

Transcription de la présentation orale au 3^e Congrès "Je Suis la Sage-femme"
6-7 décembre 2016. Avec leur aimable autorisation.

Le toucher pour soigner le nouveau-né: entre impensable et indispensable

« À sa manière d'accueillir le nouveau-né, une société révèle ses ressorts profonds, sa conscience de la vie ».

Jacques Gélis, *L'arbre et le fruit, la naissance dans l'occident moderne*, Fayard, 1984.

La naissance d'un enfant est un fait très banal si on le considère du point de vue de sa reproductibilité au sein de l'espèce, de son universalité, mais il est un fait social majeur et les manières de s'occuper du bébé – les manipulations, les soins, la toilette, l'alimentation... – sont d'extraordinaires témoins de la façon de penser le corps, l'humain et la vie dans une société humaine donnée.

Or, il y a un élément qui est profondément troublant lorsqu'on commence à regarder de près ces façons de faire autour du nouveau-né et du nourrisson, avant, ailleurs, ici et maintenant, c'est la constance d'une forme de brutalité physique qui entoure les pratiques d'accueil et de soin des bébés. S'il y a un domaine pour lequel il est difficile de dire de façon générale avec nos critères de 2016 « *avant c'était mieux* », ou « *ailleurs c'est bien mieux* », c'est bien dans ce domaine-là...

Dès lors que nous l'observons, la question qui se pose à nous est bien entendu : pourquoi ? Qu'est-ce qui fait cette constance relative des violences faites au corps des bébés, et que viennent nous dire ces pratiques de nos façons de nous représenter la vie ?

C'est donc en chercheuse en sciences sociales, c'est-à-dire en observatrice candide tentant de se détacher du jugement et de l'affect liés à mon appartenance à un système de pensée spécifique que je vais vous emmener visiter nos façons de faire à nous, dans notre histoire récente.

Pour le penser, j'ai choisi de l'explorer par le média du toucher, et cette intervention aujourd'hui fait partie d'un travail de recherche plus général sur cette question du toucher et de son évolution au cours des dernières décennies en France, en vue de la publication d'une thèse de doctorat.

"Les" touchers

Nous pouvons différencier deux formes de toucher dans le soin au nouveau-né :

- Le toucher contact, affectif, relationnel, faisant en général intervenir le contact entre les peaux.
- Le toucher manipulation, technique, avec plus ou moins l'utilisation d'instruments.

Dans notre histoire récente (je vais situer mon propos dans notre société entre la seconde moitié du XX^e siècle et aujourd'hui), ces deux "manières de toucher" ont connu une évolution parfaitement inverse :

- Lors d'une première époque, le "toucher manipulation" a été de rigueur, avec des pratiques intrusives, souvent douloureuses, alors que le "toucher contact" était suspect, voire interdit.
- Puis, à une seconde époque – très récente puisqu'elle s'épanouit vraiment dans le courant des années 1990 – les pratiques manipulatoires ont commencé à être contestées, puis condamnées, alors que le "toucher contact" passait, lui, de l'interdiction à la tolérance pour devenir même une injonction.

Cette inversion fut très brutale, liée à un changement radical de paradigme. Pour la plupart d'entre nous qui l'avons connue, nous savons qu'elle se situe au milieu des années 1990.

Cependant, une telle évolution, si marquée soit-elle, n'est jamais binaire : il y a évidemment eu des prémisses à ces changements de pratiques, une période de transition, des reculs... mais le changement est cependant évident et extrêmement rapide.

L'EMPÊCHEMENT DU TOUCHER CONTACT

• Qu'empêche-t-on ?

Les deux occasions principales de contact entre la mère et son enfant ont toujours été l'allaitement maternel et le partage du lit parental. C'est donc au travers de ces moments-là que s'est exprimé le contrôle sur le toucher dans le couple mère-enfant.



• Comment empêche-t-on ce contact ?

La dévalorisation de l'allaitement maternel

Tout au long du XX^e siècle, la dévalorisation de l'allaitement maternel a été dominante.

Si l'on analyse les courbes de l'allaitement maternel dans les premiers mois de vie du nourrisson en France à partir de 1950, on constate qu'il reste à un faible niveau, à peu près constant, jusqu'en 1994/95, date à laquelle soudainement on assiste à une montée évidente et persistante de sa fréquence.

L'interdiction de prendre le bébé dans les bras

Cet empêchement s'exprime par des recommandations de savoir-faire, des conseils émis par des professionnels au travers par exemple des manuels de puériculture alors rédigés principalement par des médecins.

Vous pouvez, à ce sujet, lire le livre de Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand, *L'art d'accommorder les bébés*, (1980) qui relate les mille et une recommandations, souvent contradictoires, qui se succèdent au cours des différentes époques.

L'organisation de l'espace

La séparation physique de la mère et de son nouveau-né ira même jusqu'à s'institutionnaliser par l'architecture interne des maternités : les cellules Bridgman, développées dans les années 1970 dans les hôpitaux publics, plaçaient *de facto* les enfants hors de portée des mères en les isolant dans des pièces vitrées dont l'accès était réglementé par le personnel médical.

Ces structures sont très longtemps restées en place – elles prévalaient encore au moins jusqu'au début des années 1990 – avec pour seule évolution la liberté d'accès des mères à leur bébé... Au début de leur instauration, les mères ne pouvaient en effet entrer librement dans la cellule vitrée : l'auxiliaire puéricultrice lui apportait son bébé à heure fixe pour le biberon. C'est cette disposition qui évolua, libérant l'accès des mères aux berceaux des nouveau-nés.

La lutte récurrente contre le partage du lit parental

Cette condamnation du partage du lit, on la retrouve depuis très, très longtemps... Provenant du pouvoir en place, quel qu'il soit, selon les époques : l'église, les médecins, les politiques sanitaires, utilisant les relais habituels qui lui sont contemporains : politiques, juridiques, sociaux ou médiatiques.

Les moyens mis en œuvre pour parvenir à faire appliquer les "bonnes façons de faire" jouent toujours sur la **peur** des jeunes parents : mal faire provoquera la mort, la maladie ou la déviance chez le petit enfant. Alors la société légitime, recommande, punit, toujours pour le bien de ses ouailles, bien entendu... Car l'objectif est toujours de sauver le bébé, bien sûr.

• Mais pourquoi toujours par l'éloignement de la mère ?

Les raisons évoquées vont, tout comme les recommandations elles-mêmes, varier en fonction des époques : elles

sont d'ordre moral, hygiéniste ou encore psychologique, l'argument changeant au cours des périodes traversées, s'adaptant aux préoccupations et aux priorités qui prévalent dans la société.

Nous pouvons ainsi distinguer quatre figures de mères utilisées de façon récurrente au cours des siècles passés :

> **La mère maladroite**, qualifiée ainsi pendant longtemps du fait même de son appartenance au sexe féminin : elle est inférieure à l'homme, négligente, ignorante et "godiche". Elle étouffe son enfant pendant le sommeil en s'endormant avec lui, mais est également en mesure de le "laisser tomber" si elle le porte. Il est intéressant d'observer que cette figure n'a pas totalement disparu, loin s'en faut... Dans un CHU récemment visité, les sages-femmes m'ont exposé l'interdiction faite aux mères de se promener dans les couloirs de la maternité en portant simplement leur nouveau-né dans les bras afin d'éviter ce risque d'accident... Nous ne nions cependant aucunement que pendant certaines époques historiques de misère ou d'oppression politique ou religieuse, le partage du lit et l'étouffement de l'enfant pouvaient masquer des infanticides volontaires, mais en se replaçant dans l'époque des années 1950 et suivantes, cet argument n'était plus pertinent.

> **La mère meurtrière**, habitée par des pulsions mortifères envers son enfant, rejoint la "maladroite" dans sa capacité à étouffer son bébé mais cette fois, non par maladresse mais par malveillance. Cette mère-là nécessite donc que l'on protège l'enfant.

> **La mère contaminante**, très présente dans les périodes hygiénistes : elle peut contaminer son enfant si elle ne respecte pas les règles d'hygiène car elle est porteuse de maladies contagieuses et de "microbes" mettant en péril la santé de son bébé si elle est dans une trop grande proximité physique avec lui.

> **La mère pulsionnelle**, déjà accablée dans une histoire lointaine pour des raisons de moralité douteuse liée à son sexe, revient sous couvert d'autres arguments avec la progression de certaines théories psychanalytiques vulgarisées surtout au cours des années 1980. Une approche très critique de la proximité physique des mères et de leurs nourrissons a été adoptée par ces courants puissants et a imprégné la société et le corps soignant en général. La mère est considérée comme dangereuse, dévorante, empêchant par son emprise l'enfant de s'autonomiser. Le père prend ici toute son importance en tranchant ce lien, permettant la construction autonome de son enfant (cette explication est bien entendu très caricaturale, et donc très imparfaite !)

LA MULTIPLICATION DES MANIPULATIONS

> **Dans un premier temps**, la "norme" de l'accueil du nouveau-né était constituée de manipulations très invasives.

Le nouveau-né étant alors considéré comme un être inachevé, il fallait l'humaniser.

Il s'agissait de le faire entrer, d'une part dans la communauté humaine et, d'autre part, dans sa communauté sociale d'appartenance. Or, pour la première fois, à la fin du XX^e siècle, notre société va se mettre à considérer le bébé humain comme humain dès sa naissance et même au cours de la période ante natale.

Comment l'humaniser ?

Par des soins, par des pratiques, nombreuses et diverses en fonction des communautés humaines. Parmi elles, en guise d'exemple, les pratiques de modelage du corps et du crâne en particulier étaient couramment utilisées : les matrones ont longtemps "façonné" le visage et la tête du nouveau-né car le visage est la marque de l'identité de l'être humain.

Qu'est-ce qui justifie ces manipulations ?

Le bébé est vulnérable, il faut le protéger de la maladie, de la mort. Les progrès de la médecine pédiatrique vont effectivement sauver les bébés, grâce aux immenses progrès de la réanimation et de la médecine néonatale qui se sont développées à partir de la fin des années 1960 : la réanimation du nouveau-né est apparue et la survie de plus en plus précoce des prématurés est devenue possible. C'est donc portée par ces succès que la médecine a poursuivi et amplifié la pratique des manipulations invasives pratiquées sur les nouveau-nés, les généralisant peu à peu aux nouveau-nés sains.

De plus, à cette époque, la croyance en l'insensibilité du nouveau-né à la douleur est ancrée, aucune preuve scientifique de la capacité sensorielle du tout-petit n'existant... Aucun frein donc à la manipulation des bébés ! C'est seulement à la fin des années 1980 qu'apparaissent très timidement les premières publications scientifiques mettant en évidence les capacités sensorielles du nouveau-né, avec en particulier la preuve de leur ressenti de la douleur.

- **Dans un 2^e temps**, ces manipulations commencent à être remises en question, tout d'abord par des médecins, précurseurs, qui expriment leur indignation face à la maltraitance dont le corps médical fait preuve lors de l'accueil des nouveau-nés dans les institutions de soin où, rappelons-le, la majorité des bébés naissent depuis les années 1950.

Le premier précurseur français s'appelle Bernard This, il publie son ouvrage *Naître en 1972*, véritable plaidoyer en faveur du nouveau-né. Il passe presque inaperçu, sans doute à cause de la complexité du langage psychanalytique utilisé. Suivra Frédéric Leroyer, dont le livre *Pour une naissance sans violence*, publié en 1974, connaîtra, lui, un succès public phénoménal n'ayant d'égal que la violence de sa condamnation par le monde médical. Ces deux médecins, imprégnés de psychanalyse, ont eu très tôt l'intuition de la souffrance du nouveau-né

à la naissance, mais sans doute trop tôt... Le contexte social et médical ne permettait pas encore qu'elle soit audible à grande échelle.

Cependant, la graine est semée, et dans les années 1980 toute une partie de la population et certains membres de la communauté médicale rejoignent ce courant et transforment concrètement l'accueil fait au nouveau-né. Ainsi à Pithiviers, à Châteauroux, aux Lilas, des équipes proposent d'autres pratiques et sont plébiscitées par une partie de la population, tout en étant toujours combattues par la doxa médicale.

Parallèlement, la recherche sur la sensorialité du bébé progresse, avec les neurosciences, l'éthologie, mettant en lumière la compétence sensorielle du nouveau-né. (Cf. l'ouvrage collectif *l'Aube des sens* dans la collection *les cahiers du nouveau né* créé par le GRENN sous la direction de Marie-Claire Busnel en 1981).

C'est l'époque où de nouvelles pratiques se diffusent : l'haptonomie, l'ostéopathie, entre autres.

C'est en 1987 que la première étude prouvant que le nouveau-né ressent la douleur est publiée, marquant le début d'une nouvelle ère pour les nouveau-nés, même si la France mettra encore longtemps à généraliser l'attention à cette donnée fondamentale, en particulier pour le nouveau-né sain.

Dans les années 1990 et 2000
les pratiques changent, mais...

Dans les salles de naissance, on commence à réduire les gestes invasifs non nécessaires : l'aspiration nasogastrique par exemple cesse d'être systématique, mais les changements sont souvent très longs à se mettre en place et il y a encore beaucoup de résistance provenant du monde médical.

Le contact mère-enfant, lui, commence à être valorisé en salle de naissance et la pratique d'accueil en "peau à peau" se généralise. Mais la méfiance persiste : au premier accident – dont on ne décrit pas le contexte exact – de décompensation d'un nouveau-né laissé au contact de sa mère, tout est remis en question... et on instaure ça et là une surveillance par "scope" du bébé en peau à peau.

S'il est désormais bon que la mère allaite son bébé dès le début, il faut aussi surveiller sa courbe de poids, et le spectre de la perte de plus de 10 % de son poids de naissance impose bien souvent une supplémentation précoce par du lait maternisé. Les pratiques de maternages sont valorisées, mais la menace plane toujours dès lors qu'on donne de l'autonomie aux mères !

L'histoire de nos pratiques se poursuit ainsi, par une recherche permanente de compromis entre les attentes populaires et les injonctions des instances dominantes qui correspondent à des manières de se représenter le corps, la santé, et d'envisager la place de l'humain dans la société. Si nous les observons, nous apprenons beaucoup, y compris de nous-mêmes.... •