maternelles

Les informations concernant les capacités du nouveau-né peuvent aussi bien se faire durant la grossesse, que lors des suites de couches immédiates en salle de naissance ou dans le post-partum à la maternité.

3.1 La circulation et les sources d'informations

Les sources d'informations sont multiples. Tout d'abord la famille et l'entourage jouent un rôle clé quant à « l'éducation » de la jeune mère. C'est avant tout à eux qu'elle posera des questions, demandera des conseils sur la prise en charge de son nouveau-né.

Les livres et internet constituent un autre moyen d'information que la future mère aura le temps de consulter durant sa grossesse. Ces sources d'informations très riches peuvent aussi bien rassurer la gestante et répondre à ses interrogations que l'inquiéter sur le déroulement de la suite de sa grossesse ou sur les soins à prodiguer à son nouveau-né.

Les femmes qui ont déjà un enfant constituent aussi une source d'informations. En effet, elles peuvent se fier à leur propre expérience et leurs propres impressions pour subvenir aux besoins de leur nouveau-né. Cependant, elles peuvent ignorer certaines compétences de leur nouveau-né ou en avoir des idées erronées.

Enfin, il y a le personnel médical, gynécologues, sages-femmes qui sont les personnes qualifiées pour répondre de façon claire et précise aux attentes de la femme mais qui ne sont pas toujours disponibles pour discuter. Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que les consultations prénatales représentent alors une bonne alternative pour recevoir des informations utiles et complètes (14).

Ces nombreuses sources, souvent combinées, laissent entrevoir la difficulté de la tâche d'éducation, les références de connaissances de chacun étant différentes.

3.2 Le rôle de la sage-femme dans l'éducation de la mère

En suites de couches, c'est à la sage-femme d'informer les jeunes parents sur les potentialités de leur nouveau-né. L'éducation des jeunes mères ne doit en aucun cas passer après la surveillance médicale et psychologique de cette dernière (15).

En, effet, la sage femme est une professionnelle médicale spécialisée dans le moment de la naissance, dont le référentiel de compétences décrit qu'elle a la capacité de s'engager pour la promotion et la prévention de la santé des femmes et des familles en développant un enseignement accessible et en concevant des stratégies pédagogiques (15). Elle possède donc une place importante auprès des mères et c'est à elle qu'incombe tout particulièrement la responsabilité de sensibiliser les mères sur les compétences de leur nouveau-né.

De plus, une étude menée à Genève en 2003 a montré que parmi les multiples et diverses préoccupations que pouvaient avoir les jeunes mères durant leur séjour à la maternité, les sujets concernant l'enfant étaient récurrents (16). Le secteur des suites de couches est donc adapté à l'apprentissage des compétences du nouveau-né.

L'éducation à la santé constitue une part importante des soins dans la période du post-partum et doit être un des objectifs de notre accompagnement. Pour cela, il est nécessaire de faire l'état des lieux des connaissances maternelles sur les compétences de leur nouveau-né afin d'effectuer une information ciblée et adaptée à chaque mère.

MÉTHODE ET RÉSULTATS

1. Le protocole de l'étude

1.1 La problématique

Quelles sont aujourd'hui les connaissances des mères sur les compétences de leur nouveau-né ?

1.2 L'objectif de recherche

L'étude comprend un objectif : Evaluer les connaissances maternelles sur les compétences de leur nouveau-né.

1.3 Les hypothèses de recherche

1.3.1 L'hypothèse principale

Les mères ne connaissent pas les compétences de leur nouveau-né.

1.3.2 Les hypothèses secondaires

- Les mères sont intéressées pour mieux connaître les compétences de leur nouveau-né.
- Les multipares ont plus de connaissances que les primipares.
- Le personnel hospitalier ne les informe pas.
- Les femmes ayant assisté à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ont plus de connaissances.

1.4 L'intérêt de l'étude

Le but est d'améliorer les connaissances maternelles afin qu'elles assurent une prise en charge plus confiante de leur nouveau-né.

1.5 Le schéma d'étude

1.5.1 Le type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, transversale à recrutement monocentrique : étude réalisée à la maternité mère-enfant de Limoges.

1.5.2 La population

1.5.2.1 La population cible

C'est l'ensemble des femmes ayant accouché à terme à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant à Limoges.

1.5.2.2 Les critères d'inclusion

La population source inclut les femmes ayant accouché à la maternité mère-enfant de Limoges à partir de la mise en place de l'étude (21 mars 2011) jusqu'au mois de juillet 2011, parlant et lisant couramment français.

1.5.2.3 Les critères d'exclusion

Nous avons exclu de l'échantillon les accouchées dont le nouveau-né a nécessité un transfert en réanimation ou en néonatalogie. En effet, ces femmes étant séparées de leur nouveau-né ne peuvent observer de manière permanente son comportement et peuvent recevoir des informations différentes sur ses compétences du fait de son état de santé.

1.5.2.4 Le nombre de sujets nécessaires

Le nombre de sujets nécessaires se calcule grâce à la formule utilisée pour les études descriptives.

$$n = i^2 p(1-p)/\alpha^2$$

n est le nombre de sujets nécessaires.

i est l'intervalle de confiance égal à 1,96.

p est la proportion d'accouchées qui ne connaissent pas les compétences de leur nouveau-né, elle est selon moi de 35%.

α est la marge d'erreur par rapport au résultat, soit ici de 5%.

Ainsi, $n = 1,96^2 * 0,35 * (1-0,35) / 0,05^2$ soit 350 accouchées environ.

1.5.3 La mise en place de l'étude

1.5.3.1 Le questionnaire

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire anonyme à choix multiples distribué en suites de couches à toutes les femmes entrant dans les critères de l'étude précédemment cités.

Pour chacune des questions, trois à cinq réponses étaient formulées dont une obligatoirement fausse. Les thèmes abordés étaient l'intérêt des femmes pour mieux connaître les compétences de leur nouveau-né, les capacités sensorielles des nouveau-nés et les réflexes archaïques.

Afin de tester la clarté des questions posées et leur compréhension par l'ensemble des femmes, une pré-étude de 30 questionnaires a été réalisée avec l'accord de la sage-femme cadre de la maternité. Il s'est avéré que les questions posées étaient suffisamment claires et compréhensibles, le questionnaire a donc été conservé (Annexe).

1.5.3.2 Modalités de recueil des données

Une note d'information concernant l'étude a été affichée dès le mois de février dans les trois bureaux du service afin de prévenir l'ensemble de l'équipe de la circulation des questionnaires dans la maternité.

L'étude proprement dite débuta le 21 mars 2011. Les questionnaires étaient distribués par l'hôtesse du service au 2^{ème} jour du post partum afin que les accouchées aient eu le temps de recevoir des informations sur les capacités de leur nouveau-né.

Ils étaient récupérés le jour du retour au domicile par les sages-femmes du service, puis collectés dans des boîtes placées dans les trois bureaux. Je me rendais une fois par semaine à la maternité pour récupérer les questionnaires complétés et approvisionner le service en questionnaires vierges.

L'étude prit fin au mois de juillet 2011.

1.5.3.3 Le critère principal de jugement

C'est la connaissance des accouchées concernant les compétences de leur nouveau-né.

Elle est évaluée grâce une note donnée après correction des questionnaires. Chaque questionnaire est corrigé et noté sur 17 selon un barème prédéfini (annexe) permettant de classer les femmes en deux groupes :

- celles qui connaissent les compétences des nouveau-nés : elles ont obtenu une note strictement supérieure à 11,5/17.
- celles qui ne connaissent pas les compétences des nouveau-nés : elles ont obtenu une note inférieure ou égale à 11,5/17.

1.5.4 Les variables

Les variables caractérisant la population cible :

- L'âge maternel
- Les tranches d'âge :
 - < 20 ans

- [20 ; 25[ans
- [25 ; 30[ans
- [30 ; 40[ans
- >40 ans

Ces classes d'âge nous permettent de mieux cibler les accouchées en fonction de leurs connaissances. En effet, il est pertinent de croire qu'une mère de 18 ans a des connaissances différentes sur les compétences de son nouveau-né qu'une mère de 30 ans, de par son entourage et ses centres d'intérêts.

- La profession de la patiente permet de distinguer celles qui ont une profession médicale, paramédicale ou en rapport avec la petite enfance :
 - profession médicale ou paramédicale
 - profession non médicale ou paramédicale ayant un rapport avec la petite enfance
 - profession sans rapport avec la petite enfance
 - sans profession
 - étudiante.

Cette variable est utile pour distinguer les patientes ayant reçu des informations sur les compétences des nouveau-nés par le biais de leurs études ou de leur activité professionnelle.

- L'origine :
 - Française
 - Française d'outre-mer
 - Européenne
 - Maghrébine
 - Africaine
 - Asiatique.

Cette variable est utile parce que les croyances et les compétences attribuées aux nouveau-nés peuvent varier selon les cultures. Celle-ci n'est en aucun cas un indicateur du niveau de connaissances des patientes.

- La parité permet de séparer les primipares des multipares qui peuvent avoir des connaissances tirées de leur expérience maternelle personnelle.

- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) peuvent constituer une occasion de plus pour les patientes de recevoir des informations sur les compétences de leur nouveau-né.

- L'accompagnement de l'allaitement maternel par le personnel soignant est aussi une occasion pour les accouchées de recevoir des informations sur les capacités néonatales. On associe l'allaitement maternel exclusif et l'allaitement mixte.

- Les informations reçues au cours de la grossesse et par qui (médecin, sage-femme, entourage, télévision...)

- L'intérêt des accouchées pour être informées sur les compétences de leur nouveau-né.

Les variables caractérisant le degré de connaissance des accouchées concernant les compétences des nouveau-nés :

- La vision du nouveau-né
- L'audition du nouveau-né
- L'odorat du nouveau-né
- Le goût du nouveau-né
- Le toucher du nouveau-né
- Les réflexes archaïques

1.5.5 Le recueil des données

Les données recueillies d'après les questionnaires ont été retranscrites sous forme d'un tableau dans le logiciel Excel Microsoft* (chaque colonne correspond à une variable et chaque ligne à une accouchée).

2. Les résultats

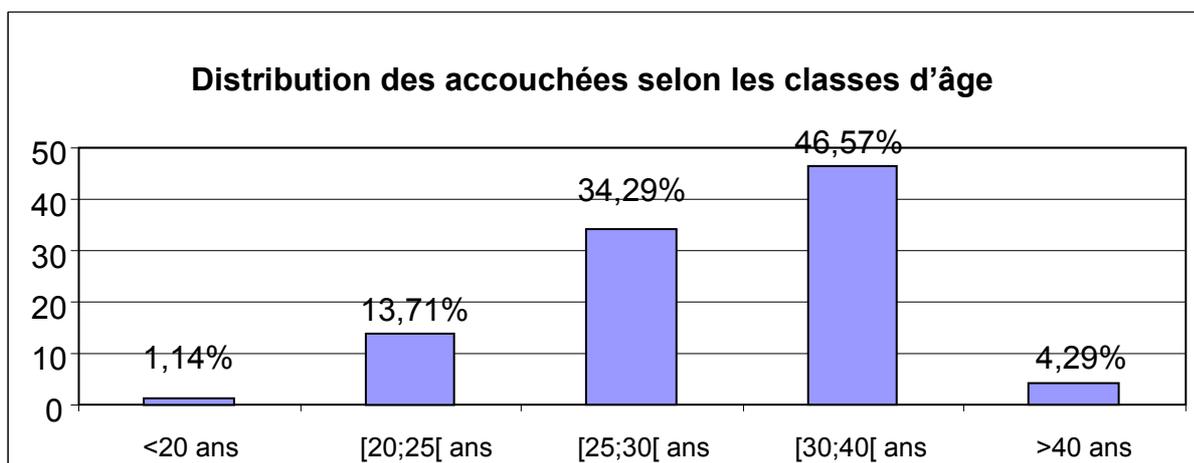
2.1 La description de la population étudiée

Notre étude qui s'est déroulée du 21 mars à juillet 2011 nous a permis d'obtenir 350 questionnaires.

2.1.1 L'âge

La moyenne d'âge est de **29,72 ans** avec une étendue allant de **16 à 44 ans**. L'écart-type est de **7,07**.

Tableau 3: Histogramme 1



La majorité des accouchées sont âgées d'au moins 30 ans : **46,57%** ont entre 30 et 39 ans (intervalle de confiance à 95% entre 41,3% et 51,8%)

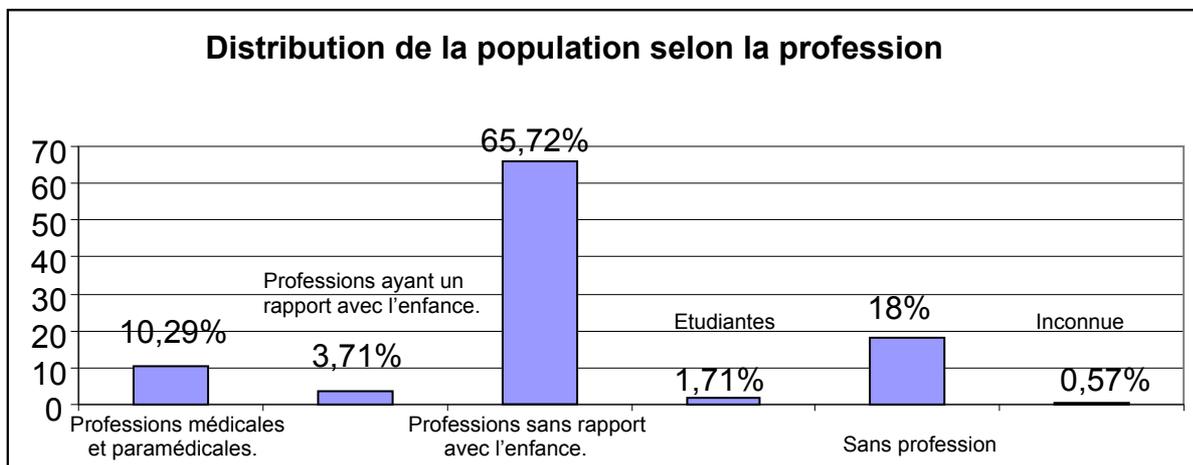
et **4,29%** ont plus de 40 ans (intervalle de confiance à 95% entre 2,2% et 6,4%).

34,29% des femmes ont entre 25 et 29 ans (intervalle de confiance à 95% entre 29,3% et 39,3%) et **13,71%** ont entre 20 et 24 ans (intervalle de confiance à 95% entre 10,1% et 17,3%).

Enfin, les femmes de moins de 20 ans ne représentent que **1,14%** de la population soient 4 accouchées (intervalle de confiance à 95% entre 0,03% et 2,3%).

2.1.2 La profession

Tableau 4: Histogramme 2



La majorité des accouchées interrogées (**65,72%**) exercent une profession non médicale ou paramédicale et sans rapport avec la petite enfance (intervalle de confiance à 95% entre 60,7% et 70,7%).

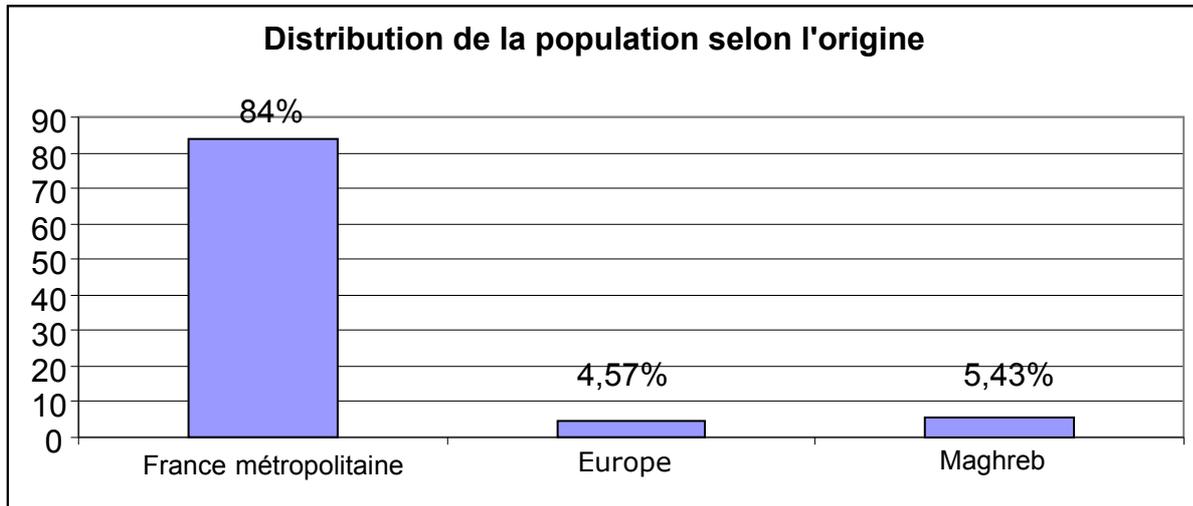
10,29% ont une profession médicale ou paramédicale (intervalle de confiance à 95% entre 7,1% et 13,5%) et **3,71%** ont une profession ayant un rapport avec la petite enfance (intervalle de confiance à 95% entre 1,7% et 5,7%).

1,71% soient 6 accouchées sont étudiantes (intervalle de confiance à 95% entre 0,4% et 3,1%) et **18%** n'ont pas de profession (intervalle de confiance de 95% entre 14% et 22%).

Enfin, **0,57%** soit 2 accouchées n'ont pas répondu à cet item du questionnaire.

2.1.3 L'origine

Tableau 5: Histogramme 3



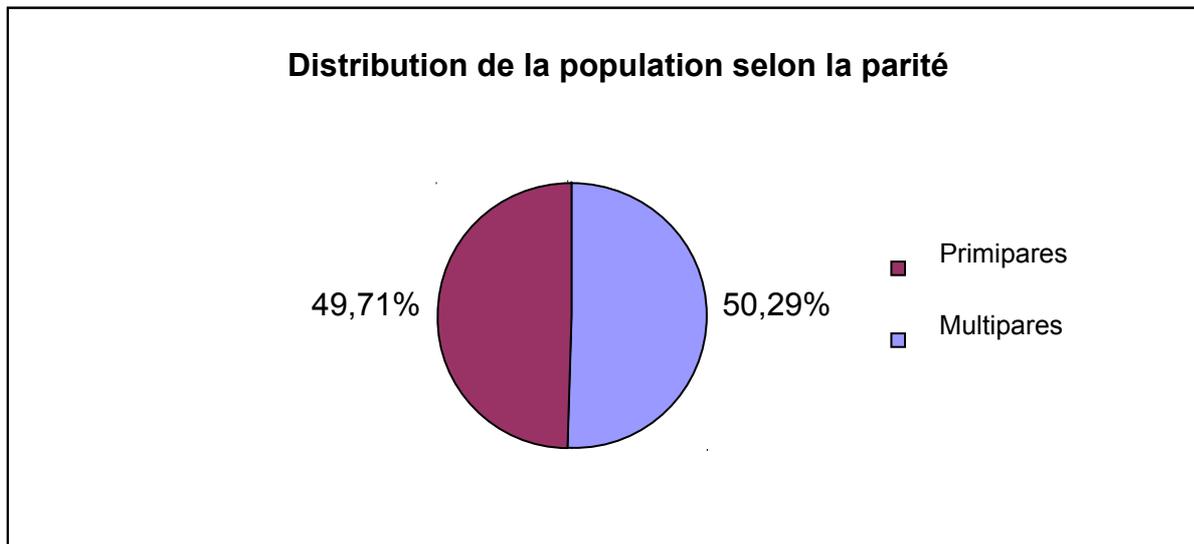
La population étudiée se compose très majoritairement d'accouchées originaires de France métropolitaine : **84%** (intervalle de confiance à 95% entre 80,2% et 87,2%).

4,57% sont originaires du reste de l'Europe (intervalle de confiance à 95% entre 2,4% et 6,8%) et **5,43%** des femmes (intervalle de confiance à 95% entre 3,1% et 7,8%) sont d'origine maghrébine (Maroc, Algérie, Tunisie).

Les autres catégories sont peu représentées : **1,72%** sont françaises d'outre-mer (intervalle de confiance à 95% entre 0,4% et 3,1%), **2%** viennent d'Afrique noire (intervalle de confiance à 95% entre 0,5% et 3,5%), **1,14%** sont asiatiques et **1,14%** n'ont pas précisé leur origine dans le questionnaire (intervalle de confiance à 95% entre 0,03% et 2,3%).

2.1.4 La parité

Tableau 6 : Diagramme 4

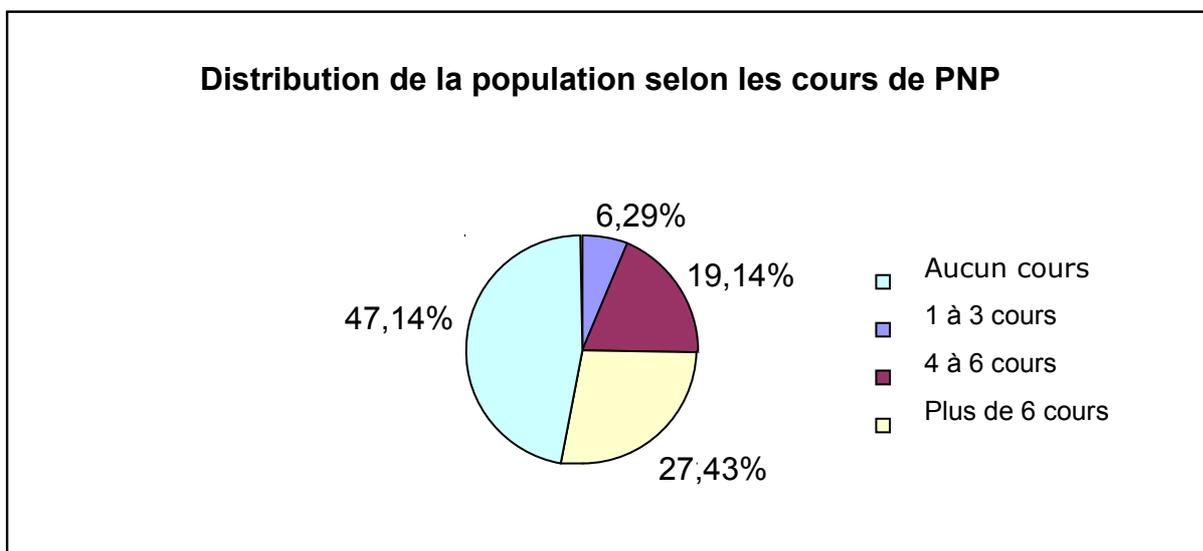


La répartition de la population est équitable en terme de parité: **49,71%** des accouchées sont des primipares (intervalle de confiance à 95% entre 44,5% et 54,9%) et **50,29%** des multipares (intervalle de confiance à 95% entre 45,1% et 55,5%).

Notons que la majorité soit **71,59%** des multipares sont des deuxièmes pares (intervalle de confiance à 95% entre 64,9% et 78,3%).

2.1.5 La préparation à la naissance et à la parentalité

Tableau 7 : Diagramme 5



PNP est l'abréviation de préparation à la naissance et à la parentalité

52,86% des accouchées ont suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité durant la grossesse (intervalle de confiance à 95% compris entre 47,6% et 58,1%) :

- **27,43%** ont suivi plus de 6 cours (intervalle de confiance à 95% entre 22,8% et 32,1%),

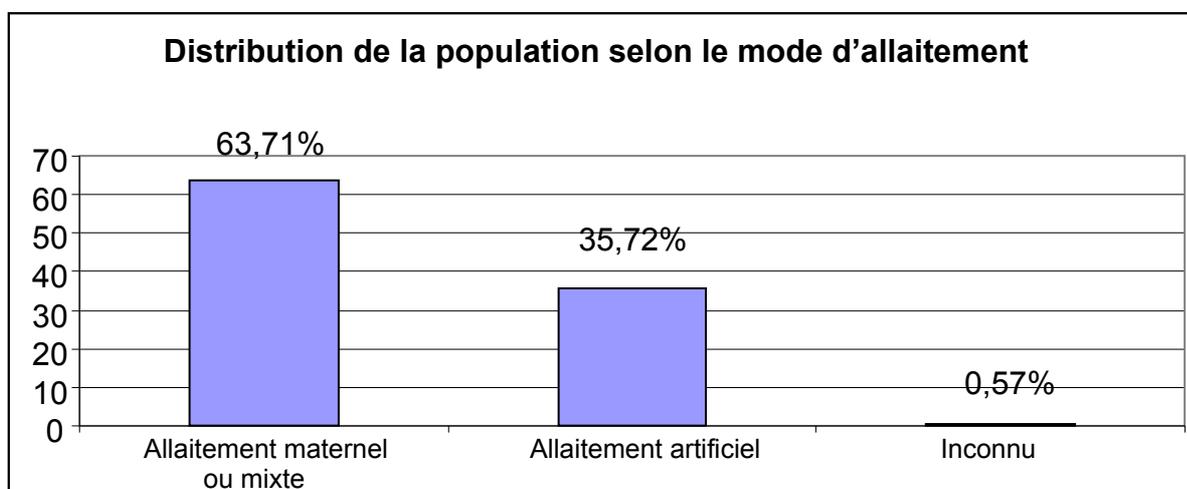
- **19,14%** entre 4 et 6 cours (intervalle de confiance à 95% entre 15% et 23,3%),

- **6,29 %** entre 1 et 3 cours (intervalle de confiance à 95% entre 3,7% et 8,8%).

47,14% de la population n'a pas suivi de cours de préparation à la naissance et à la parentalité (intervalle de confiance à 95% entre 41,9% et 52,3%).

2.1.6 Le mode d'allaitement

Tableau 8 : Histogramme 6

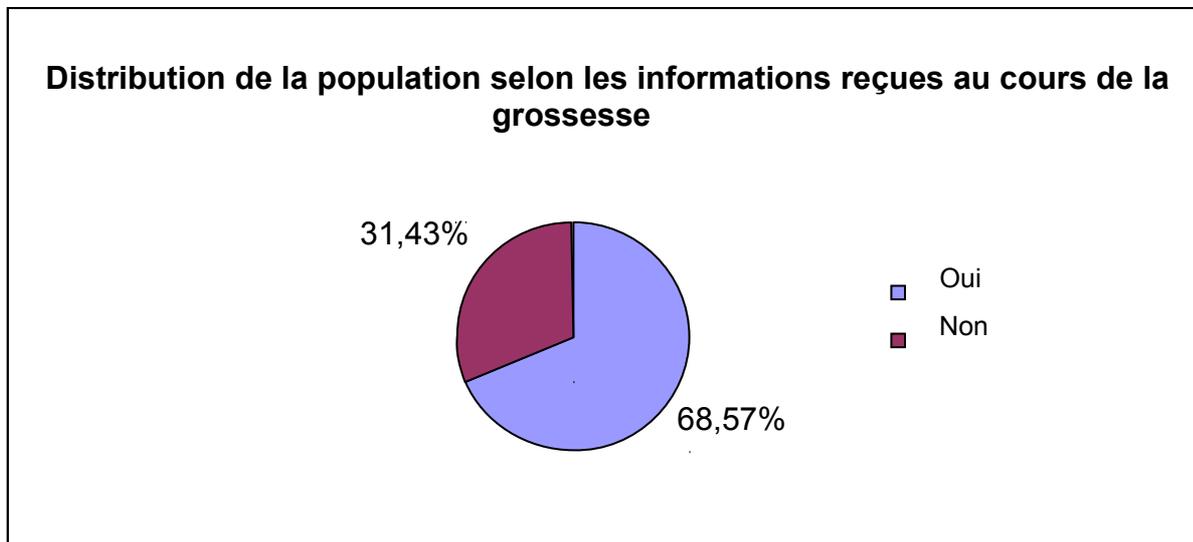


La majorité des accouchées ont choisi un allaitement maternel ou mixte : **63,71%** (intervalle de confiance à 95% entre 58,7% et 68,7%).

35,72% ont choisi un allaitement artificiel (intervalle de confiance à 95% entre 30,7% et 40,7%) et **0,57%** soit 2 accouchées n'ont pas répondu à cette question.

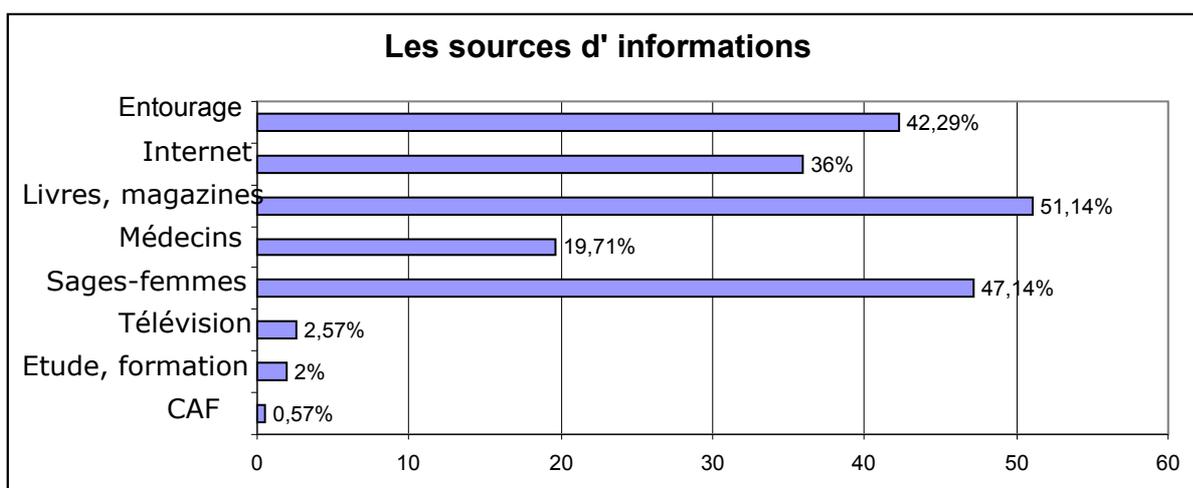
2.1.7 Informations reçues sur les compétences du nouveau-né au cours de la grossesse

Tableau 9 : Diagramme 7



La majorité des accouchées (**68,57%**) ont reçu des informations sur les compétences du nouveau-né au cours de la grossesse (intervalle de confiance à 95% entre 64% et 73%). **31,43%** n'en ont pas reçues (intervalle de confiance à 95% entre 27% et 36%).

Tableau 10 : Histogramme 8



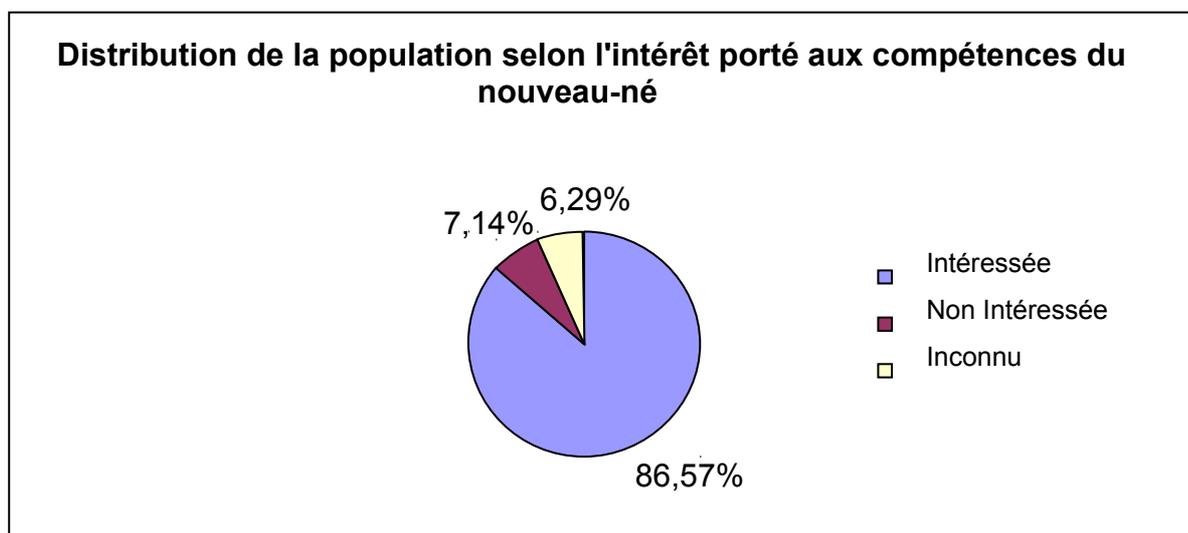
CAF est l'abréviation de caisse d'allocations familiales.

Cet histogramme permet d'identifier les sources d'informations sollicitées par les femmes mais pas de faire de réelles comparaisons entre celles-ci. Pour cela, il aurait fallu que les accouchées hiérarchisent ces sources d'informations par ordre d'utilisation, ce qui n'était pas demandé dans notre questionnaire (Annexe).

Je peux seulement affirmer que les sages-femmes ont été citées de manière importante par les accouchées, au même titre que les livres et les magazines ainsi que l'entourage.

2.1.8 Intérêt pour connaître les compétences du nouveau-né

Tableau 11 : Diagramme 9



La grande majorité des accouchées (**86,57%**) sont intéressées pour mieux connaître les compétences du nouveau-né (intervalle de confiance à 95% compris entre 83% et 90%).

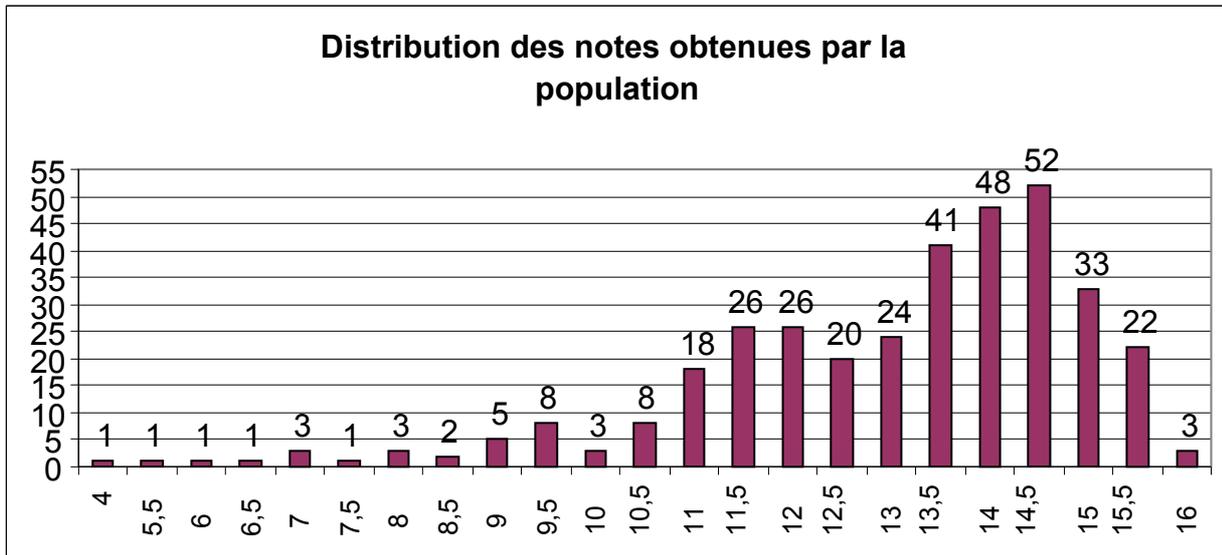
7,14% des accouchées ne sont pas intéressées pour mieux les connaître (intervalle de confiance à 95% compris entre 4,4% et 9,8%).

6,29% de la population n'a pas répondu à cet item (intervalle de confiance à 95% compris entre 3,7% et 8,8%).

2.2 Les connaissances maternelles sur les compétences du nouveau-né

2.2.1 La note globale obtenue au questionnaire

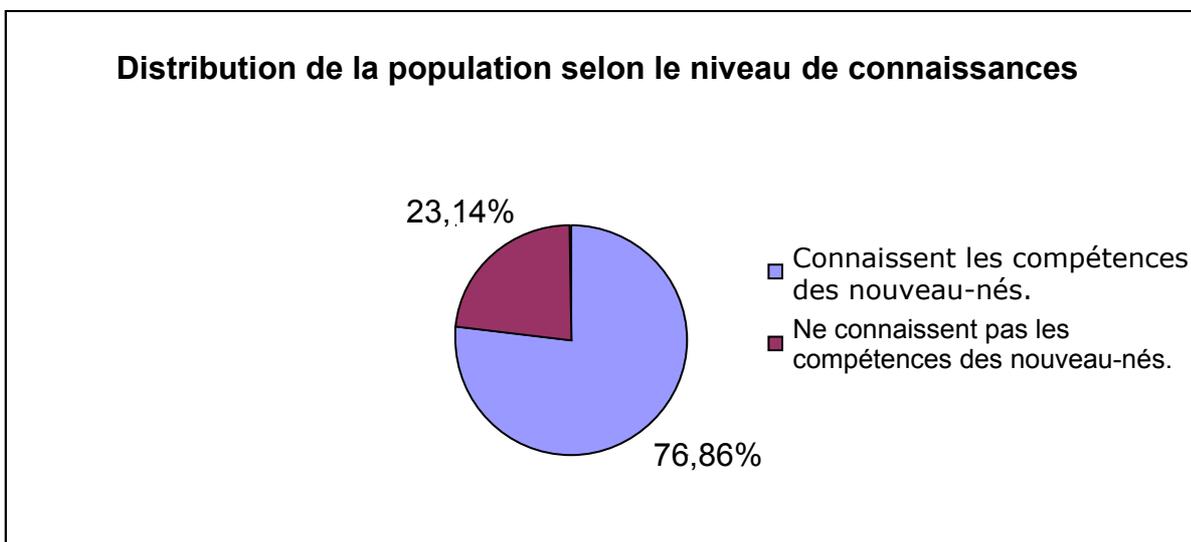
Tableau 12 : Histogramme 10



La note moyenne obtenue au questionnaire est de **13,03/17** avec une étendue allant de **4 à 16**. La note médiane est de **13,5**.

2.2.2 Le niveau des connaissances des accouchées

Tableau 13 : Diagramme 11



Les accouchées connaissent les compétences du nouveau-né à **76,86%** (intervalle de confiance à 95% entre 72% et 83%).

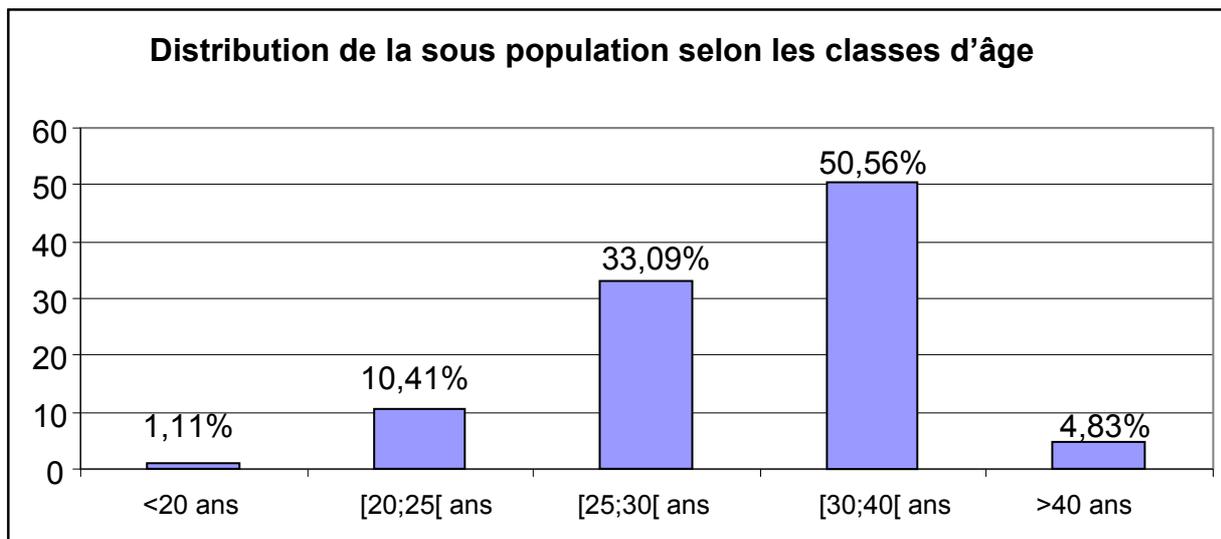
23,14% des accouchées ne les connaissent pas (intervalle de confiance à 95% entre 19% et 28%).

2.2.3 Les accouchées qui connaissent les compétences des nouveau-nés

Nous avons étudié une sous population représentée par les accouchées qui connaissent les compétences du nouveau-né (ayant obtenu une note supérieure à 11,5/17 au questionnaire). Echantillon de 269 femmes soit 76,86%.

2.2.3.1 L'âge

Tableau 14 : Histogramme 12



La majorité des accouchées de l'échantillon sont âgées d'au moins 30 ans :

- **50,56%** ont entre 30 et 39 ans (intervalle de confiance à 95% entre 44,6% et 56,5%)

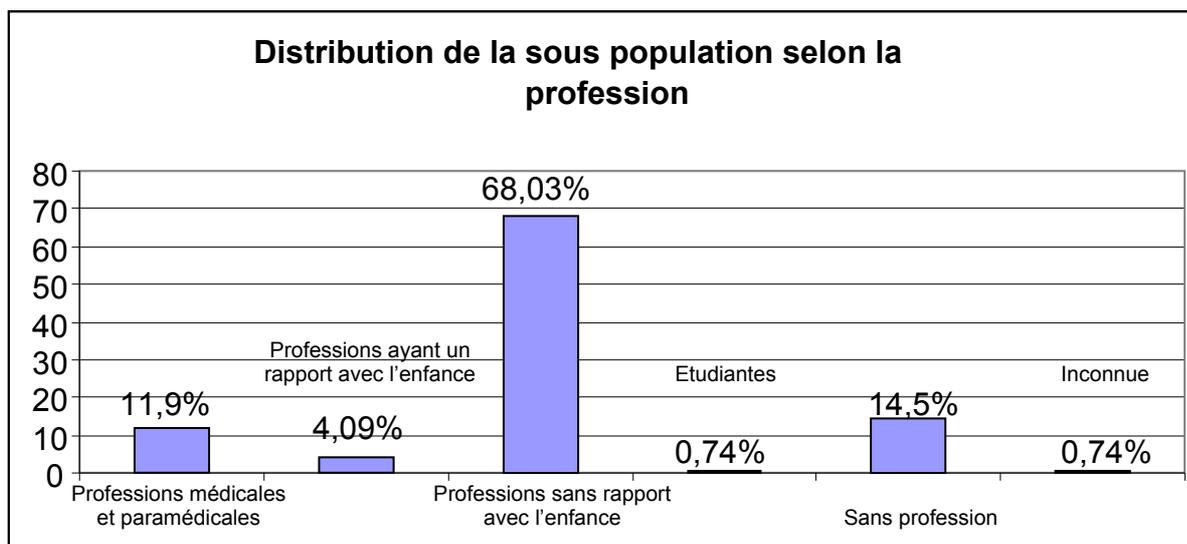
- **4,83%** ont plus de 40 ans (intervalle de confiance à 95% entre 2,3% et 7,4%).

33,09% ont entre 25 et 29 ans (intervalle de confiance à 95% entre 27,5% et 38,7%) et **10,41%** entre 20 et 24 ans (intervalle de confiance à 95% entre 6,8% et 14,1%).

Les femmes âgées de moins de 20 ans représentent **1,11%** de la population, soient 3 accouchées.

2.2.3.2 La profession

Tableau 15 Histogramme 13



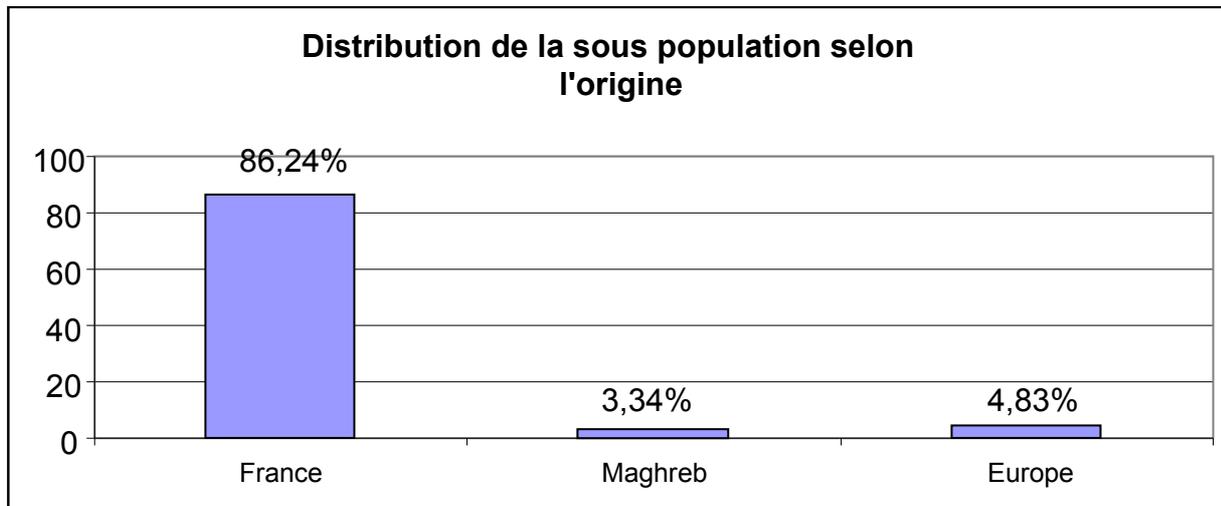
La majorité des accouchées interrogées (**68,03%**) exercent une profession non médicale ou paramédicale et sans rapport avec la petite enfance (intervalle de confiance à 95% entre 62,5% et 73,6%).

11,9% ont une profession médicale ou paramédicale (intervalle de confiance à 95% entre 8% et 15,8%) et **4,09%** ont une profession ayant un rapport avec la petite enfance (intervalle de confiance à 95% entre 1,7% et 6,5%).

14,5% n'ont pas de profession (intervalle de confiance à 95% entre 10,3% et 18,7%), **0,74%** soient 2 accouchées sont étudiantes et **0,74%** soient 2 accouchées n'ont pas répondu à cet item du questionnaire.

2.2.3.3 L'origine

Tableau 16 : Histogramme 14



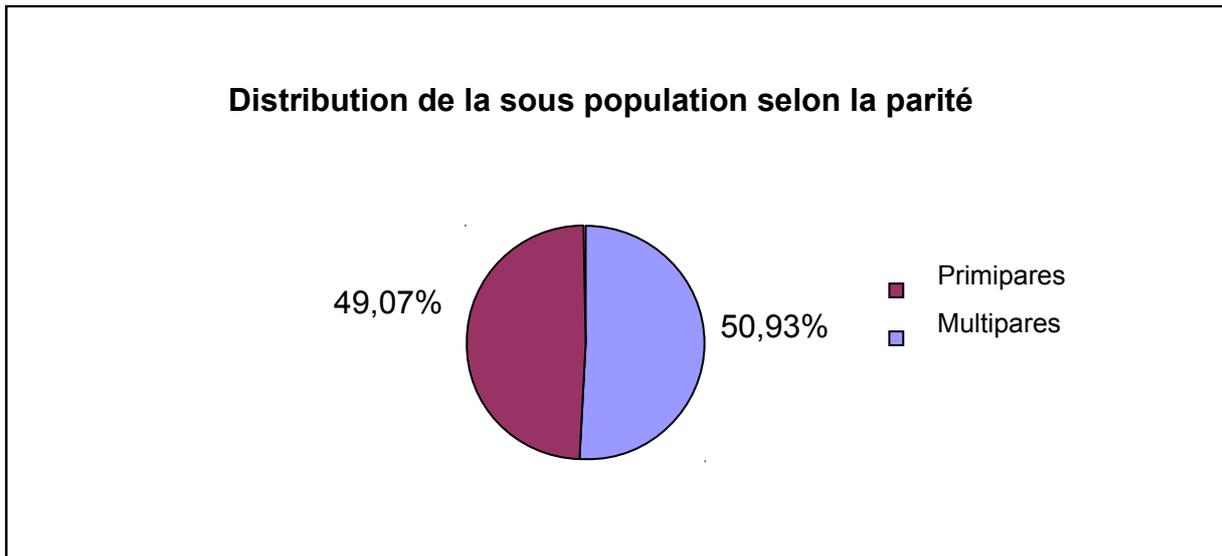
La population se compose très majoritairement, à **86,24%**, d'accouchées originaires de France métropolitaine (intervalle de confiance à 95% entre 82,1% et 90,4%).

4,83% sont originaires du reste de l'Europe (intervalle de confiance à 95% entre 2,3% et 7,4%). **3,34%** des femmes (intervalle de confiance à 95% entre 1,2% et 5,5%) sont d'origine maghrébine (Maroc, Algérie, Tunisie).

Les autres catégories sont peu représentées : **1,12%** soient 3 accouchées sont françaises d'outre-mer, **1,49%** soient 4 accouchées viennent d'Afrique noire, d'Asie et n'ont pas précisé leur origine dans le questionnaire.

2.2.3.4 La parité

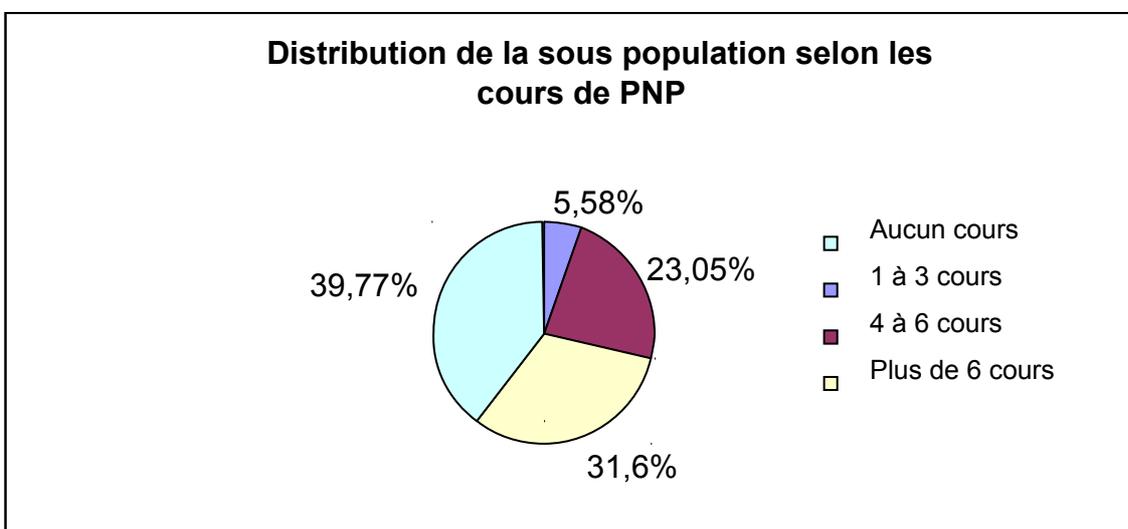
Tableau 17 : Diagramme 15



La population se compose de **49,07%** de primipares (intervalle de confiance à 95% compris entre 43,1% et 55%) et de **50,93%** de multipares (intervalle de confiance à 95% compris entre 45% et 56,9%). Notons que la majorité des multipares (**73,72%**) sont des deuxièmes paires (intervalle de confiance à 95% entre 67,6% et 79,9%).

2.2.3.5 La préparation à la naissance et à la parentalité

Tableau 18 : Diagramme 16



La majorité des accouchées (**60,23%**) ont suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité durant la grossesse (intervalle de confiance à 95% compris entre 54,4% et 66,1%) :

- **31,6%** ont suivi plus de 6 cours (intervalle de confiance à 95% entre 26% et 37,2%),

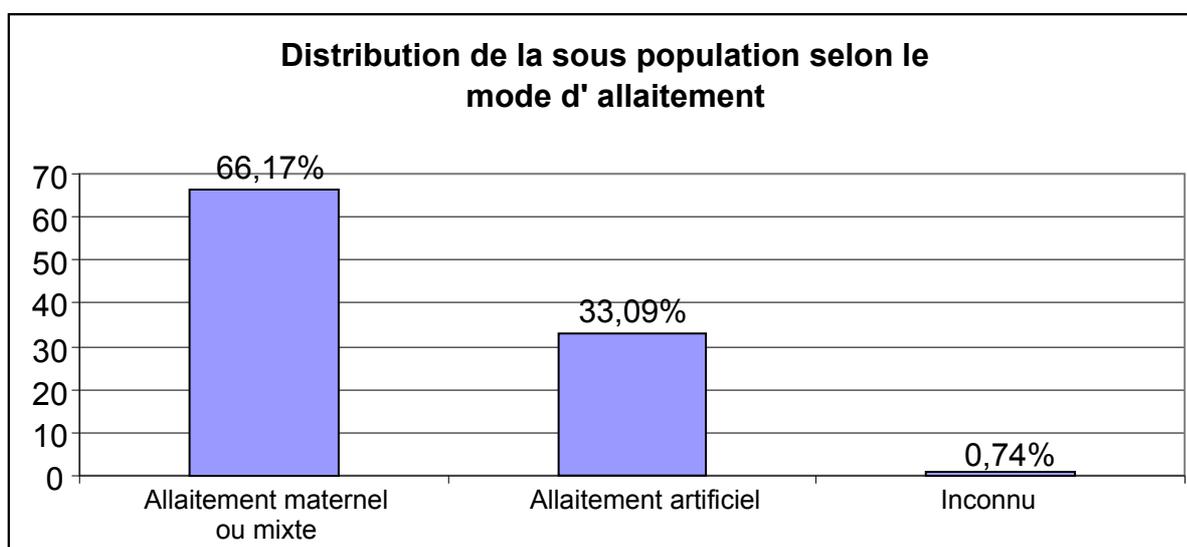
- **23,05%** entre 4 et 6 cours (intervalle de confiance à 95% entre 18% et 28,1%),

- **5,58 %** entre 1 et 3 cours (intervalle de confiance à 95% entre 2,8% et 8,3%).

39,77% de la population n'a pas suivi de cours de préparation à la naissance et à la parentalité (intervalle de confiance à 95% entre 33,9% et 45,6%).

2.2.3.6 Le mode d'allaitement

Tableau 19 : Histogramme 17

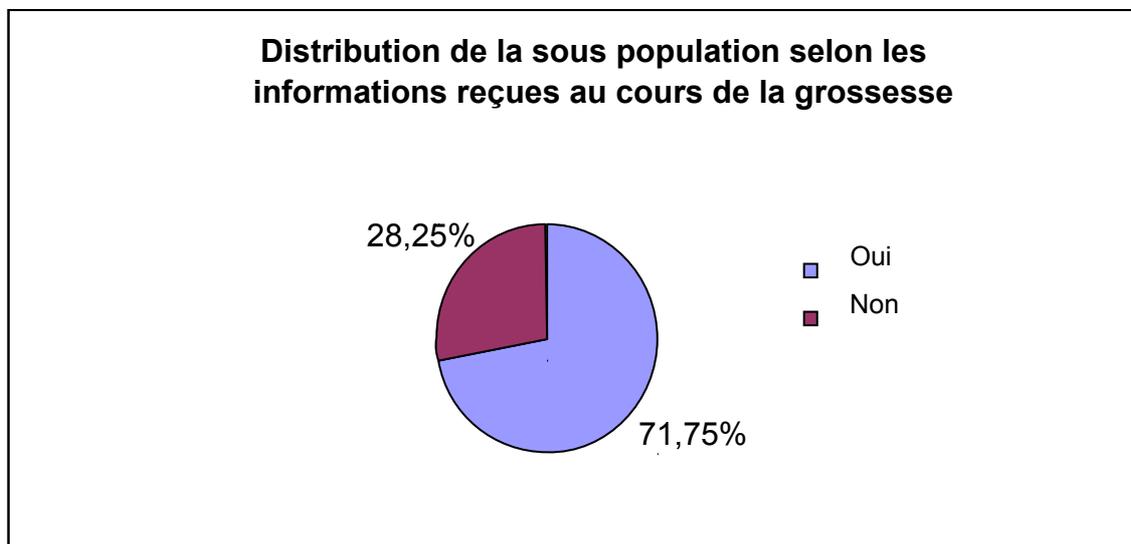


La majorité des accouchées (**66,17%**) ont choisi un allaitement maternel ou mixte (intervalle de confiance à 95% entre 60,5% et 71,8%).

33,09% ont choisi un allaitement artificiel (intervalle de confiance à 95% entre 27,5% et 38,7%) et **0,74%** soit 2 accouchées n'ont pas répondu à cette question.

2.2.3.7 Informations reçues sur les compétences du nouveau-né au cours de la grossesse

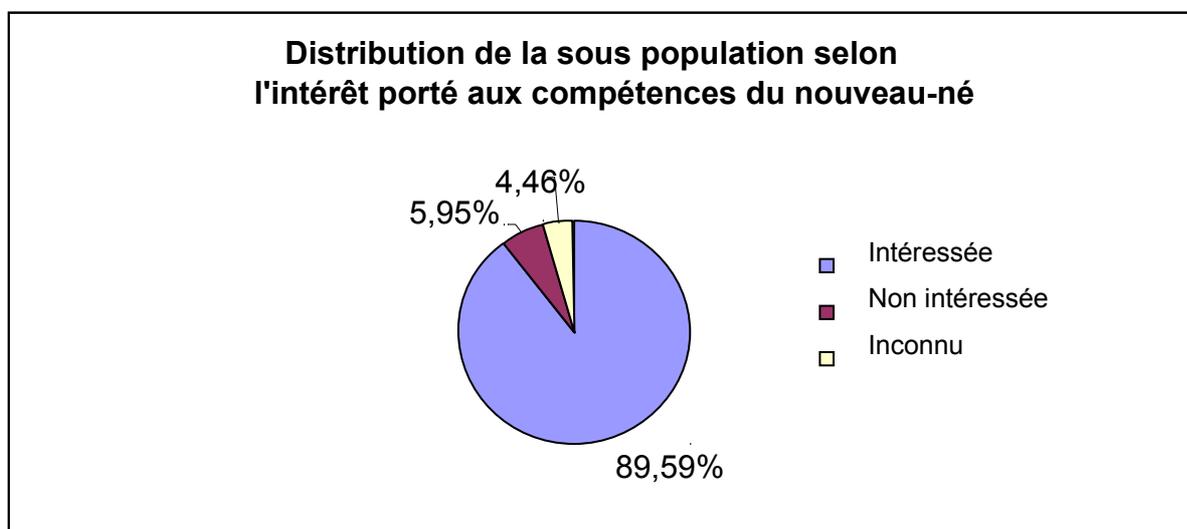
Tableau 20 : Diagramme 18



La majorité des accouchées de cet échantillon (**71,75%**) ont reçu des informations sur les compétences du nouveau-né au cours de la grossesse (intervalle de confiance à 95% entre 66,4% et 77,1%). **28,25%** n'en ont pas reçues (intervalle de confiance à 95% entre 22,9% et 33,6%).

2.2.3.8 Intérêt pour connaître les compétences du nouveau-né

Tableau 21 : Diagramme 19



La grande majorité des accouchées (**89,59%**) sont intéressées pour mieux connaître les compétences du nouveau-né (intervalle de confiance à 95% entre 86% et 93%).

5,95% ne sont pas intéressées pour mieux les connaître (intervalle de confiance à 95% entre 3% et 9%).

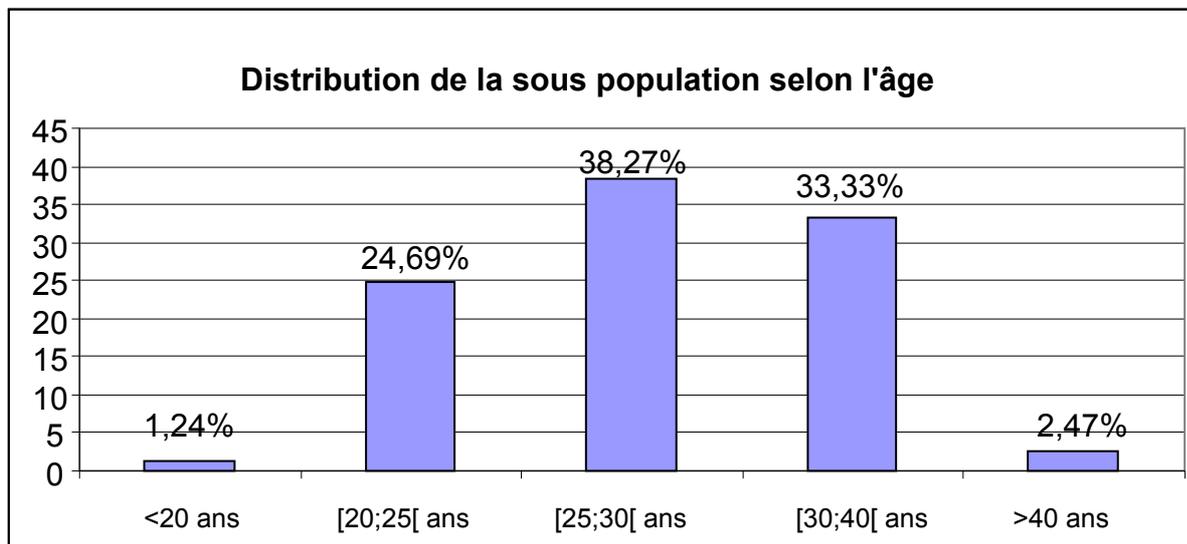
4,46% de la population n'a pas répondu à cet item (intervalle de confiance à 95% entre 2% et 6,9%).

2.2.4 Les accouchées qui ne connaissent pas les compétences du nouveau-né

Nous avons étudié une sous population représentée par les accouchées qui ne connaissent pas les compétences du nouveau-né (ayant obtenu une note inférieure ou égale à 11,5/17 au questionnaire). Echantillon de 81 femmes soit 23,14% de la population.

2.2.4.1 L'âge

Tableau 22 : Histogramme 20



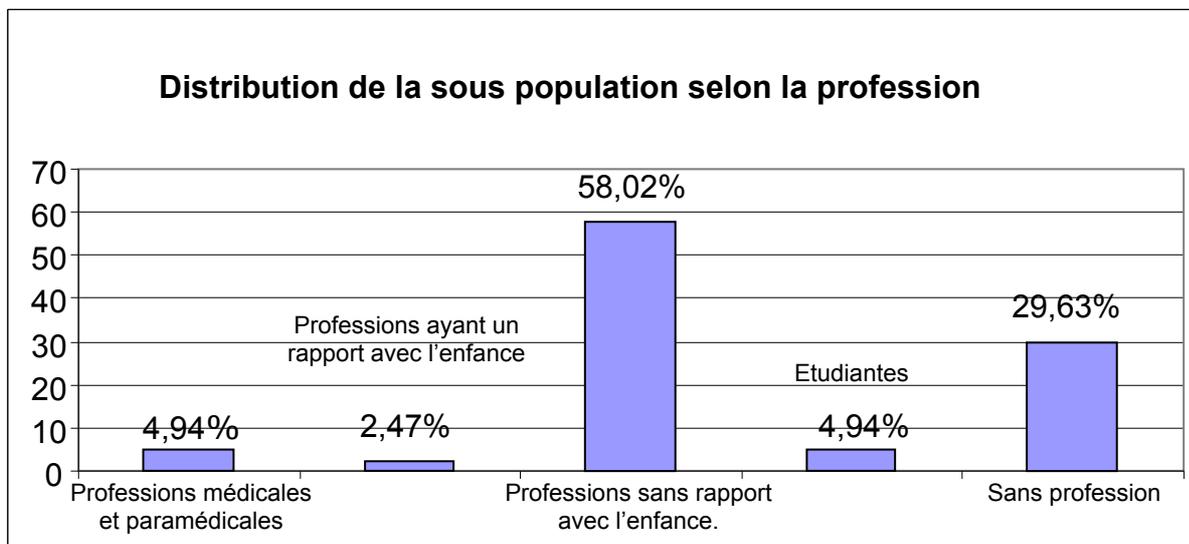
La majorité des accouchées ont moins de 30 ans : **38,27%** ont entre 25 et 29 ans (intervalle de confiance à 95% entre 27,7% et 48,9%), **24,69%**

entre 20 et 25 ans (intervalle de confiance à 95% entre 15,3% et 34,1%) et **1,24%** soit 1 accouchée a moins de 20 ans.

33,33% des femmes ont entre 30 et 39 ans (intervalle de confiance à 95% entre 23,1% et 43,6%) et **2,47%** soient 2 accouchées ont plus de 40 ans.

2.2.4.2 La profession

Tableau 23 : Histogramme 21



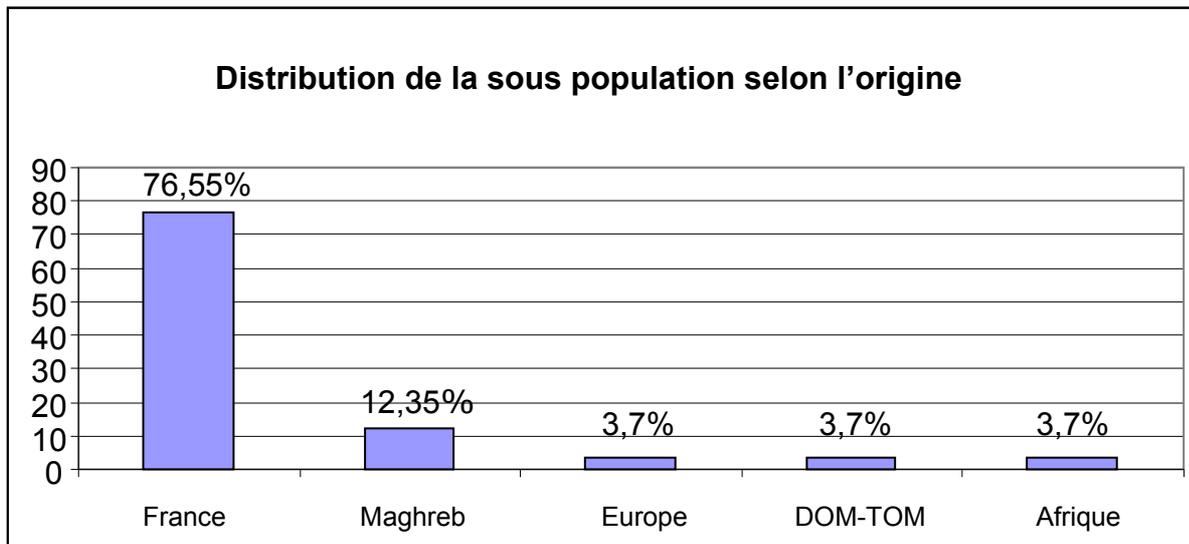
La majorité des accouchées interrogées (**58,02%**) exercent une profession non médicale ou paramédicale et sans rapport avec la petite enfance (intervalle de confiance à 95% entre 47,3% et 58,9%).

4,94% ont une profession médicale ou paramédicale (intervalle de confiance à 95% entre 0,2% et 9,7%) et **2,47%** soit 2 accouchées ont une profession ayant un rapport avec la petite enfance.

4,94% sont étudiantes (intervalle de confiance à 95% entre 0,2% et 9,7%) et **29,63%** sont sans profession (intervalle de confiance à 95% entre 19,7% et 39,6%).

2.2.4.3 L'origine

Tableau 24 : Histogramme 22



La population est majoritairement composée (**76,55%**) d'accouchées originaires de France métropolitaine (intervalle de confiance à 95% entre 67,3% et 85,8%).

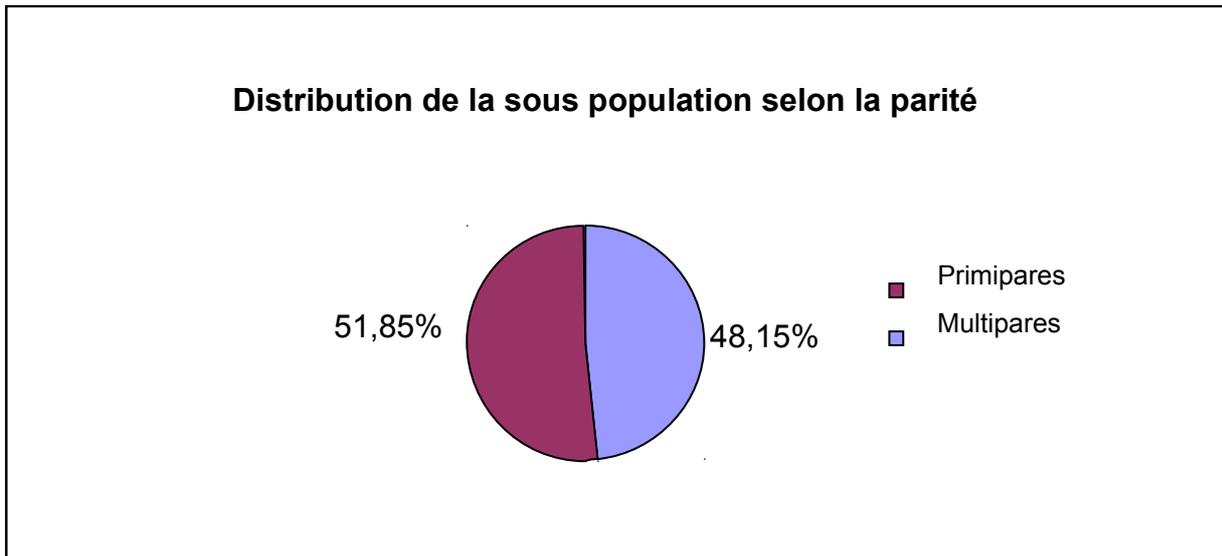
12,35% des femmes sont d'origine maghrébine (intervalle de confiance à 95% entre 5,2% et 19,5%).

Les femmes françaises d'outre-mer, européennes et africaines représentent la même proportion : **3,7%** soient 3 accouchées pour chacune de ces origines.

Les accouchées d'origine asiatique ne sont pas représentées dans cette population.

2.2.4.4 La parité

Tableau 25 : Diagramme 23

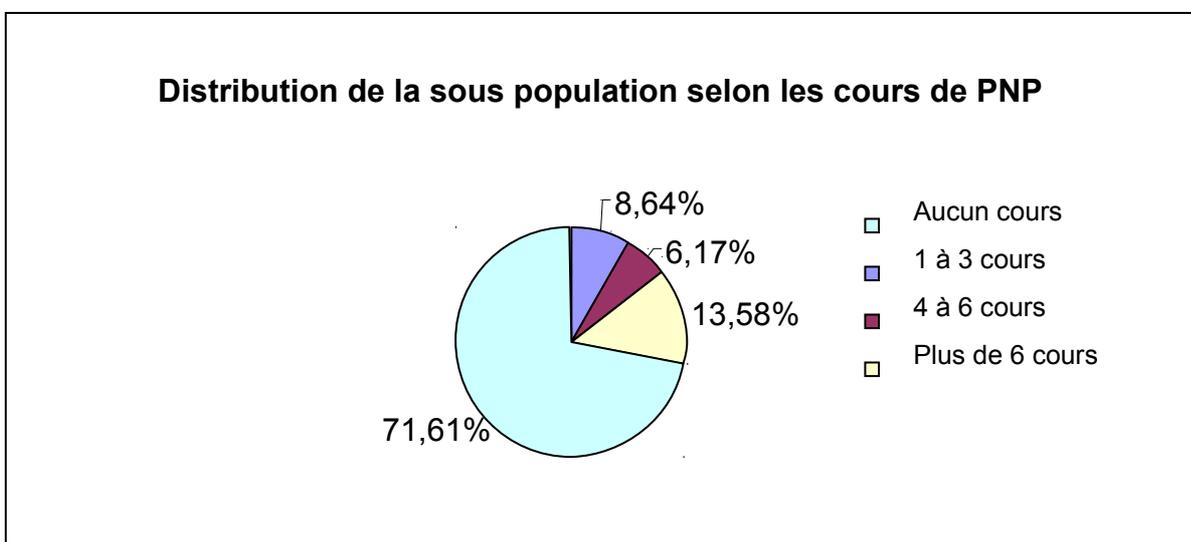


51,85% des accouchées sont des primipares (intervalle de confiance à 95% compris entre 41% et 62,7%) et **48,15%** des multipares (intervalle de confiance de 95% compris entre 37,3% et 59%).

Parmi les multipares, la majorité (**64,1%**) sont des deuxièmes pères (intervalle de confiance à 95% entre 51,1% et 77,1%).

2.2.4.5 La préparation à la naissance et à la parentalité

Tableau 26 : Diagramme 24

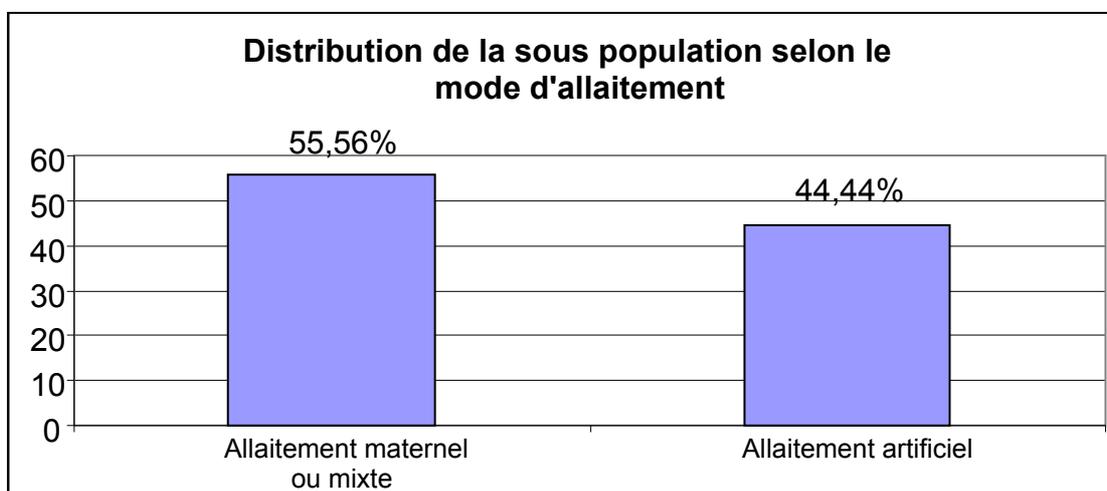


La grande majorité des accouchées (**71,61%**) n'a pas suivi de cours de préparation à la naissance et à la parentalité durant la grossesse (intervalle de confiance à 95% compris entre 61,8% et 81,4%).

8,64% ont suivi entre 1 et 3 cours (intervalle de confiance à 95% entre 2,6% et 14,8%), **6,17%** entre 4 et 6 cours (intervalle de confiance à 95% entre 0,9% et 11,4%) et **13,58 %** ont suivi plus de 6 cours (intervalle de confiance à 95% entre 6,1% et 17,4%).

2.2.4.6 Le mode d'allaitement

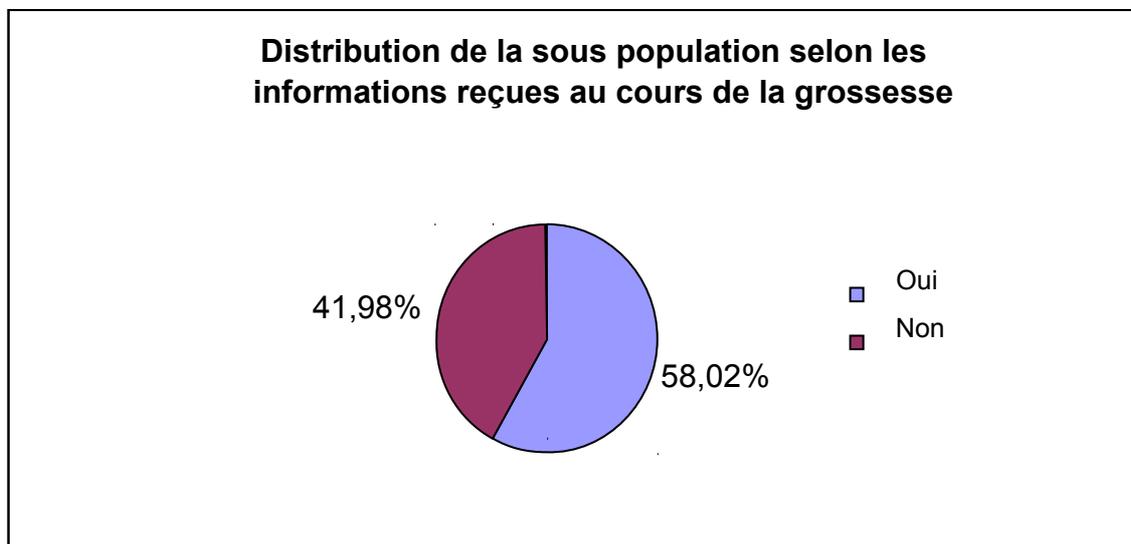
Tableau 27 : Histogramme 25



La répartition des accouchées est assez partagée: **55,56%** ont choisi un allaitement maternel ou mixte (intervalle de confiance à 95% entre 44,7% et 66,4%) et **44,44%** un allaitement artificiel (intervalle de confiance à 95% entre 33,6% et 55,3%).

2.2.4.7 Informations reçues sur les compétences du nouveau-né au cours de la grossesse

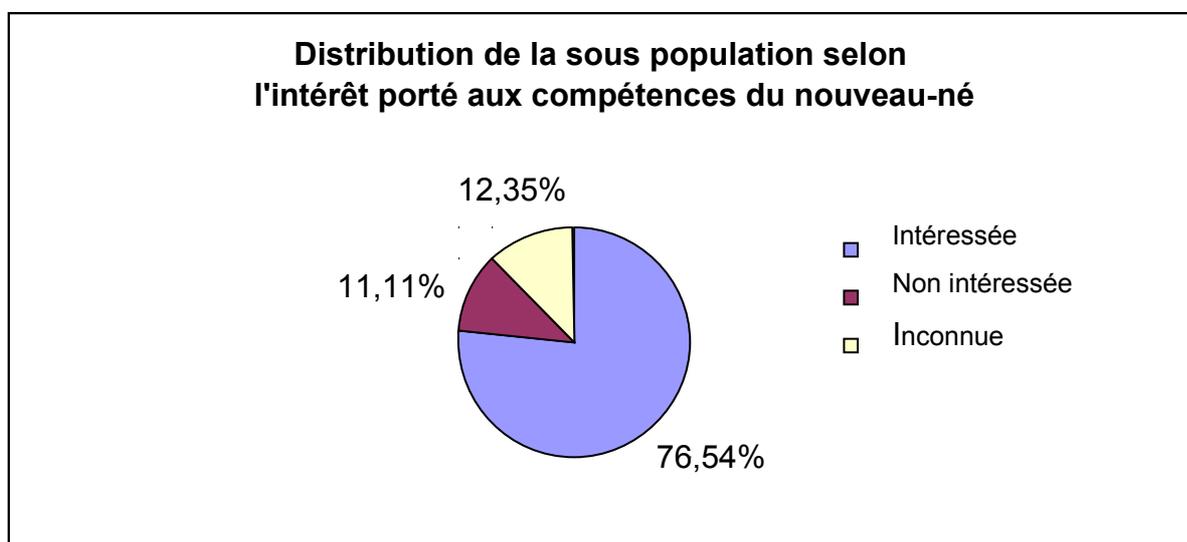
Tableau 28 : Diagramme 26



41,98% des accouchées n'ont pas reçu d'informations sur les compétences du nouveau-né durant la grossesse (intervalle de confiance à 95% entre 31,2% et 52,7%) et **58,02%** en ont reçues (intervalle de confiance à 95% entre 47,3% et 68,8%).

2.2.4.8 Intérêt pour connaître les compétences du nouveau-né

Tableau 29 : Diagramme 27



La majorité des accouchées (**76,54%**) sont intéressées pour mieux connaître les compétences du nouveau-né (intervalle de confiance à 95% entre 69% et 86%).

11,11% ne sont pas intéressées pour mieux les connaître (intervalle de confiance à 95% entre 4% et 18%).

12,35% de la population soient 10 accouchées n'ont pas répondu à cet item du questionnaire.

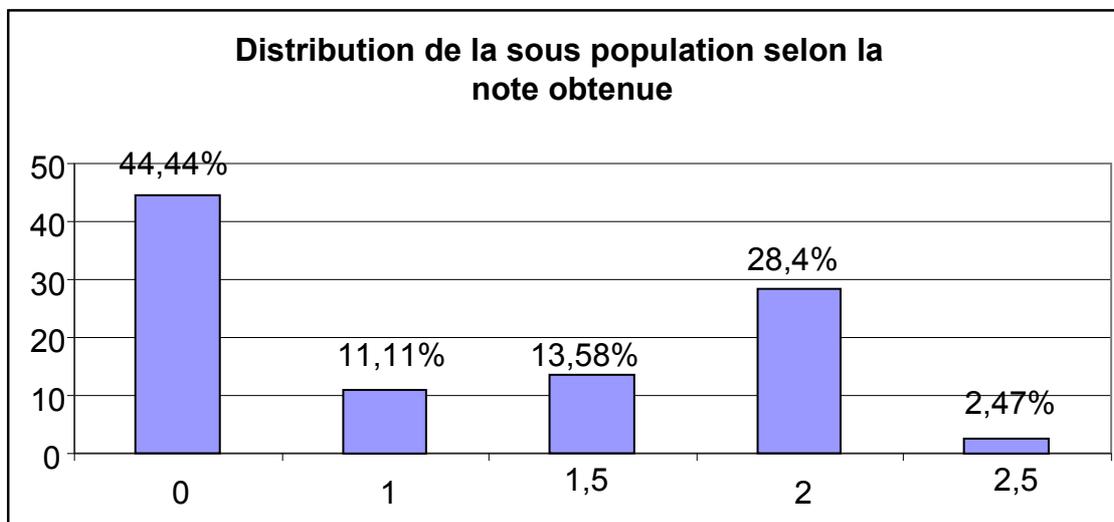
2.2.4.9 Notes aux thèmes abordés dans le questionnaire

Pour cette population, nous nous sommes intéressés aux thèmes à propos desquels les accouchées ont le plus de lacunes.

2.2.4.9.1 La vision du nouveau-né

Ce thème est noté sur 3 points dans le questionnaire (Annexe).

Tableau 30 : Histogramme 28



Plus de la moitié de l'échantillon ignore les capacités visuelles du nouveau-né: **44,44%** n'a pas obtenu de points sur ce thème (intervalle de confiance à 95% entre 33,6% et 55,3%) et **11,11%** n'a obtenu qu'un seul point (intervalle de confiance à 95% entre 4,3% et 18%).

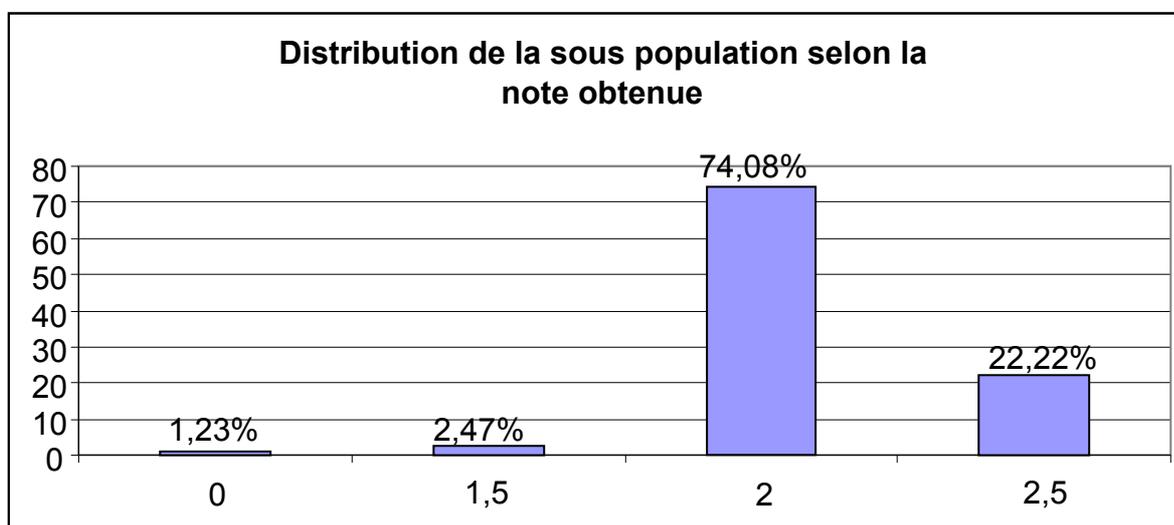
30,87% de la population connaît assez bien ce thème (intervalle de confiance à 95% entre 20,8% et 40,9%): **28,4%** a obtenu 2 points (intervalle de confiance à 95% entre 18,6% et 38,2%) et **2,47%** soient 2 accouchées 2,5 points.

13,58% ont eu la moyenne : 1,5 point sur 3 (intervalle de confiance à 95% entre 6,1% et 21%).

2.2.4.9.2 L'audition du nouveau-né

Ce thème est noté sur 2,5 points.

Tableau 31 : Histogramme 29



La quasi-totalité des accouchées de l'échantillon (**98,77%**) connaissent les capacités auditives du nouveau-né (intervalle de confiance à 95% entre 96,4% et 100%) et ont une note supérieure ou égale à 1,5/2,5 :

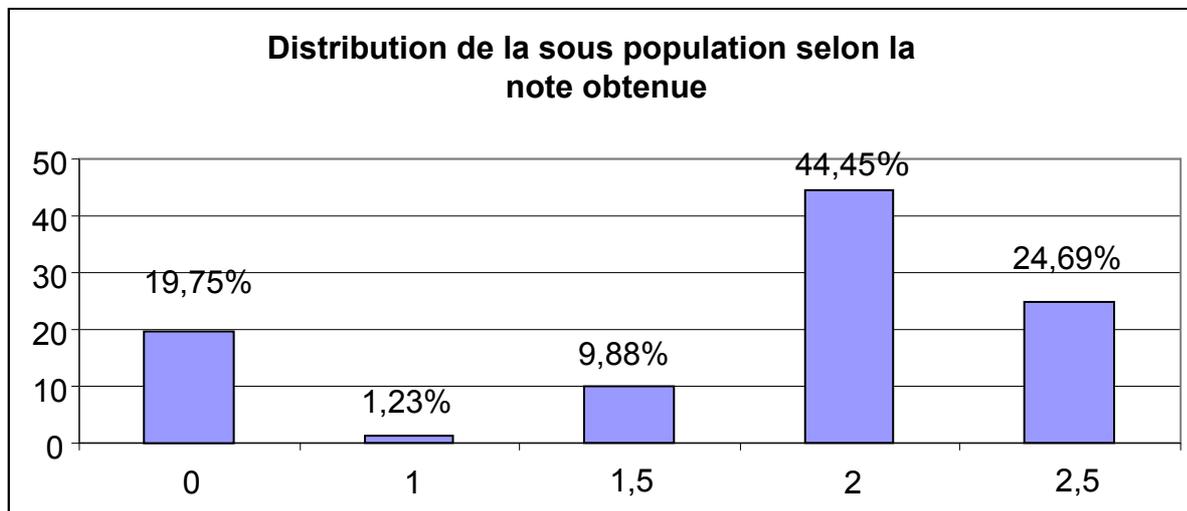
- **2,47%** soient 2 accouchées ont obtenu 1,5 point,
- **74,08%** ont obtenu 2 points (intervalle de confiance à 95% entre 64,5% et 83,6%)
- **22,22%** ont obtenu 2,5 points (intervalle de confiance à 95% entre 13,2% et 31,3%).

Seulement **1,23%** de l'échantillon soit 1 accouchée n'a pas obtenu de point sur ce thème.

2.2.4.9.3 L'odorat du nouveau-né

Ce thème est noté sur 2,5 points.

Tableau 32 : Histogramme 30



La majorité des accouchées de l'échantillon (**79,02%**) connaissent les capacités olfactives du nouveau-né (intervalle de confiance à 95% entre 70,2% et 87,9%) et ont une note supérieure ou égale à 1,5/2,5 :

- **9,88%** ont obtenu 1,5 point (intervalle de confiance à 95% entre 3,4% et 16,4%),

- **44,45%** ont obtenu 2 points (intervalle de confiance à 95% entre 33,6% et 55,3%),

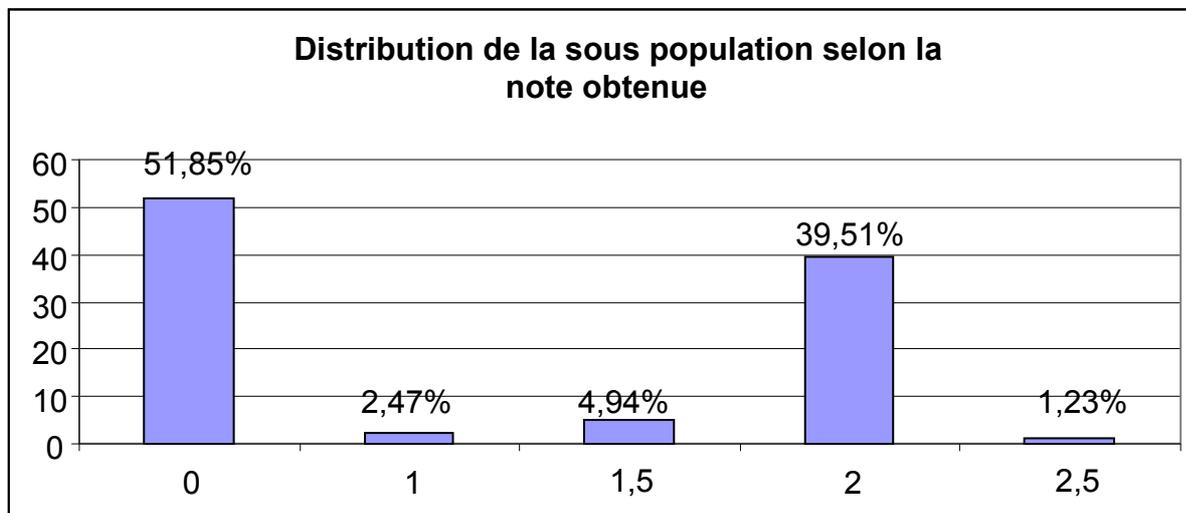
- **24,69%** ont obtenu la note maximale (intervalle de confiance à 95% entre 15,3% et 34,1%).

Notons que **19,75%** de cette population ignore les capacités olfactives du nouveau-né (intervalle de confiance à 95% entre 11,1% et 28,4%).

2.2.4.9.4 Le goût du nouveau-né

Ce thème est noté sur 2,5 points.

Tableau 33 : Histogramme 31



Plus de la moitié de l'échantillon (**54,35%**) ignore les compétences gustatives du nouveau-né (intervalle de confiance à 95% entre 43,5% et 65,2%) :

- **51,85%** n'a pas obtenu de point (intervalle de confiance à 95% entre 41% et 62,7%),

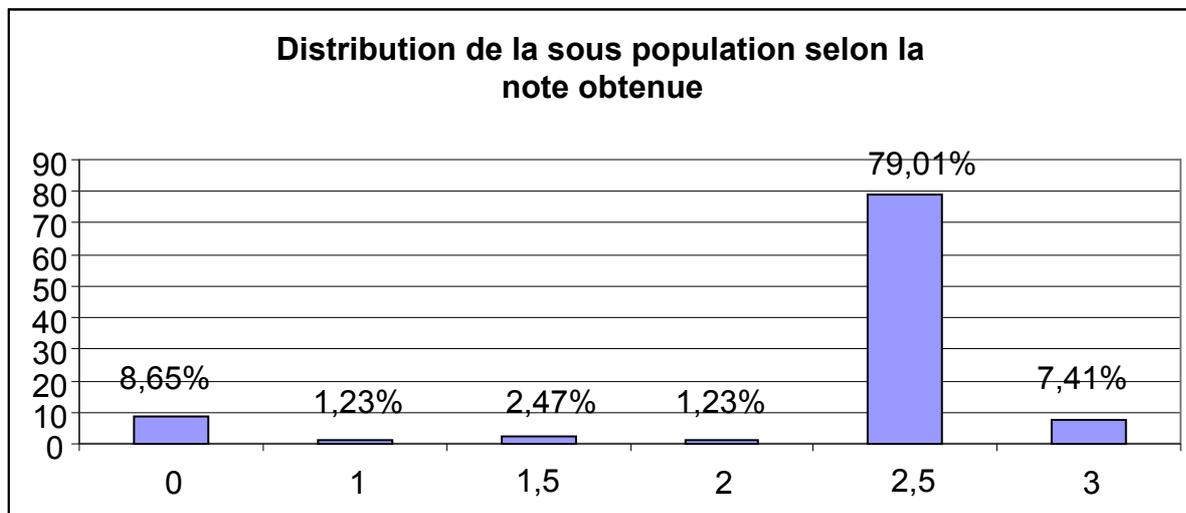
- **2,47%** soient 2 accouchées n'ont obtenu qu'un seul point.

39,5% des accouchées ont tout de même obtenu 2 points (intervalle de confiance à 95% entre 28,9% et 50,1%), **4,94%** 1,5 point (intervalle de confiance à 95% entre 0,2% et 9,7%) et **1,23%** soit 1 accouchée a obtenu la note maximale.

2.2.4.9.5 Le toucher du nouveau-né

Ce thème est noté sur 3 points.

Tableau 34 : Histogramme 32



La grande majorité des accouchées (**90,12%**) connaissent les compétences tactiles du nouveau-né (intervalle de confiance à 95% entre 83,6% et 96,6%) et ont obtenu une note supérieure ou égale à la moyenne :

- **79,01%** ont obtenu 2,5 points (intervalle de confiance à 95% entre 70,1% et 87,9%),

- **7,41%** ont obtenu la note maximale (intervalle de confiance à 95% entre 1,7% et 13,1%),

- **1,23%** soit 1 accouchée a obtenu 2 points,

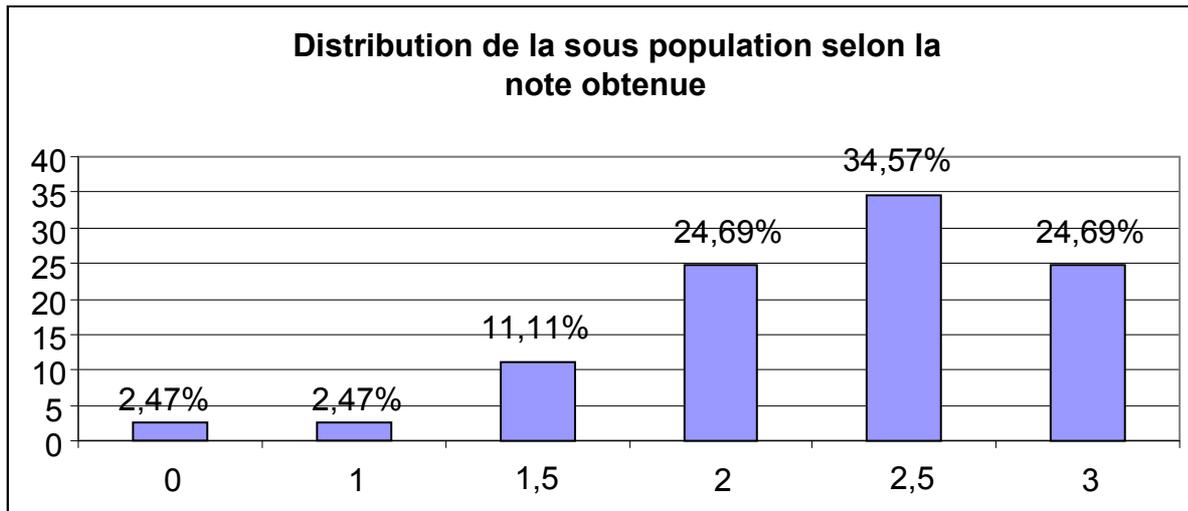
- **2,47%** soient 2 accouchées ont obtenu la moyenne.

8,65% des accouchées ignorent totalement ces compétences (intervalle de confiance à 95% entre 2,5% et 14,8%) et **1,23%** soit 1 accouchée a obtenu 1 point.

2.2.4.9.6 Les compétences motrices du nouveau-né

Ce thème est noté sur 3,5 points et aborde l'existence de différents réflexes archaïques tels que la succion, les points cardinaux et le fuissement.

Tableau 35 : Histogramme 33



Les compétences motrices du nouveau-né sont bien connues par **83,95%** des accouchées de l'échantillon (intervalle de confiance à 95% entre 76% et 91,9%) :

- **24,69%** ont obtenu 3 points (intervalle de confiance à 95% entre 15,3% et 34,1%),

- **34,57%** ont obtenu 2,5 points (intervalle de confiance à 95% entre 24,2% et 44,9%),

- **24,69%** ont obtenu 2 points (intervalle de confiance à 95% entre 15,3% et 34,1%).

Parmi les accouchées restantes, **11,11%** ont obtenu 1,5 points (intervalle de confiance à 95% entre 4,3% et 18%) et **2,47 %** soient 2 accouchées n'ont obtenu qu'un seul point et n'en ont pas obtenu du tout.

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Analyse de la population étudiée

1.1 Le niveau des connaissances maternelles

Face aux résultats obtenus (cf. histogramme 10 et diagramme 11), je peux affirmer que les mères ont globalement de bonnes connaissances sur les compétences du nouveau-né quel que soit l'âge, l'origine, la profession, la parité, le mode d'allaitement ou les informations reçues pendant la grossesse.

1.2 Influence des caractéristiques de la population sur le niveau des connaissances

1.2.1 En fonction de l'âge

Les accouchées qui ne connaissent pas les compétences du nouveau-né sont significativement plus jeunes que celles qui les connaissent ($p < 0,01$).

En effet, la proportion d'accouchées de moins de 25 ans au sein de la population qui connaît les compétences du nouveau-né est de **11,52%** (intervalle de confiance de 95% compris entre 8,2% et 14,9%) et de **25,93%** au sein de la population ne les connaissant pas (intervalle de confiance de 95% compris entre 21,5% et 30,5%).

1.2.2 En fonction de la profession

Il y a significativement plus d'accouchées sans profession dans la population ne connaissant pas les compétences du nouveau-né que dans la population d'accouchées les connaissant ($p < 0,01$).

Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les deux sous populations concernant la proportion d'accouchées exerçant :

- une profession médicale ou paramédicale ($p > 0,10$),
- une profession non médicale ou paramédicale mais en rapport avec la petite enfance ($p < 0,20$),
- une profession sans rapport avec la petite enfance ($p > 0,05$).

1.2.3 En fonction de l'origine

Nous avons différencié les accouchées originaires de France métropolitaine et les accouchées étrangères parce que les sous catégories (maghrébines, asiatiques, européennes..) ne sont pas suffisamment représentées dans la population.

On constate qu'il y a plus d'accouchées étrangères parmi les accouchées ne connaissant pas les compétences du nouveau-né ($p < 0,05$). Il est impossible de savoir si cette différence est due à un biais de sélection ou de communication (mauvaise compréhension des informations reçues ou de l'intitulé de la question) ou à une réelle différence de connaissances entre la population française et étrangère.

1.2.4 En fonction du mode d'allaitement

Le mode d'allaitement ne semble pas avoir d'influence significative sur le niveau de connaissance des accouchées. L'accompagnement de l'allaitement maternel ne semble donc pas être une occasion pour les accouchées de recevoir des informations.

1.2.5 En fonction des informations reçues au cours de la grossesse

Les femmes ayant reçu des informations sur les compétences du nouveau-né durant la grossesse ont significativement obtenu de meilleures notes que celles n'en ayant pas reçues ($p < 0,02$), ce qui est cohérent. Je peux conclure que les informations reçues sont correctes.

1.2.6 En fonction de l'intérêt porté aux compétences du nouveau-né

La proportion de femmes intéressées pour mieux connaître les compétences du nouveau-né est significativement plus élevée dans la population ayant déjà de bonnes connaissances ($p < 0,01$), ce qui est cohérent. En effet les accouchées intéressées demandent et recherchent plus d'informations sur le sujet expliquant ainsi une meilleure note au questionnaire.

Notons également que la proportion d'accouchées n'ayant pas répondu à cette question est significativement plus élevée dans la population ne connaissant pas les compétences du nouveau-né ($p < 0,02$).

Par ailleurs, les femmes qui se disent non intéressées pour connaître les compétences du nouveau-né sont dans la même proportion dans les deux catégories de population.

1.3 Les femmes qui ne sont pas intéressées pour mieux connaître les compétences du nouveau-né

Elles ont répondu "non" à la question "êtes-vous intéressée pour mieux connaître les compétences de votre nouveau-né ?".

Cette sous population compte 25 femmes soit **7,14%** de la population (intervalle de confiance de 95% compris entre 4,4% et 9,8%).

Bien que cet échantillon soit de faible effectif, nous pouvons noter que **76%** (intervalle de confiance de 95% compris entre 59% et 93%) des accouchées de cette population n'ont pas assisté à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité contre **47,14%** (intervalle de confiance de 95% compris entre 41,9% et 52,3%) pour la population générale, ce qui est significatif ($p < 0,01$).

J'émetts l'hypothèse que les accouchées non intéressées pour mieux connaître les compétences du nouveau-né ne le sont pas non plus par la préparation à la naissance et à la parentalité.

D'autre part, il n'y a pas de différence significative entre la parité des accouchées de cette population et celle de la population générale. L'expérience personnelle n'explique donc pas le désintérêt de certaines accouchées.

Enfin il n'y a pas de différence significative entre les deux populations concernant le niveau de connaissance des accouchées.

2. Les points forts et les points faibles de l'étude

2.1 Les points forts de l'étude

Pour la réalisation de cette étude d'observation, 350 sujets étaient nécessaires. J'ai bien obtenu 350 questionnaires dont les informations étaient exploitables sur les 376 questionnaires distribués, durant le temps imparti à l'étude.

Cette étude a aussi montré que les femmes avaient globalement de bonnes connaissances sur les compétences du nouveau-né. L'information reçue par les accouchées est donc de qualité même si des points sont à améliorer.

2.2 Les points faibles de l'étude

2.2.1 Le biais de sélection

Sur les 376 questionnaires distribués durant la période de l'étude, seuls 350 ont pu être exploités. Parmi les 26 restants, 17 ont été remplis de manière incomplète et 9 n'ont pas été remplis. Il existe donc un biais parce que ces accouchées avaient peut-être des caractéristiques et des connaissances différentes de celles qui ont accepté de participer.

Ainsi, le biais de sélection doit être pris en compte dans l'analyse des résultats.

2.2.2 Le biais du souvenir

Certaines accouchées peuvent avoir reçu des informations durant la grossesse et ne pas se souvenir de son contenu ou de sa source, biaisant ainsi l'étude.

2.2.3 Le biais de communication

Il concerne tout ce qui peut altérer la transmission de l'information entre l'émetteur et le récepteur et ainsi compromettre son assimilation. Ainsi, certaines accouchées ont pu recevoir des informations justes et complètes sur les compétences du nouveau-né mais les avoir mal comprises. Ce biais est difficilement contrôlable.

2.2.4 L'absence d'étude similaire antérieure

Je n'ai pas retrouvé d'étude similaire déjà menée dans la littérature. De ce fait je n'ai pas de point de comparaison possible dans l'analyse de mes résultats. Le critère principal de jugement utilisé ne découle que de mon appréciation personnelle.

3. Confrontation aux hypothèses

3.1 L'hypothèse principale

L'hypothèse principale était « **les mères ne connaissent pas les compétences de leur nouveau-né** ».

Pour répondre à cette affirmation, je me suis servie de la note globale obtenue au questionnaire (diagramme 11), selon le critère principal de jugement (cf.1.1.5.3. dans la deuxième partie). **76,86%** des accouchées connaissent les compétences de leur nouveau-né (intervalle de confiance à

95% entre 72% et 83%) ce qui est supérieur aux 65% attendus. L'hypothèse est donc infirmée.

3.2 Les hypothèses secondaires

La première était:

« Les mères sont intéressées pour mieux connaître les compétences de leur nouveau-né. »

Pour y répondre, j'ai utilisé la distribution de la population selon l'intérêt porté aux compétences du nouveau-né (diagramme 9) : **86,57%** des accouchées sont intéressées pour mieux connaître les compétences de leur nouveau-né (intervalle de confiance à 95% entre 83% et 90%) ce qui confirme l'hypothèse.

Je peux donc conclure que les accouchées souhaitent recevoir des informations sur ce sujet.

La deuxième hypothèse:

« Les multipares ont plus de connaissances que les primipares. »

Pour y répondre, j'ai comparé la proportion de multipares dans la sous population d'accouchées qui connaissent les compétences du nouveau-né (diagramme 15) et dans celles qui ne les connaissent pas (diagramme 23). Elle est de **50,93%** (intervalle de confiance de 95% compris entre 45% et 56,9%) dans la première catégorie et de **48,15%** (intervalle de confiance de 95% compris entre 37,3% et 59%) dans la deuxième.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les deux sous populations ($p > 0,50$), ce qui infirme l'hypothèse. L'expérience personnelle ne semble donc pas avoir d'influence sur le niveau de connaissances des accouchées.

« Le personnel hospitalier ne les informe pas. »

Les sources d'informations citées par les accouchées (histogramme 8) permettent d'y répondre. Le personnel médical y est cité de manière importante et en particulier les sages-femmes, ce qui infirme l'hypothèse.

La dernière hypothèse était:

« Les femmes ayant assisté à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ont plus de connaissances. »

Pour y répondre, j'ai comparé la proportion de femmes ayant assisté à des cours de PNP dans les deux catégories de population : les accouchées connaissant les compétences de leur nouveau-né (diagramme 16) et celles ne les connaissant pas (diagramme 24). Cette proportion est respectivement de **60,23%** (intervalle de confiance à 95% compris entre 54,4% et 66,1%) et de **28,39%** (intervalle de confiance à 95% compris entre 18,6% et 38,2%).

Je peux conclure que les accouchées ayant reçu des cours de préparation à la naissance et à la parentalité durant la grossesse ont significativement de meilleures connaissances que les autres ($p < 0,001$). Cette hypothèse est confirmée.

4. La solution envisagée

Bien que les connaissances maternelles sur les compétences de leur nouveau-né soient de bon niveau, elles peuvent être améliorées par une meilleure information apportée par le personnel médical.

Cette information pourrait se faire durant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. En effet, l'étude montre que les femmes sont particulièrement réceptives aux informations données durant ces cours.

Il serait intéressant d'aborder les compétences du nouveau-né lors du module sur l'allaitement maternel. Cela permettrait aux futures mères de comprendre l'intérêt de connaître les capacités de leur bébé.

Pour atteindre les femmes qui n'assistent pas aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, des informations sur les compétences du nouveau-né pourraient être transmises par le biais du « guide

de la maternité », fascicule distribué à toutes les accouchées lors de leur séjour à la maternité.

Celui-ci contient des informations générales sur l'alimentation et la sécurité du nouveau-né mais n'aborde pas ses compétences sensorielles et motrices. Il pourrait mettre l'accent sur les thèmes les moins connus par les accouchées : informer les jeunes mères sur la vision du nouveau-né, leur capacité à reconnaître le visage maternel qui peut l'apaiser lorsqu'il pleure, leur capacité de discrimination gustative et notamment l'influence de l'alimentation maternelle sur le goût du lait maternel.

Les informations évoquées dans ce livret pourraient engendrer chez les accouchées de nouvelles questions qu'elles pourraient poser au personnel médical au cours de leur séjour.

CONCLUSION

Connaître les compétences du nouveau-né permettrait aux parents de mieux comprendre son comportement et d'assurer une prise en charge plus sûre de leur enfant.

Ainsi, l'objectif de ce travail était d'évaluer les connaissances des accouchées sur les compétences du nouveau-né. Pour cela, j'ai réalisé une étude transversale à la maternité de l'hôpital de la mère et de l'enfant à Limoges à visée descriptive, qui s'est déroulée du mois de mars au mois de juillet 2011 permettant de récolter 350 questionnaires.

Au regard des résultats, 76,86% des accouchées connaissent les compétences de leur nouveau-né, ce qui est satisfaisant.

La solution envisagée pour améliorer ce résultat consiste à renforcer l'information donnée par le personnel médical par le biais des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que du « guide de la maternité » distribué aux accouchées.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE-CORRECTION

Bonjour, je suis Elisa GRIL, étudiante sage-femme en 3^{ème} année et, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage femme, j'évalue les connaissances maternelles sur les compétences des nouveau-nés. Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire anonyme.

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre profession ?
- De quelle origine êtes-vous ?
- Combien d'enfants aviez-vous avant cette grossesse ?
- Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance durant cette grossesse ? (répondez par oui ou non)
- Si oui, combien ?
- Avez-vous, au cours de votre grossesse, reçu des informations sur les compétences des nouveau-nés ? (répondez par oui ou non)

Si oui, par qui ? (cocher une ou plusieurs propositions)

- votre entourage (famille, amis)
- internet
- livres, magazines
- médecins
- sages femmes
- autre, précisez :.....

Dans quelles circonstances ? (cocher une ou plusieurs propositions)

- au cours d'une consultation de suivi normal de grossesse
- au cours d'une hospitalisation
- au cours d'une séance de préparation à la naissance
- autre, précisez :

- Votre nouveau-né est-il nourri au sein ou au biberon ?

- Etes-vous intéressée pour mieux connaître les compétences de votre nouveau-né ? (répondez par oui ou non)

1. LA VISION DU NOUVEAU-NE

[notée sur 3]

- Le nouveau-né a-t-il la capacité de voir à la naissance ? [oui coché = 1 point]

- oui
- non

Si oui (cochez la ou les bonnes réponses) :

- Il peut voir jusqu'à une vingtaine de centimètres. [cochée = 0,5 point]
- Il peut suivre des yeux un objet placé dans son champ de vision.

[cochée = 0,5 point]

- Son œil est attiré par les couleurs vives. [non cochée = 0,5 point]
- Il reconnaît votre visage. [cochée = 0,5 point]

Si non, à quel âge la vision commence-t-elle à fonctionner ? (cochez la bonne réponse) [0 point]

- A partir de 2 mois.
- A partir de 6 mois.
- Après 1 an.

2. L'AUDITION DU NOUVEAU-NE

[notée sur 2,5]

- Le nouveau-né a-t-il la capacité d'entendre à la naissance ? [oui coché = 1 point]

- oui
- non

Si oui (cochez la ou les bonnes réponses) :

- Avant la naissance, l'audition est absente. [non cochée = 0,5 point]
- Il reconnaît le rythme et l'intonation de votre voix. [cochée = 0,5

point]

- Il est capable de tourner la tête en direction d'un son. [cochée = 0,5

point]

Si non, à quel âge l'audition commencera-t-elle à fonctionner ? [0 point]

- A partir de 2 mois.
- A partir de 6 mois.
- Après 1 an.

3. L'ODORAT DU NOUVEAU-NE

[noté sur 2,5]

- Le nouveau-né est-il sensible aux odeurs ? [oui coché = 1 point]

- oui
- non

Si oui (cochez la ou les bonnes réponses) :

Les compétences olfactives du nouveau-né et de l'adulte sont différentes. [non cochée = 0,5 point]

- Il reconnaît votre odeur. [cochée = 0,5 point]
- Il est capable de se diriger spontanément vers votre sein. [coché = 0,5

point]

Si non, à partir de quel âge le bébé sera-t-il capable de percevoir les odeurs ? [0 point]

- A partir de 2 mois.
- A partir de 6 mois.

- Après 1 an.

4. LE GOUT DU NOUVEAU-NE

[noté sur 2,5]

- Le nouveau-né est-il sensible au goût ?[oui coché = 1 point]
 - oui
 - non

Si oui (cochez la ou les bonnes réponses) :

- Il est capable de différencier les saveurs dès la vie intra-utérine.

[cochée = 0,5 point]

- Les saveurs salées l'apaisent.[non cochée = 0,5 point]
- Il préfère les saveurs sucrées.[cochée = 0,5 point]

Si non, à quel âge sera-t-il-capable de percevoir les différentes saveurs ?

[0 point]

- A partir de 2 mois.
- A partir de 6 mois.
- Après 1 an.

5. LE TOUCHER DU NOUVEAU-NE

[noté sur 3]

- Le nouveau-né est-il sensible au toucher ?[oui coché = 1 point]
 - oui
 - non

Si oui (cochez la ou les bonnes réponses) :

- Il n'est pas sensible à la douleur.[non cochée = 1 point]
- Il est sensible aux massages, aux caresses.[cochée = 0,5 point]
- Il est capable de percevoir la texture des objets.[cochée = 0,5 point]

Si non, à quel âge sera-t-il sensible au toucher ?[0 point]

- A partir de 2 mois.
- A partir de 6 mois.
- Après 1 an.

6. LES COMPETENCES MOTRICES DU NOUVEAU-NE

[noté sur 3,5]

- A la naissance, le nouveau-né est doté de capacités motrices appelées « réflexes archaïques » ou encore « réflexes primaires ».[oui coché = 1 point]

- oui
- non

Si oui (cochez la ou les bonnes réponses) :

- La succion du nouveau-né fait partie de ces réflexes.[cochée = 0,5 point]
- Un nouveau-né qui suce vigoureusement sa tétine ou votre doigt a faim. [non cochée = 0,5 point]
- Caresser la joue du nouveau-né pendant qu'il tète peut lui faire lâcher le sein ou la tétine. [cochée = 0,5 point]
- Le nouveau-né nu, posé sur votre ventre nu, est capable de se diriger spontanément vers votre sein. [cochée = 0,5 point]
- Ces réflexes doivent persister les 3 premières années de vie de l'enfant.[non cochée = 0,5 point]

Si non, ce la signifie-t-il que le nouveau-né n'a pas de compétences motrices à la naissance ? [0 point]

- oui
- non

Merci de l'attention portée à ce questionnaire, n'oubliez pas de le remettre à la sage femme avant votre sortie de la maternité.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) THOMAS N, Les compétences du bébé. FMPC Pitié-salpêtrière, Novembre 2003 consulté le 2 octobre 2010
<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.2.htm>
!
- (2) THIRION M, Les compétences du nouveau-né. Paris, Ramsay1987 : 313-28
- (3) PILLET F, Les soins de soutien au développement en néonatalogie. Soins pédiatrie-puériculture, 2010 ; 254 : 5
- (4) STRUMEYER C, Eveil sensoriel et développement de la pensée. Soins pédiatrie-puériculture, 2008 ;244 :10-11
- (5) BERNE-AUDEOUD F, MARCUS L, LEJEUNE F, GENTAZ E, DEBILLON T, Communiquer par le toucher avec le nouveau-né prématuré. Soins pédiatrie-puériculture, 2010 ; 256 :21-22
- (6) VAUCLAIR J, Développement du jeune enfant : motricité, perception, cognition. Paris, Belin 2004 : 256-73, 75, 80, 87, 91, 57, 58, 63, 93
- (7) MARLIER L, Emergence des sensations olfactives, gustatives et trigéminales. Profession sage-femme, 2009 ; 160 : 20, 22, 23, 24, 25, 26
- (8) GRANIER-DEFERRE C, RIBEIRO A, Capacités auditives prénatales. Profession sage-femme, 2009-2010 ; 161 :20, 21, 22
- (9) SPEEG-SCHATZ C, Le développement des fonctions visuelles chez l'enfant. Soins pédiatrie-puériculture, 2011 ; 261 :16-17

(10) MONTERO M, Toucher autrement avec le massage contenant. Soins pédiatrie-puériculture, 2010 ; 248 :8

(11) FLAMANT C, DENIZOT S, CAILLAUX G, FRONDAS A, MIGRAINE A, ROZE JC, Analgésie et sédation chez le nouveau-né prématuré. Soins pédiatrie-puériculture, 2010 ; 256 : 24

(12) MAURY M, Développement affectif du nourrisson. L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance. Univ-rouen, 2005 consulté le 4 octobre 2010

<http://univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096554716128&LANGUE=0>

(13) SAINT-ANNE DARGASSIES S, Le développement neurologique du nouveau-né à terme et prématuré. Paris, Masson 1979 : 82, 150, 324, 150

(14) RAZUREL C, HELIOT C, PERIER J, ANDREOLI N, Education des mères à la santé dans le post-partum à la maternité de Genève. Recherches en soins infirmiers, 2003 ; 75 : 38-45

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	5
LES COMPÉTENCES DU NOUVEAU-NÉ.....	6
1. Les compétences sensorielles du nouveau-né.....	6
1.1 Le développement prénatal.....	6
1.1.1 Le toucher.....	7
1.1.2 L'olfaction et la gustation.....	8
1.1.3 L'audition.....	9
1.1.4 La vision.....	10
1.2 Les compétences à la naissance.....	10
1.2.1 Le toucher.....	10
1.2.1.1 La sensibilité tactile.....	10
1.2.1.2 La perception de la douleur.....	11
1.2.2 L'olfaction.....	12
1.2.3 La gustation.....	12
1.2.4 L'audition.....	13
1.2.5 La vision.....	14
1.2.5.1 L'acuité visuelle.....	14
1.2.5.2 L'accommodation visuelle.....	14
1.2.5.3 La poursuite oculaire.....	14
1.2.5.4 La vision binoculaire.....	15
2. Les capacités motrices du nouveau-né.....	16
2.1 Les mouvements du fœtus in utero.....	16
2.2 Les réflexes archaïques.....	16
2.2.1 Le réflexe de succion.....	17
2.2.2 Le réflexe des points cardinaux.....	18
2.2.3 Le réflexe d'agrippement des doigts.....	18

2.2.4 Le réflexe de foussement.....	19
3.Les informations maternelles.....	19
3.1 La circulation et les sources d'informations.....	20
3.2 Le rôle de la sage-femme dans l'éducation de la mère.....	21
MÉTHODE ET RÉSULTATS.....	22
1.Le protocole de l'étude.....	22
1.1 La problématique.....	22
1.2 L'objectif de recherche.....	22
1.3 Les hypothèses de recherche.....	22
1.3.1 L'hypothèse principale.....	22
1.3.2 Les hypothèses secondaires.....	22
1.4 L'intérêt de l'étude.....	23
1.5 Le schéma d'étude.....	23
1.5.1 Le type d'étude.....	23
1.5.2 La population.....	23
1.5.2.1 La population cible.....	23
1.5.2.2 Les critères d'inclusion.....	23
1.5.2.3 Les critères d'exclusion.....	23
1.5.2.4 Le nombre de sujets nécessaires.....	24
1.5.3 La mise en place de l'étude.....	24
1.5.3.1 Le questionnaire.....	24
1.5.3.2 Modalités de recueil des données.....	25
1.5.3.3 Le critère principal de jugement.....	25
1.5.4 Les variables.....	25
1.5.5 Le recueil des données.....	28
2.Les résultats.....	28
2.1 La description de la population étudiée.....	28
2.1.1 L'âge.....	28
2.1.2 La profession.....	29
2.1.3 L'origine.....	30
2.1.4 La parité.....	31
2.1.5 La préparation à la naissance et à la parentalité.....	31
2.1.6 Le mode d'allaitement.....	32

2.1.7 Informations reçues sur les compétences du nouveau-né au cours de la grossesse.....	33
2.1.8 Intérêt pour connaître les compétences du nouveau-né.....	34
2.2 Les connaissances maternelles sur les compétences du nouveau-né...	35
2.2.1 La note globale obtenue au questionnaire.....	35
2.2.2 Le niveau des connaissances des accouchées.....	35
2.2.3 Les accouchées qui connaissent les compétences des nouveau-nés	36
2.2.3.1 L'âge.....	36
2.2.3.2 La profession.....	37
2.2.3.3 L'origine.....	38
2.2.3.4 La parité.....	39
2.2.3.5 La préparation à la naissance et à la parentalité.....	39
2.2.3.6 Le mode d'allaitement.....	40
2.2.3.7 Informations reçues sur les compétences du nouveau-né au cours de la grossesse.....	41
2.2.3.8 Intérêt pour connaître les compétences du nouveau-né.....	41
2.2.4 Les accouchées qui ne connaissent pas les compétences du nouveau-né.....	42
2.2.4.1 L'âge.....	42
2.2.4.2 La profession.....	43
2.2.4.3 L'origine.....	44
2.2.4.4 La parité.....	45
2.2.4.5 La préparation à la naissance et à la parentalité.....	45
2.2.4.6 Le mode d'allaitement.....	46
2.2.4.7 Informations reçues sur les compétences du nouveau-né au cours de la grossesse.....	47
2.2.4.8 Intérêt pour connaître les compétences du nouveau-né.....	47
2.2.4.9 Notes aux thèmes abordés dans le questionnaire.....	48
2.2.4.9.1 La vision du nouveau-né.....	48
2.2.4.9.2 L'audition du nouveau-né.....	49
2.2.4.9.3 L'odorat du nouveau-né.....	50
2.2.4.9.4 Le goût du nouveau-né.....	51
2.2.4.9.5 Le toucher du nouveau-né.....	52
2.2.4.9.6 Les compétences motrices du nouveau-né.....	52
ANALYSE ET DISCUSSION.....	54

1. Analyse de la population étudiée.....	54
1.1 Le niveau des connaissances maternelles.....	54
1.2 Influence des caractéristiques de la population sur le niveau des connaissances.....	54
1.2.1 En fonction de l'âge.....	54
1.2.2 En fonction de la profession.....	54
1.2.3 En fonction de l'origine.....	55
1.2.4 En fonction du mode d'allaitement.....	55
1.2.5 En fonction des informations reçues au cours de la grossesse.....	55
1.2.6 En fonction de l'intérêt porté aux compétences du nouveau-né.....	56
1.3 Les femmes qui ne sont pas intéressées pour mieux connaître les compétences du nouveau-né.....	56
2. Les points forts et les points faibles de l'étude.....	57
2.1 Les points forts de l'étude.....	57
2.2 Les points faibles de l'étude.....	57
2.2.1 Le biais de sélection.....	57
2.2.2 Le biais du souvenir.....	58
2.2.3 Le biais de communication.....	58
2.2.4 L'absence d'étude similaire antérieure.....	58
3. Confrontation aux hypothèses.....	58
3.1 L'hypothèse principale.....	58
3.2 Les hypothèses secondaires.....	59
4. La solution envisagée.....	60
CONCLUSION.....	62
ANNEXE.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	68
TABLE DES MATIÈRES.....	70
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	74
TABLE DES TABLEAUX.....	75

TABLE DES ILLUSTRATIONS

ILLUSTRATION 1: VISION LATÉRALE DE L'OBJET ET POURSUITE OCULAIRE (15).....	15
ILLUSTRATION 2: RÉFLEXE D'AGRIPPEMENT DES DOIGTS DIFFUSANT AU MEMBRE SUPÉRIEUR (13).....	19

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : CALENDRIER DES CAPACITÉS SENSORIELLES (SEMAINES POST-CONCEPTION) (6).....	6
TABLEAU 2 : CHRONOLOGIE DU DÉVELOPPEMENT DES MOUVEMENTS SPONTANÉS AU COURS DES PÉRIODES EMBRYONNAIRES ET FŒTALES (6). .	16
TABLEAU 3: HISTOGRAMME 1.....	28
TABLEAU 4: HISTOGRAMME 2.....	29
TABLEAU 5: HISTOGRAMME 3.....	30
TABLEAU 6 : DIAGRAMME 4.....	31
TABLEAU 7 : DIAGRAMME 5.....	31
TABLEAU 8 : HISTOGRAMME 6.....	32
TABLEAU 9 : DIAGRAMME 7.....	33
TABLEAU 10 : HISTOGRAMME 8.....	33
TABLEAU 11 : DIAGRAMME 9.....	34
TABLEAU 12 : HISTOGRAMME 10.....	35
TABLEAU 13 : DIAGRAMME 11.....	35
TABLEAU 14 : HISTOGRAMME 12.....	36
TABLEAU 15 HISTOGRAMME 13.....	37
TABLEAU 16 : HISTOGRAMME 14.....	38
TABLEAU 17 : DIAGRAMME 15.....	39
TABLEAU 18 : DIAGRAMME 16.....	39
TABLEAU 19 : HISTOGRAMME 17.....	40

TABLEAU 20 : DIAGRAMME 18.....	41
TABLEAU 21 : DIAGRAMME 19.....	41
TABLEAU 22 : HISTOGRAMME 20.....	42
TABLEAU 23 : HISTOGRAMME 21.....	43
TABLEAU 24 : HISTOGRAMME 22.....	44
TABLEAU 25 : DIAGRAMME 23.....	45
TABLEAU 26 : DIAGRAMME 24.....	45
TABLEAU 27 : HISTOGRAMME 25.....	46
TABLEAU 28 : DIAGRAMME 26.....	47
TABLEAU 29 : DIAGRAMME 27.....	47
TABLEAU 30 : HISTOGRAMME 28.....	48
TABLEAU 31 : HISTOGRAMME 29.....	49
TABLEAU 32 : HISTOGRAMME 30.....	50
TABLEAU 33 : HISTOGRAMME 31.....	51
TABLEAU 34 : HISTOGRAMME 32.....	52
TABLEAU 35 : HISTOGRAMME 33.....	53