



Les soins professionnalisés aux nouveaux-nés : de l'approche historique à une approche centrée sur la famille

Laurence GIRARD

Puéricultrice D.E.

Consultante en Lactation IBCLC

Formateur Co-naître®

Les soins pratiqués au nouveau-né sain en service de maternité prennent leurs sources dans des pratiques millénaires. Ils sont, pour la plupart d'avantage justifiés par la persistance de croyances et de représentations culturelles que par l'analyse des besoins physiologiques néonataux. Pourtant, nous pensons encore qu'ils sont indispensables à la bonne santé du nouveau-né. Connaître leur origine, reconnaître que c'est la culture qui nous conduit à les pratiquer plutôt que la connaissance médicale, peut nous aider à les réviser en toute sécurité, pour nous-mêmes et pour le nouveau-né.

Par ailleurs, les pratiques de soins aux nouveau-nés hospitalisés en service de pédiatrie ont également un fondement historique : prise des rations alimentaires à heure fixe, choix du lait de vache plutôt que de lait humain pour nourrir les bébés à grande échelle, utilisation de la couveuse, absence des parents en service de soins...

Ces choix étaient adaptés aux conditions sociales et économiques du temps qui les a vus émerger.

Des pratiques novatrices, scientifiquement évaluées et validées, intègrent aujourd'hui les parents comme partenaires responsables de la santé de leur enfant : Méthode Kangourou, soins de développement et NIDCAP, Initiative Hôpital Amis des bébés ... En France, ils restent encore peu développés. Il existe à cela des raisons historiques. Après avoir appris à permettre la survie de grands prématurés, il reste un défi à relever : comment humaniser les soins en néonatalogie tout en maintenant sécurité médicale et santé optimale de l'enfant ?

Comprendre les fondements historiques de nos pratiques de soins peut nous aider à envisager leur évolution, ouvrir sur d'autres choix thérapeutiques et nous permettre de relever ce défi.

« Je crois que l'histoire assume au service des collectivités, une fonction comparable à celle qu'assume la psychanalyse au service de l'individu : elle élucide la mémoire »

Y. Knibiehler in Naissance en Occident 5

I. Les mutations du monde périnatal

II. Brève histoire des soins professionnalisés aux nouveaux-nés

a. Les soins à la naissance

b. Le recueil des nouveau-nés abandonnés en France : de Saint Vincent de Paul à l'Assistance Publique

c. La maternité de Port Royal : recours pour les femmes enceintes démunies, centre d'enseignement de la profession de sage-femme

d. Stéphane Tarnier, les bases des soins aux prématurés et aux enfants malades à l'hôpital.

III. Conséquences de l'évolution historique des professions en lien avec la périnatalité

a. Élevage collectif en absence de mère et professionnalisation des soins donnés aux nouveaux-nés

b. Émergence de règles strictes en ce qui concerne les soins à donner aux nouveau-nés : la puériculture moderne

c. Retentissement de la puériculture moderne sur le concept des soins en périnatalité

IV. Aujourd'hui ... Père et mère sont présents auprès de l'enfant et auprès de nous ...

V. Perspectives pour les soins en périnatalité

VI. En Conclusion

I. Les mutations du monde périnatal

Les pratiques de soins en service de maternité et en service de néonatalogie ont évolué durant ces deux dernières décennies de façon notable. Les premiers à avoir initié une réflexion d'envergure sur la nature des soins en périnatalité furent les psychanalystes et les psychologues. Les travaux de Spitz, Harlow, Winnicot, Françoise Dolto en France, servirent de fondement à la théorie de l'attachement et mirent en évidence l'importance des premiers liens entre le bébé, sa mère et son père. D'autres, comme ceux de Terry Brazelton, ont changé notre regard sur le nouveau-né, ses compétences, et notamment ses capacités à créer du lien avec les adultes pour assurer sa propre survie. Ils ont permis l'émergence du concept de parentalité. Le « soutien à la parentalité » est devenu un axe de prévention des troubles de la relation parents-enfant et des dysfonctionnements possibles de la fonction parentale.

Les pratiques et l'organisation des soins ont évolué pour favoriser la première rencontre avec le nouveau-né, la création de liens solides et protecteurs avec ses parents et la mise en place des compétences parentales.

Ainsi dans les services de maternité, des pratiques nouvelles émergent progressivement : le peau à peau en salle de naissance entre le bébé et sa mère, voire son père si la naissance a lieu par césarienne ou si la mère est indisponible, la proximité favorisée entre le bébé et sa mère durant le séjour en maternité, le soutien à l'allaitement avec des efforts considérables pour former les personnels à la physiologie de la lactation et de la succion néonatale. La séparation systématique de la mère et de son bébé à la naissance avec placement pour surveillance en pouponnière a quasiment disparu ainsi que l'administration systématique de biberons de substituts de lait maternel en attendant la montée de lait, voire au-delà. D'autres pratiques subsistent toutefois : Le bain de propreté donné à la naissance puis quotidiennement les jours suivants, l'isolement du bébé en pouponnière pour la nuit, les compléments de substitut de lait maternel quand le bébé pleure, l'éducation des mères au bain « en technique » appris par les

auxiliaires de puériculture et les puéricultrices durant leur formation initiale, le placement en couveuse en cas d'hypothermie du bébé, ...

Dans les services de néonatalogie, l'organisation des soins a également évolué. Hier encore, les parents étaient seulement admis à contempler leur bébé derrière la paroi vitrée du couloir des visiteurs, en attendant son passage en berceau où enfin ils pourraient s'occuper de lui, assaillis par un sentiment compréhensible d'incompétence et de peur. Aujourd'hui, ils pénètrent dans le service, peuvent se tenir auprès des couveuses et souvent même tenir leur tout petit en peau à peau pendant quelques heures. La pratique de l'allaitement est encouragée, mais peu d'équipes savent réellement aujourd'hui apporter un soutien efficace aux mères séparées de leur bébé et souhaitant allaiter. Les causes majeures à l'échec de l'allaitement maternel sont la maigre fréquence de la venue de la mère et le peu de temps passé auprès du bébé, ainsi que le stress généré par la prématurité et les soins inhérents. Il est vrai que peu de services ont réussi à aménager leur architecture et leurs soins de façon à pouvoir accueillir, à toute heure, voire en permanence, les mères, les pères et leur permettre de demeurer dans des conditions psychologiquement contenantantes auprès de leur bébé. Si les psychologues sont présents dans ce type de service pour accompagner les parents dans ce moment difficile, les professionnels des équipes ne disposent souvent pour accompagner moralement les parents que de leurs propres capacités d'empathie personnelle, sans avoir reçu de véritable formation préalable à l'écoute, à l'accompagnement, à l'accueil des émotions qui assaillent alors les parents. Les soins d'hygiène au bébé sont montrés avant le retour au domicile afin de ne pas laisser les parents démunis mais un bon nombre d'entre eux témoignent de leur très grande difficulté à envisager le retour de cet enfant « fragile » et à faire confiance à leurs compétences parentales.

Il reste beaucoup à faire même si indéniablement l'évolution est en chemin. Cette évolution, qui est

davantage une véritable mutation qu'une évolution naturelle des soins est une source importante de questionnement, voire de stress pour les équipes, qui conscientes de la nécessité d'évoluer encore n'en demeurent pas moins parfois désemparées. Ce qui était vrai hier, s'avère faux, voire délétère aujourd'hui. Cette mutation demande un véritable changement de référentiel pour être menée à bien. Pour cela, il est nécessaire de comprendre l'origine des soins aux nouveau-nés encore effectués aujourd'hui.

II. Brève histoire des soins professionnalisés aux nouveaux-nés

a. Les soins à la naissance

C'est un médecin de l'Antiquité qui au début de notre ère écrit les premières recommandations de bonnes pratiques en matière de soins aux nouveaux-nés. Il s'appelle Soranos et vit à Rome au tout début de l'ère chrétienne. Son ouvrage le plus célèbre s'intitule « Maladies des femmes »²¹. Il comporte quatre volumes, dont un entièrement dédié à l'art de l'accouchement, de la naissance et des soins au nouveau-né. Que nous dit Soranos ? Que recommande-t-il à la matrone ?

La matrone, qui assiste la femme en couches, se tient le plus souvent accroupie.

Lors de l'expulsion, le nouveau-né est déposé sur la terre. Dès lors il est examiné. Crie-t-il sous l'effet du froid ? Quel est son sexe ? Semble-t-il de constitution solide ? Ces informations communiquées par signes au père, lui permettent d'accepter ou non l'enfant dans la *familia*. S'il le refuse, l'enfant est emmaillotté à la hâte, sans être baigné et exposé par les soins d'une servante ou d'un esclave sur un lieu public^{8,9}.

Si l'enfant n'est pas exposé, il est alors baigné pour le débarrasser du vernix caseosa, cet enduit gras et blanchâtre réputé être le sperme du père déposé sur le fœtus lors des rapports sexuels¹⁵. Le rituel du bain et la reconnaissance de l'enfant par le père sont couplés.

Afin que l'enfant termine la digestion des nourritures maternelles reçues in utero, on instaure une diète de deux jours. Nous aussi avons laissé jeûner les nouveau-nés durant les 48 premières heures de vie. La diète passée, la

nourriture vient. Oui, mais pas de nourriture maternelle. Le corps de la mère, éprouvé par l'accouchement et la grossesse, doit d'abord se reconstituer. Pour ouvrir l'appétit du nouveau-né, on lui badigeonne délicatement la bouche de miel modérément cuit. Après la découverte des Amériques, c'est le sucre qui remplacera le miel, et c'est d'eau sucrée que nous nourrirons nos nouveaux-nés. Coutume qui tend maintenant à disparaître complètement.

Quand il reçoit enfin du lait, c'est le lait d'une femme capable de l'allaiter convenablement, et non celui de sa mère, réputé mauvais, « *Il est trop épais, trop caséux, par la suite indigeste, inerte, inassimilable, produit par un corps qui a souffert* ». Puis vient le choix de la nourrice. En effet, si Soranos affirme d'une part que les mères sont les mieux accordées en tant que nourrices avec l'enfant qu'elles ont mis au monde, il est préférable toutefois que l'enfant soit nourri sur une autre « terre » que celle qui l'a portée. Ceci afin d'éviter à la mère de vieillir prématurément et de s'affaiblir à allaiter chaque jour l'enfant. L'enfant sera plus robuste à téter le sein d'une autre.

La femme, la mère est un lieu de passage, nécessaire à la génération, mais sitôt l'enfant né, elle est symboliquement court-circuitée par le dépôt à terre du nouveau-né.

Dès la naissance, il est séparé de sa mère, baigné, emmaillotté, isolé et nourri loin d'elle. L'emploi de nourrices commence dans l'Antiquité grecque pour la classe aristocratique, puis durant la domination de l'empire romain pour la plèbe, et se poursuit massivement jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle voire au delà. La mère et l'enfant sont séparés depuis la naissance sans espoir de retrouvailles puisque cette séparation s'intensifie entre la petite enfance à l'adolescence. On comprend pourquoi le théâtre antique fourmille de nourrices plus protectrices et plus proches de leur héros que ne le sont leurs mères biologiques.

Les représentations qui ont nourri notre culture des soins au nouveau-né, sont nées dans le monde gréco-romain, où mère et enfant sont séparés¹⁴. Il suffit de se rappeler nos lettres classiques et la *République* de Platon décrivant la Cité Idéale : les

enfants naissent et sont collectivement confiés à des groupes de femmes et de nourrices, qui ne sont pas les mères biologiques, pour ensuite en âge de raison et d'apprendre, être pris en charge par des précepteurs, des éducateurs. Point de notion d'attachement mère-enfant pour fonder une personnalité harmonieuse, bien au contraire. Platon est l'un des philosophes qui a le plus influencé la pensée politique et morale de l'Occident.

Continuons notre voyage dans le temps.

L'exposition d'enfants, c'est à dire leur abandon sans assurance de recueil est pratique courante dans le monde romain. Les choses évoluent à partir de l'ère chrétienne, car le dogme religieux valorise l'enfant, image du Christ. Pendant le Moyen Age, les parents qui abandonnent leur enfant sont recherchés pour pourvoir à ses besoins alors qu'il est recueilli par la communauté. La solution de l'abandon comme régulation des naissances n'en est plus une, et le recours à l'infanticide pendant les périodes économiques ou sociales difficiles s'intensifie. Pour pallier à l'infanticide, l'Eglise prône l'abandon aux portes des congrégations religieuses, qui s'organisent pour recueillir les enfants, non plus exposés, mais de plus en plus souvent déposés. Les premiers établissements qui prendront ensuite le nom d'hospices pour enfants trouvés ou hospices des innocents voient le jour. Dès lors, les orphelinats se multiplient en Europe.

b. Le recueil des nouveaux-nés abandonnés en France : de Saint Vincent de Paul à l'Assistance Publique

En France, c'est l'action de Saint Vincent de Paul qui va véritablement structurer l'accueil et l'élevage des enfants trouvés. Il en organise le recueil dans Paris, et en 1670, un édit royal établit l'hospice des enfants trouvés et prévoit son financement 7.

À partir de ce moment-là, c'est l'explosion ...

Tenon, dans son mémoire sur les hôpitaux de Paris 21, note que l'hospice recueille entre 1670 et 1740, *seulement* 200 enfants par an. Mais son

succès va crescendo et en 1788, année où il arrête les comptes, c'est plus de 8000 enfants qui sont recueillis annuellement. Au total, plus de 250 000 enfants passeront par l'hospice des enfants trouvés en un siècle et demi. Les nouveaux-nés sont placés ensuite en nourrice, où Saint Vincent de Paul préconise qu'ils demeurent après le sevrage. Des travaux d'agrandissement constants sont nécessaires pour adapter la capacité d'accueil : alors que seulement 200 enfants environ y sont recensés à la fin du 17^{ième} siècle, c'est plus de 900 qui y vivent en permanence en 1761 13.

Les raisons d'une telle augmentation sont multiples, et nous nous contenterons de dire que les changements sociaux et notamment la fin de l'obligation pour le séducteur d'assumer la charge du fruit de ces amours hors mariage, augmente les grossesses illégitimes. Il est vrai que le phénomène touche essentiellement les grandes villes dans lesquelles il s'intensifie, les jeunes filles enceintes venant y accoucher pour pouvoir déposer anonymement l'enfant et s'en retourner ensuite dans leur village.

C'est dans ce contexte que la Convention décide de créer « les Enfants Naturels de la Patrie » constituant les deux départements du futur hospice de la « Maternité » qui devient au 19^{ième} siècle, l'établissement le plus réputé d'Europe, la maternité de Port Royal.

C'est là que se fonde le premier enseignement structuré et officiel de la profession de sage-femme, où sont formées les meilleures sages-femmes de leur temps et on tente depuis l'Europe entière de venir y étudier. L'enjeu est d'importance : former des sages-femmes compétentes qui repartent dans les provinces françaises où trop de matrones encore sont responsables par méconnaissance, d'accidents obstétricaux lourds de conséquences 12.

c. La maternité de Port Royal : recours pour les femmes enceintes démunies, centre d'enseignement de la profession de sage-femme

Le 19^{ième} siècle entame un tournant décisif. Les philosophes des Lumières, la Révolution

française, la déclaration des droits de l'homme et du citoyen introduisent des innovations philosophiques, sociales et politiques dont la portée s'étend jusqu'à nous.

La Révolution pose le devoir d'assistance de la nation auprès des plus pauvres comme un devoir de l'état envers le citoyen, supplantant ainsi la notion de « charité » jusqu'alors seule ressource pour venir au secours des plus démunis. De même, elle chasse des hôpitaux publics, les ordres religieux qui les tiennent, pour les remplacer par des personnels, des professionnels, laïques. L'établissement de l'ère industrielle a pour effet de jeter loin de leurs campagnes originelles des milliers de personnes qui viendront chercher à la ville, à la fabrique, puis à l'usine ou dans les maisons bourgeoises, de quoi survivre. C'est l'émergence d'une classe ouvrière peu à peu déculturée de ces savoirs traditionnels. Alors que la bourgeoise citadine accouche toujours dans la maison familiale et la paysanne dans la ferme, des jeunes femmes, pauvres, filles-mères pour certaines, femmes mariées pour d'autres, toutes soumises à de rudes conditions de vie et de travail, viennent accoucher à l'hôpital. Elles ne peuvent accoucher à leur domicile, faute de salubrité ou pis encore, faute de domicile, trop pauvres ou domestiques chez un maître. Ou alors elles ont caché leur grossesse, viennent de la campagne où elles s'en retournent, sitôt l'enfant déposé à l'hospice des enfants trouvés. Toujours des femmes dans des situations sociales, économiques et psychologiques d'une très grande précarité. La très grande majorité d'entre elles abandonne leur bébé sitôt après la naissance, à moins qu'elles ne deviennent nourrices à l'Hôtel Dieu et hébergées pour cela avec leur bambin, contre un maigre salaire 17. L'hôpital est un lieu de secours certes, mais c'est aussi un lieu de rééducation sociale. Les femmes y sont accueillies plusieurs semaines avant leurs couches et effectuent pendant ce temps-là des travaux d'intérêt collectif dans les ateliers de couture et de confection contre une petite rémunération. Elles fabriquent ainsi les layettes et trousseaux nécessaires aux enfants pour leur départ en nourrice, tout se constituant un petit pécule. Les

journées à l'hôpital sont rigoureusement organisées et le désœuvrement y est combattu. Cette notion peut nous paraître aujourd'hui difficile à comprendre, aussi doit-on rappeler que l'hôpital, l'hospice, est avant tout un lieu d'accueil pour les plus pauvres, privés de domicile ou de soutien avant d'être le lieu de soin que nous connaissons aujourd'hui. L'hôpital est un lieu de temporisation pour la paix sociale, notamment dans les périodes les plus troublées, qui permet d'éviter émeutes et révoltes. Jusqu'en 1930, le ministère de la santé n'ayant pas d'existence, c'est du ministère de l'intérieur que dépendait la tutelle des hôpitaux 3...

Revenons aux accouchées.

Elles arrivent à la Maternité le plus souvent dans un état d'épuisement physique avancé comme en témoigne le Médecin Chef Girardin en 1833 cité par Scarlett Beauvalet- Boutouyrie 1 : « Elles se présentent, les unes excédées par les fatigues d'une longue route faite à pied; les autres exténuées par toutes les privations qu'entraîne la misère ou détériorées par les ravages d'affections chroniques, souvent contagieuses. Chez celles-ci la grossesse n'est qu'une longue suite de souffrances exaspérées encore par la nature du régime et celle d'une profession pénible; chez celles-là et c'est le plus grand nombre, les maladies intercurrentes persévèrent dans leur durée ... chez presque toutes, les affections morales, vives, profondes, semblent après l'accouchement, prendre encore une nouvelle force d'acuité ». De plus, la fièvre puerpérale décime leur rang pendant leur séjour et entraîne même par période la fermeture de l'établissement tant la contagion est intense.

Les trois quarts d'entre elles sont célibataires et toutes exercent des petits métiers peu rémunérateurs, payées à la journée ou à la tâche. « Le prix moyen de journée d'une femme est de 2 F. Un accouchement coûte entre 20 à 25 F s'il est pratiqué par une sage-femme à domicile, 50 à 60 F s'il est pratiqué par un médecin. Il faut rajouter le manque d'argent à gagner induit par le temps de l'accouchement et ses suites immédiates, plus tous les frais de layette et de nourrice. Une telle réalité permet de mieux comprendre la détresse

de ces femmes qui n'ont d'autre solution que l'abandon »¹. Durant l'année 1814, sur les 2 425 enfants nés à Port Royal, 284 sont sortis avec leur mère, 39 ont été placés en nourrice, 127 sont morts nés et 1 948 sont abandonnés aux soins de l'Hospice ¹⁸. Ce sont donc des nouveaux-nés promis pour la plupart à l'abandon, dont les conditions de gestation sont déplorables qui naissent à l'hôtel Dieu : prématurés, petits poids de naissance, malformations diverses sont légions et les médecins voient leurs petits patients décéder d'aphtose, du sclérème secondaire à des refroidissements, du muguet qui ravage les muqueuses, de carences multiples. Pour contrecarrer les effets de la misère, ils vont déborder d'ingéniosité et de dévouement, consacrant pour certains, leur vie entière à ces femmes et leurs enfants. Parmi eux, Stéphane Tarnier ^{10,11} qui assure la chefferie de la Maternité dès 1867 va poser les fondements des soins aux prématurés que nous pratiquons encore aujourd'hui. Son esprit méthodique, ses capacités de collaboration et sa créativité lui permettent de combattre habilement les maux récurrents qui sévissent à la Maternité comme une fatalité.

d. Stéphane Tarnier, les bases des soins aux prématurés et aux enfants malades à l'hôpital.

Pour lutter contre les épidémies de fièvre puerpérale, il isole les accouchées malades des bien-portantes, et le personnel qui en a la charge. La mortalité maternelle qui touche alors une femme sur dix, est divisée par quatre. Il conçoit l'architecture et l'équipement d'un nouveau pavillon réservé aux accouchées, et la mortalité baisse encore de plus de la moitié. Inspiré par les travaux de Lister en Grande-Bretagne et de Pasteur en France, il généralise les solutions antiseptiques pour le lavage des mains et l'hygiène des locaux et fait recouvrir de carrelage, plus facile à nettoyer que les murs bruts, les salles d'accouchement. Il perfectionne par ailleurs certains instruments obstétricaux, comme le forceps qui passe à la postérité en portant son nom. De plus, il s'attache à lutter contre les différentes affections qui emportent les nouveaux-nés fragiles qui naissent à la maternité.

Tout d'abord, lutter contre l'hypothermie et procurer au nouveau-né un environnement chaud pour soigner le sclérème. S'inspirant de l'observation qu'il fait en 1878 d'une couveuse pour gallinacés au jardin d'Acclimatation de Paris, il met au point le premier incubateur pour nouveau-né qu'il présente à l'Académie de Médecine en 1885 ²². Cet incubateur améliore du moins à court terme, le taux de survie des prématurés et remplace l'ouate dont on enveloppe les nouveaux-nés chétifs et hypothermiques.

Ensuite nourrir les enfants. Ceux qui ne sont pas gardés par leur mère passent à la crèche où ils reçoivent du lait de nourrice ou du lait de vache. Mais le nombre de nourrices sédentaires est toujours insuffisant pour subvenir aux besoins des prématurés et la mortalité néonatale reste très élevée. En effet, la rémunération offerte aux nourrices à demeure est faible en regard de celle obtenue dans une maison bourgeoise. Tarnier s'inspire alors des expériences menées à l'Hospice des enfants trouvés, où sont envoyés la plupart des enfants nés à la Maternité. Il tente l'allaitement par deux chèvres qui donne de mauvais résultats puisque tous les enfants décèdent. Puis des préparations à base de lait de vache, coupé avec de l'eau et du sucre, suivant l'âge du bébé. Les résultats sont décevants sans être, toutefois, aussi dramatiques. Il introduit, à ses frais, en 1880, l'allaitement par le lait d'ânesse, qui donne cette fois de bons résultats. Mais le coût d'entretien et de location des ânesses est trop élevé pour l'administration qui renonce. Il revient alors vers le lait de vache et fait acheter une vache à demeure en 1882. L'alimentation à base de lait de vache devient ainsi la référence, quand le lait de nourrice manque.

Pour pallier l'immaturation de ces petits patients quand ils peinent à téter le sein des nourrices, il invente un tube de caoutchouc que l'on introduit dans l'estomac de l'enfant et dans lequel on verse le lait de la nourrice. Il tâtonne sur les quantités de lait à faire passer dans le tube suivant le poids de l'enfant, la fréquence des gavages ... mais finit par communiquer à l'Académie de médecine de Paris ²² sur deux cas d'enfants (de très petits

poids de naissance, autour de 1000 grammes) qui ont bénéficié à la fois de la couveuse et du gavage. En dépit de sa créativité, la mortalité néonatale reste élevée : infections ophtalmiques et ombilicales, troubles digestifs divers liés à une alimentation inadaptée, mais aussi conditions de grossesse catastrophiques qui retentissent sur le devenir néonatal, sont autant de facteurs morbides.

Finalement, il faudra attendre les grands progrès sociaux et sanitaires du 20^{ème} siècle, pour que s'améliore de façon notable et durable, l'état de santé des mères et des nouveau-nés. Mais grâce aux enfants abandonnés, grâce à toutes ces femmes qui ne pouvaient accoucher chez elles, faute de salubrité ou de logement, grâce à ces nouveaux-nés malingres, chétifs et fragiles, nous avons pu poser les fondements de l'obstétrique et de la pédiatrie hospitalières telle que nous les connaissons aujourd'hui.

L'amélioration des conditions de vie et de travail, les aides accordées aux mères et aux familles, ont finalement eu raison de la propension à abandonner les enfants faute de subsides suffisants pour les élever. Viennent accoucher à l'hôpital dès le début du 20^{ème} siècle, les ouvrières, les femmes mariées issues de milieux simples, qui gardent leur enfant, mais ne bénéficient plus de la transmission des savoirs traditionnels des soins de maternage, coupées de leur famille par l'exode rural. L'hôpital devient alors un lieu où l'on éduque les jeunes mères à l'observance des strictes règles qui y ont cours : alimentation à horaire fixe pour permettre la digestion du lait de vache coupé et sucré, moins digeste que le lait humain, « éducation » des nouveau-nés à supporter la solitude, seule option possible dans une collectivité d'enfants dont les seuls appuis sont quelques adultes, dévoués, certes, mais trop peu nombreux. Ces jeunes mères ne jouissent pas d'un entourage familial et social suffisant pour que l'enfant puisse être accueilli dans de bonnes conditions, ce qui constitue une menace accrue pour la santé de l'enfant. Il est donc important de leur dispenser des principes de puériculture simples et rigoureux, laissant peu de champ à l'initiative.

Les soins professionnalisés aux nouveau-nés : de l'approche historique à une approche centrée sur la famille

Laurence GIRARD Décembre 2007-

III. Conséquences de l'évolution historique des professions en lien avec la périnatalité

a. Élevage collectif en absence de mère et professionnalisation des soins donnés aux nouveaux-nés

Finalement, Platon pourrait se réjouir. Les principes de sa Cité idéale ont été mis en pratique, du moins en ce qui concerne la prime enfance : des enfants ont massivement été élevés en collectivité par des femmes qui n'en étaient pas les mères, et ce, pendant plus de quatre siècles. Cette « expérience » collective vers laquelle ont été conduits nos prédécesseurs par les contraintes de leurs temps, n'a peut-être pas produit l'humanité et l'organisation politique idéales dont rêvait Platon. Par contre, elle a permis l'émergence d'une véritable professionnalisation du maternage, des soins aux enfants malades ou bien portants, selon une rationalisation et des principes dictés par la contrainte de la collectivité d'une part, par la contrainte de l'absence de mère d'autre part, et les conséquences qui en découlent.

b. Émergence de règles strictes en ce qui concerne les soins à donner aux nouveaux-nés : la puériculture moderne

Cette expérience professionnalisée de l'élevage collectif d'enfants sans mère est fondatrice de l'ensemble des règles et conseils préconisés encore aujourd'hui en matière de soins aux tout petits, et qui prendra le nom à la fin du 19^{ème} siècle de « Puériculture Moderne ».

En l'absence de la mère, d'autres femmes rémunérées prennent soin de l'enfant, et s'approprient par la force des choses, sa survie. Elles ne s'occupent pas d'un seul mais de plusieurs enfants à la fois, et sont donc, dans l'obligation de régenter, de réguler au mieux les soins qu'elles dispensent. Ce sont les enfants qui doivent adapter leur comportement aux nécessités de l'adulte et non l'inverse.

Elles doivent nourrir les enfants avec autre chose que du lait maternel. C'est à partir de ce moment que les prémices de la nutrition infantile avec des laits d'animaux, dont celui de vache, sont posées.

Cette branche de la puériculture ne cessera de fleurir.

Les enfants concernés par leurs soins sont le fruit de grossesses pathologiques liées à la très grande misère sanitaire et psychologique des femmes. Ils ne sont pas pour la plupart des bébés nés à terme et en bonne santé mais au contraire des enfants débilités, fragiles, malades. Ce qui conduit à l'élaboration de processus de soins qui aurait été parfaitement inutile si ces enfants étaient nés au domicile, à terme, de mère en bonne santé.

c. Retentissement de la puériculture moderne sur le concept des soins en périnatalité

Les professionnelles acquièrent ainsi une expérience dans « l'élevage » qui fera autorité et prendra valeur d'expertise. Les règles de soins élaborées sont auréolées de rationalité et de science moderne, véritables postulats de base nécessaires à la survie d'un nouveau-né, impossibles à contredire. Une science nouvelle voit le jour, opposable aux soins de maternage traditionnels prodigués par une mère, définissant sans appel, ce qui est bon de ce qui est néfaste à la survie d'un bébé. C'est cette science que les manuels de puériculture diffusent à partir du début du 20^{ème} siècle au cœur même des familles et que l'on inculque aux mères venant accoucher de plus en plus nombreuses, à l'hôpital ou à la clinique.

L'histoire a conditionné la formation de nos professions et conditionné également le comportement, les pratiques de soins et les présupposés philosophiques qui les sous-tendent. Si pendant très longtemps nous avons refusé le droit aux parents de passer leur main dans la couveuse pour caresser simplement leur bébé, c'est que nous craignons qu'ils ne le contaminent avec des germes dangereux. Si nous pensons encore aujourd'hui que la sauvegarde d'un prématuré ne peut se passer d'un incubateur, c'est que nous n'avons pas d'autres solutions à proposer alors pour le réchauffer, prendre soin de lui. Si nous continuons d'enseigner aux mères le bain « en technique » selon des règles d'hygiène strictes et rassurantes, c'est que c'est ainsi que

nous l'avons appris, sans imaginer que ce bébé ne vivra pas dans une collectivité d'enfants hautement contaminés. Si nous éprouvons encore des réticences à conseiller aux mères de porter, bercer et garder leur bébé à proximité de leur corps, c'est que le corps des mères, leur présence, leur attention, nous a cruellement manqué par le passé. Ainsi nous continuons à apprendre puis à dispenser des préceptes de puériculture qui avaient pris sens dans une réalité sociale et économique aujourd'hui révolue.

IV. Aujourd'hui ... Père et mère sont présents auprès de l'enfant et auprès de nous ...

Depuis que Tarnier et ses successeurs ont posé l'architecture de la néonatalogie en France, nos missions professionnelles ont considérablement évoluées. Aujourd'hui, les parents sont là, mère et père. Nous sommes les témoins permanents de la naissance non seulement d'un enfant, mais également d'une famille, ce que malheureusement, ceux et celles qui nous ont précédées ne pouvaient voir. Notre attention et notre considération pour cet extraordinaire phénomène ont grandement augmenté ces dernières décennies et nous avons aménagé nos façons de travailler tant en maternité, qu'en service de néonatalogie et réanimation.

Cependant, nos formations initiales sont essentiellement centrées sur les soins à donner aux enfants, ou sur les soins à donner à la mère, mais elles ne nous apprennent que très imparfaitement à considérer le système plus complexe mère-enfant, ou mère-père-enfant.

Nous ne disposons pas des outils de communication, d'écoute, de didactique, de méthode, nous permettant de proposer un accompagnement personnalisé à chaque famille.

De même, ce que nous savons la plupart du temps sur les compétences d'un nouveau-né, nous l'avons appris de nouveau-nés séparés de leurs parents. Nous connaissons parfaitement les réactions et réflexes d'un enfant placé sur la table d'examen mais rares sont ceux qui ont observé, répertorié le comportement physiologique d'un

nouveau-né lové contre le corps de sa mère ou de son père. Nous commençons à peine à découvrir de quoi est capable un bébé placé dans son "habitat", en proximité avec ses parents.

Notre difficulté, outre notre contexte historique très handicapant, vient également du fait que nous n'avons pas encore, en tant que professionnels, revisité nos représentations de l'enfant et de sa famille.

Comment pouvons-nous, maintenant, envisager la suite de notre histoire collective et professionnelle ? Que savons-nous aujourd'hui que nous ignorions hier ? Quels sont les besoins des bébés dont nous sommes conscients ? et de leurs parents ? Quelles réponses pouvons-nous leur apporter ?

Dans quel champ clinique et conceptuel, est-il souhaitable de faire évoluer nos compétences collectives, donc d'orienter nos apprentissages ?

V. Perspectives pour les soins en périnatalité

Aujourd'hui, un nouveau-né a sa maman et son papa pour l'accueillir et l'entourer. Il est ainsi placé au coeur d'un système d'interactions, la famille, qui s'est constituée, construite, autour de lui, réalité globale, indissociable. Il ne s'agit pas de s'attacher à "faire du lien" entre l'enfant et ses parents, comme on plaque une recette. Il s'agit de reconnaître que ces liens existent. Certains vont s'éteindre, d'autres voir le jour, dans un processus dynamique dont la richesse dépend de la qualité des interactions possibles entre l'enfant, ses parents, et son environnement. Le nouveau-né est un être de relations, appartenant à un système – la famille - par lequel il se définit et existe. De fait, il est impossible de considérer « famille » et « nouveau-né » comme des entités distinctes.

Un nouveau cadre conceptuel devient donc nécessaire. Ce cadre intègre plusieurs points, qui sont autant d'ancrages pour réorganiser les soins périnataux :

- La famille, plus que le seul nouveau-né, est bénéficiaire des soins. Ainsi elle n'est plus considérée comme un tiers, qui prendra le relais quand les professionnels en auront fini, mais comme un "patient" à part entière.

- Elle est pourvoyeuse d'un certain nombre de soins envers le nouveau-né et s'inscrit en complémentarité du professionnel de santé. Certains soins prodigués par les professionnels, le sont ou peuvent l'être par la famille.
- Par voie de conséquence la famille, et donc le nouveau-né, sont le point fixe autour duquel vont s'organiser ces soins. Cela implique que les soins seront nécessairement individualisés, personnalisés, en fonction des capacités évaluées à les recevoir et à les donner et des besoins repérés à satisfaire.

Pour nous professionnels, témoins, accompagnants, de la constellation familiale, il est nécessaire de permettre à chacun des protagonistes de cette fabuleuse aventure d'être un acteur, responsable et impliqué. Pour cela, nous n'avons pas d'autres choix que d'être impliquant et responsabilisant : à la fois en communiquant en vue de permettre des choix éclairés, et en accompagnant en vue de rendre possible l'appropriation des soins envers l'enfant par chacun des membres de la famille.

VI. En conclusion,

Notre médecine néonatale a servi d'exemple au monde entier, entre la fin du 19^{ème} et le début du 20^{ème} siècle. La couveuse et le gavage mis au point par Stéphane Tarnier se sont remarquablement bien exportés notamment chez nos voisins d'outre-Atlantique, assurant ainsi leur diffusion à très grande échelle. Nous étions des pionniers. Nous servions de modèle.

L'effet pervers, c'est que cette position nous fixe avec fermeté au modèle initial. Nous savons, nous sentons que nos pratiques doivent évoluer. La tentation est grande de ne rien changer, en ajoutant simplement les quelques ingrédients qui nous paraissent nécessaires pour « humaniser » les soins périnataux : un peu « d'humain », pas mal d'écoute, beaucoup de concepts psychologiques. Mais sans changer le cadre d'approche des soins, chasser les vieilles habitudes et elles reviennent au galop : l'humain manque de temps, l'écoute devient celle du

patient qui doit « écouter », c'est à dire obéir, et le concept psychologique devient jugement. L'intention est pourtant d'accroître la qualité des soins en vue d'améliorer le ressenti des patients, leur devenir et leur santé.

Nous sommes contraints de changer notre regard sur le nouveau-né et sa famille, d'entrer de plain-pied dans un monde où chacun est acteur, responsable de sa santé et de celle de son enfant, accompagné par un professionnel respectueux, capable de laisser émerger les compétences intrinsèques de chacun de ses patients.

Des programmes de soins existent déjà à travers le monde intégrant ce nouveau paradigme, *les soins centrés sur la famille*. Ils sont originaux et différents. Ils ont été initiés à partir d'un regard nouveau porté sur le nouveau-né, comme les Soins de Développement² et le NIDCAP¹⁹, ou à cause des contraintes économiques de pays en voie de développement, comme la Méthode Kangourou⁶, ou encore pour des raisons de santé publique planétaire, comme l'Initiative Hôpital Amis des bébés ²⁴. Tous ont été évalués et donnent d'excellents résultats, pour un coût financier moindre. Alors, aujourd'hui, qu'attendons-nous pour changer notre regard et agir en conséquence ?

Remerciements :

Un grand merci à mes collègues de l'équipe Co-naître ® pour leur relecture attentive, et tout particulièrement à Ingrid Bayot, Nicole Dematteis, Geneviève Fancello, Marie-Ange Marguet, et Claire Laurent pour leurs conseils.

Bibliographie

1. Beauvalet-Boutouyrie, S. Naître à l'hôpital au XIXe siècle – Editions Belin- 1999 –
2. Brazelton, TB , Nugent J.K. Echelle de Brazelton – Evaluation du comportement néonatal. Editions Médecine et Hygiène - 2001
4. Borsa, S, Michel C-R. La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIXe siècle – Editions Hachette – 1985

5. Cesbron P, Knibielher Y. La naissance en Occident – La cause des bébés – Editions Albin Michel – 2004
6. Charpak, N. Bébés Kangourous, materner autrement – Editions Odile Jacob – 2005
7. Chavinié, J, Ponsot G. Hôpital saint Vincent de Paul – Histoire des Hôpitaux - Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. 1999
8. Chuvin P. Quand l'abandon n'était pas un crime - Collections de l'Histoire – L'enfant et la famille – Juillet/septembre 2006
9. Coulon, G. L'enfant en Gaule romaine, Editions Errances - 1994
10. Dunn, PM. Stephane Tarnier (1828-1897), the architect of perinatology in France. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2002 Mar;86(2):F137-9
11. Fraser M. Stephane Tarnier and the origin of incubators for premature babies. Rep Proc Scott Soc Hist Med. 1994-1996;:1-2.
12. Gélis J. L'accouchement de la matrone à la sage-femme. Collections de l'Histoire – L'enfant et la famille – Juillet/septembre 2006
13. Josset P. Hôpital d'enfants Armand Trousseau - Assistance Publique- Hôpitaux de Paris. 1999
14. Moreau P. L'adoption, une affaire d'hommes - Collections de l'Histoire – L'enfant et la famille – Juillet/septembre 2006
15. Morel MF, Le bébé, c'est un petit animal dégoûtant ! Collections de l'Histoire – L'enfant et la famille – Juillet/septembre 2006
16. Mosset C. Les enfants d'Athènes et de Sparte - Collections de l'Histoire – L'enfant et la famille – Juillet/septembre 2006
17. Musée de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris. « L'heureux événement », une histoire de l'accouchement – 1995
18. Musée de l'Homme – Naissances : gestes, objets et rituels – 2006
19. NIDCAP- Centre Hospitalo-Universitaire de Brest - Université de Bretagne Occidentale – site web : <http://www.chu-brest.fr/nidcap.html>
20. Rousselle, A, Sissa, G et Y. Thomas. La famille dans la Grèce antique et à Rome – Editions Complexe – 1986
21. Soranos d'Ephèse – Maladies des femmes – Volume II – Editions des Belles Lettres – 1985
22. Tarnier S, Des soins à donner aux enfants nés avant terme – Communications à l'Académie de Médecine de Paris.S_Bull. Acad. Med. (Paris) 14:944-954, 1885. Disponible sur Neonatology on the web à l'adresse suivante : <http://www.neonatology.org/classics/tarnier.html>

23.Tenon, J. Mémoires sur les hôpitaux de Paris – 1788 disponible sur Gallica à l'adresse suivante : <http://visualiseur.bnf.fr/Visualiseur?Destination=Gallica&O=NUMM-56723>

24.Unicef - Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) : du matériel de formation pour 2006 et au-delà –

Disponible sur le site de l'Unicef à l'adresse suivante : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24850.html