

**EVOLUTION**  
**DE**  
**LA FORMATION DE PUERICULTRICE**  
**AU REGARD**  
**DU DEVELOPPEMENT DE LA MEDECINE,**  
**DES POLITIQUES FAMILIALES**  
**ET**  
**DU CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE**  
**1947 - 1997**

**Nicole DREYER MULLER**  
**Directrice Institut Régional de Formation en Puériculture**  
**des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**  
**Mai 1997**

# **SOMMAIRE**

## **I. MISE EN PLACE DU DIPLOME D'ETAT DE PUERICULTRICE ET DU PROGRAMME DE FORMATION DE 1947**

**a) Contexte général**

**b) Spécificités du programme de 1947**

## **II. MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE FORMATION DE 1958**

**a) Contexte général**

**b) Spécificités du programme de 1958.**

## **III. MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE FORMATION DE 1969**

**a) Contexte général**

**b) Spécificités du programme**

## **IV. MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE FORMATION DE 1983**

**a) Contexte général**

**b) Spécificités du programme de 1983**

## **V. CONTEXTE GENERAL DEPUIS LE PROGRAMME DE 1983 ET PERSPECTIVES**

Un accident de l'histoire ... est-ce le point d'interrogation qui convient ou le point d'exclamation ?

En effet il y a une dizaine d'années dans une réunion au Ministère on nous a interpellé en ces termes et avec la brutalité du point d'exclamation.

Je préfère pour ma part le questionnement du point d'interrogation.

Retracer l'évolution des programmes de formation à travers l'histoire est une occasion à saisir pour repérer les enjeux de santé publique qui sous-tendent chaque réforme. Il me semble que rien n'est laissé au hasard, cette profession voit le jour à un moment très précis pour répondre à des préoccupations de santé de l'enfant et de sa mère dans un contexte facilement identifiable.

Les programmes de 1947, 1958, 1969 et 1983 démontrent combien l'enseignement a su s'adapter à l'évolution des progrès médicaux et sociaux et qu'il a même anticipé sur l'évolution des politiques de santé de notre pays.

L'analyse que je vais vous proposer n'engage que moi, je la souhaite suffisamment ouverte pour favoriser la discussion.

# I. MISE EN PLACE DU DIPLOME D'ETAT DE PUERICULTRICE ET DU PROGRAMME DE FORMATION DE 1947

## a) Contexte général

L'intérêt porté aux soins des enfants est bien antérieur au diplôme d'Etat de puéricultrice.

Depuis l'aube des temps, les gestes traditionnels, l'attention portée aux soins de l'enfant ont comme seule visée à éviter la mort et à préserver le nouveau-né devant les agressions de la maladie.

Les thèmes de l'indifférence à l'égard de l'enfant, à la résignation devant la mort ont eu la vie dure. Pourtant les ethnologues démontrent que même si les pratiques de puériculture à nos yeux apparaissent frustes, influencées de superstitions, surtout dans la culture populaire, l'attention portée au corps de l'enfant se voulait protecteur et était destinée à lui éviter les maladies de l'enfance.

Pourtant les taux de mortalité infantile restent très élevés et ce n'est qu'au 19<sup>e</sup> siècle, avec l'ère hygiéniste que les premiers progrès sont visibles.

C'est dans les années 1865 que la puériculture se trouve un nom et se constitue comme un savoir avec des connaissances théoriques et des règles pratiques : l'art d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants.

Le maximum d'ouvrages de vulgarisation de la puériculture sont publiés entre 1885 et 1914 .

La fin du 19<sup>ème</sup> et le début du 20<sup>ème</sup> siècle seront largement influencés par cette volonté de lutter contre la mortalité infantile en visant à transformer les manières de vivre de toute une société.

L'autorité du médecin est incontestée, soutenue par les politiques en place, il s'agissait de réformer les soins de puériculture et diffuser les bases d'une nouvelle hygiène de l'enfance.

Je me permets de rappeler que dans les années 1900, les médecins prétendent enseigner la puériculture à la façon dont les prêtres enseignent le catéchisme, une somme de règles, de savoirs et de dogmes, d'une vérité entière et indiscutable.

(exemple : le livre du Dr DEMIRLEAU , Le catéchisme de puériculture, pratique et moderne, édition 1920).

A cette même époque, le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociale s'oriente autour des axes suivants :

- \* action sociale (salubrité, quarantaine et vaccinations)
- \* cadre juridique en faveur des enfants maltraités, abandonnés et anormaux
- \* des logements et habitations et des caisses d'épargne pour financer les oeuvres de prévoyance et d'hygiène sociale
- \* promotion démographique avec une section intitulée "*natalité et protection de l'enfance*".

Toute l'action s'oriente autour de l'encouragement national aux familles nombreuses.

**La crise économique des années 30** relègue au second plan les questions de santé et d'assistance, néanmoins l'hygiène sociale et la protection de l'enfance resteront maintenues.

La mortalité infantile se maintient à 70 ‰ entre 1935 et 1940.  
passe à 110 ‰ pendant la 2ème guerre mondiale.

Le taux de natalité décroît également, 17,5 ‰ en 1930,  
14,5 ‰ en 1938.

Durant la guerre, **les lois relatives à la famille et à la natalité**, prises de façon autoritaire et technocratique sous le régime de Vichy

- . aider la famille par des primes
- . favoriser la maternité et réprimer l'avortement
- . réprimer et lutter contre les fléaux sociaux.

ne voient pas les effets escomptés

En 1939, la France rencontrait déjà des problèmes pour relancer la natalité et la deuxième guerre mondiale a aggravé le déficit de naissance.

A la libération en 1945 le pays se trouve devant de graves problèmes :

- . pertes humaines importantes
- . problèmes de logements et de salubrité
- . grandes pénuries de charbon (problème de chauffage)
- . difficultés d'approvisionnement de la population en nourriture
- . mauvais état de santé général de la population ....

La situation est suffisamment alarmante pour que le gouvernement provisoire mis en place par DE GAULLE adopte très rapidement une série de lois et d'ordonnances.

Le 2 mars 1945, DE GAULLE dit devant l'Assemblée Consultative Provisoire "*c'est 12 millions de beaux bébés qu'il faut à la France en 10 ans*".

Le message est clair, il faut tout faire pour repeupler la France.

. Dès 1945 mise en place du **Ministère de la Santé Publique et de la Population**

. Promulgation de l'**ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile**.

Cette ordonnance prend acte de la loi de 1939 et met en place les mesures techniques, administratives et financières pour protéger la santé de la mère et de son enfant dès la conception.

**C'est le passage de l'assistance à la protection.**

Trois principaux objectifs :

\* Lutte contre la mortalité infantile

\* Surveillance médicale généralisée des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à 6 ans

\* Surveillance ciblée : misère, pauvreté, alcoolisme, manque d'hygiène, absence de soins médicaux

La problématique de l'enfance est présente tant dans les milieux médicaux que politiques.

**Les 24 et 26 mai 1947 se tiennent à Paris les Assises de l'Enfance.**

Le "Monde" du 24 mai 1947 publie l'article suivant :

*"Les Assises Nationales de l'Enfance vont se tenir à Paris les 24 et 26 mai. Madame Alice DUCHENE, secrétaire générale du Soutien de l'enfance et Monsieur SEBILLOTE, un des rapporteurs, ont exposé ce matin les principaux points de ces journées d'études.*

*Les problèmes de l'enfance se posèrent rarement avec une telle acuité que de nos jours.*

*Le problème le plus urgent est sans doute l'accueil des nouveau-nés. La France en espère cette année près d'un million".*

**La revue POPULATION** de 1947 - Avril - Juin n° 2 pages 408, 409 donne la conclusion suivante :

*"Le Comité national d'initiative avait organisé les 24,25 et 26 mai les Assises Nationales de l'Enfance qui se sont tenues au Conservatoire National des Arts et Métiers".*

*Ces assises, qui ont groupé 683 délégués représentant 46 organisations et 43 départements, donnèrent lieu à la présentation de différents rapports soumis ensuite à la discussion de l'assemblée.*

*Le Professeur WALLON, dans son rapport d'ouverture, a insisté notamment sur **la nécessité d'accroître la population pour accroître la production**, et par la suite le bien-être de tous ; pour cela **la protection de l'enfance s'impose**. Il a indiqué les effets funestes de la guerre et de l'occupation sur l'état de santé physique et mental de l'enfance.*

*Des mesures doivent donc être envisagées pour, d'une part, **mettre en oeuvre une politique efficace du lait** afin d'éviter que se reproduise l'augmentation de la mortalité infantile constatée pendant l'été 1945 et, d'autre part, **améliorer le ravitaillement des enfants et des adolescents**.*

*La question centrale mise à l'ordre du jour des assises "comment accueillir notre million de nouveau-nés ?" a été examinée sous plusieurs aspects.*

*Le Professeur DEBRE, traitant du problème de la protection maternelle et infantile, a insisté sur l'application immédiate de l'ordonnance du 2 novembre 1945 et en particulier sur **la nécessité des consultations prénatales et de nourrissons** et sur **la création de gouttes de lait dans chaque commune de plus de 10000 habitants**, destinées à assurer la distribution de lait en bouteilles, pasteurisé, certifié et daté. De plus, le nombre des assistantes médico-sociales doit être augmenté et l'enseignement qui leur sera donné devra être suffisamment spécialisé pour leur permettre de remplir efficacement leur mission.*

*M. Henri RAYNAUD, président de la Fédération Nationale des organismes de sécurité sociale, étudiant **la participation de la sécurité sociale à l'oeuvre de protection de l'enfance**, a souligné que l'avenir démographique et le relèvement du pays sont liés à l'état de santé des mères et des enfants. Aussi la sécurité sociale envisage-t-elle **la création de centres de protection maternelle et infantile, de maternités d'enfants**. Désirant maintenir et développer l'équilibre de la vie familiale, **elle portera son action sur le foyer, la mère, l'enfant, les vacances**.*

*Dans la séance de clôture, à la suite de la lecture des résolutions et voeux qui, après adoption par l'assemblée, seront portés aux ministres intéressés, les assises ont décidé de se transformer en organisme permanent ayant pour titre **Comité national d'initiative des amis de l'enfance**, dont le siège sera 41, rue St-Dominique à Paris".*

Robert DEBRE précise "*que l'intervention **d'une spécialiste** de la puériculture serait hautement souhaitable et même indispensable*".

C'est dans ce contexte d'après guerre et de nécessité primordiale de lutter contre la mortalité infantile et favoriser la natalité que **le décret n° 47 1544 du 13 août 1947 institue le diplôme d'Etat de puériculture.**

**Ce décret est modifié dès le 20 août 1947 pour rectifier l'erreur à l'article 1er et à l'article 6, à savoir le diplôme d'Etat de puéricultrice et non de puériculture.**

## **b)Spécificités du programme de 1947**

Cette formation consiste en une année complémentaire réservée aux élèves pourvus d'un diplôme d'Etat soit d'infirmière, soit de sage-femme, soit d'assistante sociale.

**L'enseignement pratique** est donné sous la forme de stages cliniques dans les crèches, pouponnières, hôpitaux, maternités, consultations de PMI.

Les stages sont de 7 H / jour, pendant lesquelles l'élève, sous la direction d'une monitrice, est fonctionnellement intégrée dans une équipe de travail.

L'ensemble des stages est de 43 semaines.

Si on considère que l'élève travaille 5 jours / semaine

43 semaines x 5 jours = 215 jours x 7 jours = 1505 heures

Si on considère que l'élève travaille 6 jours / semaine

43 semaines x 6 jours = 258 jours x 7 jours = 1806 heures.

Il est facile de constater que la présence en stage est considérée comme fondamentale, d'ailleurs les heures d'enseignement théorique ne sont pas indiquées dans ce programme.

Ce choix pédagogique correspond bien à l'idée de l'époque très marquée par la nécessité d'acquérir des pratiques de puériculture par répétition des gestes, reproduction de modèles, par imprégnation du milieu.

Il ne s'agissait pas de développer l'esprit critique mais d'apprendre des gestes précis, ritualisés, dans un contexte de lutte contre les microbes, l'asepsie était souveraine.



**L'enseignement théorique** est différencié selon le diplôme d'origine de l'élève. Le texte indique que chaque leçon a une durée maximale de 45 minutes, suivie obligatoirement d'un entretien direct de 15 minutes entre le conférencier et les élèves, portant sur le sujet traité.

Le programme se présente par chapitres :

- Généralités : mortalité - hérédité et milieu
- Puériculture intra-utérine
- Puériculture appliquée au nouveau-né
- Puériculture appliquée au nourrisson
- Puériculture appliquée à la moyenne et grande enfance
- Enseignement social.

On remarquera que le mot pédiatrie n'apparaît pas.

Il n'est pas étonnant de voir la part importante réservée à la diététique, à l'hygiène, aux maladies infantiles, aux vaccinations et à la surveillance du développement de l'enfant.

**Une circulaire n° 55 du 25 février 1948** apporte quelques précisions au décret de 1947 pour renforcer l'efficacité de la formation.

- il s'agit d'une spécialisation d'infirmière, de sage-femme ou d'assistante sociale
- la formation est nécessaire pour occuper des postes dans les services sanitaires et sociaux de PMI,
- les terrains de stage doivent être agréés,
- le programme a été mis au point pour chaque catégorie d'élèves,
- une étude est en cours pour établir des modalités d'attribution du D.E par équivalence pour les personnes en fonction,
- pour les enseignements élémentaires existants il s'agit d'attribuer le certificat d'auxiliaire ainsi qu'aux éleveuses d'enfants en fonction.

La création de ce diplôme est accueillie avec enthousiasme par les pédiatres.

Ces nouvelles professionnelles répondent à un réel besoin, leur formation les prépare à exercer tant en milieu hospitalier (services de nouveau-nés - de prématurés - les premières techniques d'élevage des prématurés dans les couveuses sont expérimentées en France - de diététique) qu'à domicile pour la surveillance des enfants pendant la première année de vie.

Le contexte désastreux d'après-guerre était tel que des mesures urgentes s'imposaient.

Le chef du gouvernement provisoire met en oeuvre des réformes les plus profondes que le pays ait connues depuis longtemps.

C'est un gouvernement qui regroupe des résistants de l'intérieur et des résistants de l'extérieur du pays, toutes tendances politiques confondues.

C'est un gouvernement où siège pour la première fois des ministres communistes.

Le contexte particulier qui suit cette période d'après guerre (trahison de Vichy - collaboration - découverte des génocides - désastre sanitaire, social, économique).donne à DE GAULLE un pouvoir incontesté.

Il imposa sa politique facilement sans rencontrer d'opposition pour publier des ordonnances sans passer par le Parlement

- la sécurité sociale
- les allocations familiales
- les services d'hygiène scolaire et universitaire

Tout le monde était d'accord pour dire que le capital humain exige encore plus d'intérêt que le capital productif ou le capital immobilier et que. toutes les actions doivent viser à reconstruire les villes, les routes, à remettre la machine de production en route et à repeupler la France.

La puériculture va trouver sa place dans ce projet de grande envergure et participer à la lutte contre la forte ignorance de la population.

Les principaux objectifs sont :

- . garantir la sécurité alimentaire de l'enfant (faire disparaître le péril alimentaire)
- . lutter contre les infections (faire disparaître le péril infectieux)
- . résoudre les problèmes de logements (salubrité - chauffage)
- . faire chuter la mortalité infantile et maternelle.

Le mot d'ordre était "*c'est à domicile qu'il convient d'améliorer les conditions d'élevage de chaque enfant... la puéricultrice montre comment il faut alimenter, aérer, laver, soigner ...*"

DE GAULLE se retire et démissionne de ses fonctions le 20 janvier 1946.

C'est une période d'instabilité politique, les gouvernements se succèdent rapidement.

Les problèmes sanitaires et sociaux restent une des premières préoccupations car la situation est loin d'être satisfaisante

Je voudrais vous évoquer l'hiver 1954 et l'action de l'Abbé Pierre.

la distribution systématique de lait dans les écoles

la répression de l'alcoolisme en annulant le droit de succession pour les bouilleurs de cru en développant les centres antituberculeux

En mai 1958 éclate le coup d'état militaire en Algérie.

René COTY demande à DE GAULLE de revenir aux Affaires comme président du conseil. Il accepte. Il soumet une nouvelle Constitution aux Français en septembre 1958. Il est élu chef de l'état en décembre 1958.

Sans doute loin d'être impliquées dans ces débats politiques, les puéricultrices voient néanmoins la publication de leur deuxième programme.

En effet le 24 novembre 1958 un arrêté ministériel modifie les épreuves du diplôme d'Etat de puéricultrice et le programme de l'enseignement.

## II. MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE FORMATION DE 1958

### a) Contexte général

Le 9 juillet 1951, un décret rend la vaccination par le BCG obligatoire

Le 12 août 1952, un décret impose la surveillance sanitaire des garderies et des jardins d'enfants

Le 15 février 1956, une circulaire s'inquiète de la sécurité des enfants placés dans les services hospitaliers et les établissements de PMI.

L'organisation des services de pédiatrie, l'accueil du jeune enfant dans les structures de garde, la surveillance des enfants dans leurs familles restent imprégnés par un souci de lutte contre la mortalité infantile, de prévenir les maladies contagieuses et de maintenir les règles d'hygiène strictes.

Le 9 mars 1956, un décret impose que la direction des pouponnières soit assurée par un médecin ou une puéricultrice

Le 20 novembre 1956, l'Assemblée Générale des Nations Unies déclare les droits de l'enfant

La natalité augmente, c'est la période du baby boom.

En 1952 le Docteur Lamaze ose affirmer que l'accouchement n'est pas fatalement douloureux.

En 1956 il publie aux éditions Savoir et Connaître "Accouchement sans douleur"

La mortalité infantile baisse :

1939 - 1945	110 ‰
1950	50 ‰

L'état nutritionnel des enfants s'améliore.

Les services de PMI s'organisent : création des centres, recrutement des personnels, modernisation des équipements

La médecine pédiatrique se développe, utilise de nouveaux traitements et recrute dans les services un personnel plus qualifié.

En 1958, 16 écoles de puéricultrices sont en activité.

Dès 1947 Paris, boulevard Brune

Bordeaux

En 1948 Grenoble,  
Lille Faculté Catholique

Montpellier

Nantes

Niort

Marseille

En 1949 Lyon

Toulouse

Valenciennes

En 1954 Strasbourg

Clermond-Ferrand

En 1957 Nancy

Rennes

Tours

Entre 1947 et la réforme du programme de 1958, environ 1010 diplômes d'Etat ont été délivrés.

## **b) Spécificités du programme de 1958.**

- Le choix du sujet traité à l'examen final se fait au niveau national.

**L'enseignement théorique** est commun aux trois filières, infirmières, sages-femmes, assistantes sociales.

Sont introduits les thèmes suivants :

- la fonction psychique
- le développement, l'éducation, les besoins affectifs, le matériel de jeu
- la notion d'hygiène mentale et de guidance infantile
- l'introduction des pratiques en collectivité d'enfants sains
- les suites de couches normales et pathologiques
- les ictères du nouveau-né et l'incompatibilité foeto-maternelle
- les sérums et les vaccins
- les perturbations métaboliques aiguës
- le scorbut
- les anémies
- le diabète, mongolisme et myxoedème
- le syndrome urinaire
- la notion de puberté
- l'adaptation des termes en législation

**L'enseignement pratique** est légèrement modifié, le nombre de semaines reste le même, 43 au total, **la durée des stages est spécifique à chaque filière.**

Le programme apporte cette information supplémentaire :

*"il y aura intérêt à faire accomplir aux élèves certaines démonstrations pratiques avec un matériel minimum pour les bien préparer, sous tous les aspects, à leur mission d'éducation sanitaire".*

### Programme de 1947- 1 année complète

dont	STAGES	INFIRMIERES	SAGES-FEMMES	ASS. SOCIALES
	Nourrissons malades	22 semaines	22 semaines	29 semaines
	Maternité	5 semaines	0	5 semaines
	Enfants contagieux	0	5 semaines	5 semaines
	Consultations d'hygiène 1er âge	4 semaines	4 semaines	4 semaines
	Service social	12 semaines	12 semaines	0
	<u>Total</u>	43 semaines	43 semaines	43 semaines

### Programme de 1958

dont	STAGES	INFIRMIERES	SAGES-FEMMES	ASS. SOCIALES
	Nourrissons	23 semaines	22 semaines	30 semaines
	Maternité	4 semaines	0	4 semaines
	Enfants contagieux	0	4 semaines	4 semaines
	Consultations PMI	4 semaines	5 semaines	5 semaines
	Service social	12 semaines	12 semaines	0
	<u>Total</u>	43 semaines	43 semaines	43 semaines

Les puéricultrices organisent leur 1er congrès national à Evian en juin 1962  
Petit clin d'oeil pour l'événement, c'est à Evian qu'en avril 1962 sont signés les accords sur l'indépendance de l'Algérie. DE GAULLE est encore passé par là.

Dans les Cahiers de la Puéricultrice de décembre 1996 Mademoiselle LAUER retrace la naissance de l'ANPDE.

Elle rappelle le discours que le Pr LELONG a tenu à cette occasion.

Permettez-moi toute de même de revenir sur quelques phrases prononcées par Pr LELONG à propos de la puéricultrice.

*"Elle est l'aide technique du pédiatre*

*"La puéricultrice est l'infirmière **spécialisée** pour donner les soins aux enfants et particulièrement à ceux qui sont **les plus difficiles, les plus spécialisés** : les nourrissons, les nouveau-nés, les prématurés. Ici, la puéricultrice est l'infirmière hospitalière spécialiste*

*"L'action à domicile ne concerne pas seulement des enfants malades, mais aussi les enfants normaux. C'est à cette occasion que la puéricultrice peut exercer son **rôle d'éducatrice sanitaire, montrant** à la mère à exécuter des gestes précis, déshabillant l'enfant, le lavant, le baignant, démontrant la manière de mettre l'enfant aux seins, confectionnant les biberons, les bouillies, etc.*

*"De quelle manière aide-t-elle le médecin ? d'abord par ce qu'elle **est l'oeil permanent du médecin dirigé sur l'enfant**. Elle doit savoir voir à la place du médecin et bien noter les symptômes. Elle ne doit pas être la remplaçante du médecin ni un faux médecin : elle n'a pas à faire de diagnostic, mais elle doit avoir une formation telle qu'elle ait **la connaissance des symptômes des débuts de maladies**, qu'elle soit capable **mieux que la mère et à la place de la mère d'alerter** le médecin. Voilà son rôle en médecine préventive".*

En 1951 Pr LELONG écrivait déjà : "nous voulons insister sur le rôle de la puéricultrice, **collaboratrice du médecin**, elle est la **cheville ouvrière de la protection sanitaire** de l'enfant où qu'il se trouve, à son domicile, à la crèche, à l'hôpital, en nourrice".

Sans ironie aucune on peut relever que la puéricultrice était avant tout au service du médecin. Elle devait repérer avant lui ce qui n'allait pas, juger s'il fallait alerter ou non... elle se substituait à la mère, elle faisait à sa place, mieux qu'elle.

Il s'agissait de connaître des signes cliniques, classés, ordonnés, à apprendre des gestes précis et ritualisés, donner l'exemple par les démonstrations. Apprendre aux mères à reproduire les gestes, à imiter les professionnelles. A cette époque il y avait un consensus sur ces pratiques, les seules envisageables pour lutter efficacement contre la mortalité infantile.

Tout le message est basé sur la démonstration, l'imitation.

Le système scolaire à ces mêmes principes, pourquoi l'enseignement de la puériculture y aurait-il échappé ?.



### III. MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE FORMATION DE 1969

#### a) Contexte général

La mortalité infantile, continue à diminuer :

1950	51,9 ‰
1955	37,2 ‰
1961	27,2 ‰
1965	21,9 ‰
1969	19,3 ‰

La natalité en revanche recule :

1964	18,1 ‰
1968	16,7 ‰

Entre 1958 et 1969, quatre nouvelles écoles de puéricultrices vont s'ouvrir :

1960 Lille CHU

1961 Rouen

Institut de Puériculture de Strasbourg

1968 Angers

Durant cette période 1958 et 1968, l'évolution des connaissances médicales, l'adaptation des traitements en pédiatrie et la maîtrise des nouvelles techniques de soins vont considérablement évoluer.

Les services de pédiatrie se structurent et s'organisent en différentes spécialités. Ce sont surtout les services de néonatalogie qui vont connaître une réelle expansion ainsi que la chirurgie infantile.

Les connaissances du développement psychique de l'enfant viennent enrichir les pratiques professionnelles, notamment les travaux de SPITZ et de BOLWBY.

Ces auteurs mettent en garde contre l'action néfaste des privations de soins maternels lors des séparations surtout en milieu hospitalier et leurs conséquences sur le développement mental et somatique sur les jeunes enfants (lutte contre l'hospitalisme, mise en place du maternage).

Le concept de l'éducation sanitaire reste très présent.

En 1966 lors du 9e congrès de psychologie médicale les Dr COUDRAY, CERISE et FREOUR écrivent à ce propos :

*" il s'agit d'amener un **changement des moeurs journaliers**, de créer un nouveau style de vie et presque **une nouvelle morale**. C'est ainsi qu'une puériculture saine, une vie équilibrée, une diététique rationnelle, un abandon ou une réduction de consommation de certains toxiques modernes comme le tabac ou l'alcool peuvent constituer les buts d'une éducation... c'est une **véritable transformation psychologique** qui doit ainsi être créer".*

### Evolutions dans le domaine de la PMI et des structures de garde

Le 16 janvier 1962, un décret exige le diplôme d'état de puéricultrice de toutes les personnes non pourvues du doctorat en médecine occupant un emploi de direction dans un établissement ou une consultation publique de PMI.

La même disposition s'applique à l'égard des organismes privés qui renforcent ou suppléent en ce domaine l'action des pouvoirs publics et bénéficient à ce titre du concours financier ou des collectivités locales.

Le 12 mars 1962, un arrêté règlemente les haltes-garderies.

Les 19 juillet 1962 et 3 septembre 1964, deux décrets

- organisent la PMI en circonscription
- renforcent la surveillance médicale prénatale (4e examen, recherche Rhésus)-
- améliorent la surveillance médico-sociale de la petite enfance (examens obligatoires pour les enfants de moins de 6 ans)
- renforcent l'exigence sanitaire, sociale et morale des gardiennes
- encouragent l'éducation sanitaire des mères et des familles
- imposent des mesures réglementaires pour les structures dépendant de la PMI
- renforcent le recrutement des puéricultrices.

Le 28 juillet 1965, un arrêté précise les vaccinations obligatoires (variole, typhoïde, para-typhoïde A et B, diphtérie, tétanos et polio)

Le 29 août 1969, une circulaire encourage la vaccination anti-rougeoleuse

Le milieu hospitalier tout comme les structures de garde des jeunes enfants restent encore très influencés par l'ère hygiéniste :

Les parents ne rentrent pas dans les services de pédiatrie.

Les heures de visites sont règlementées.

L'enfant est accueilli en crèche à travers un guichet.

Il est baigné, porte les habits de la crèche.

Souvent la température est prise 2 fois par jour.

Aucun objet de la maison l'accompagne à la crèche.

Au moindre signe de maladie il est refusé.

Les professionnelles sont en tenue hospitalière.

Ces pratiques se veulent pour le bien de l'enfant et sa sécurité en collectivité.

La crainte des infections prédomine sur toutes les activités.

Pourtant en dehors du milieu hospitalier et des structures de garde se développe tout un discours sur **les besoins de sécurité affective** et sur **les besoins d'éveil** du jeune enfant.

Le rapport de force est du côté des parents qui prennent leur responsabilité et engagent une lutte pour transformer ces lieux de garde en lieux de vie.

L'exemple le plus significatif est celui de la **crèche dite sauvage de la Sorbonne** des journées de mai 1968.

Françoise DOLTO en parle ainsi : *"Plutôt que crèche, maternelle ou garderie, et en même temps que tout cela, c'était un lieu de vie, de repos, de loisirs et d'éveil de l'intelligence pour les enfants de tous âges"*.

C'est Françoise LENOBLE-PREDINE qui eu l'idée d'organiser avec quelques bénévoles une crèche garderie dans les combles de la Sorbonne.

Elle l'a décrite ainsi : *"C'était un espace de vie, de repos, de gaieté, de socialisation, d'entraide."*

*Je n'y ai pas vu un seul enfant anxieux, insupportable ou triste, ni braillard, ni apeuré. Les adultes ou presque, en jean et pull, s'y relayés bénévolement, conscients de leurs responsabilités librement assurées"*.

En fait il s'agissait tout simplement d'une première crèche parentale, prenant en compte avant tout les besoins de vie des enfants.

A la même période dans un congrès des CEMEA, Geneviève APPELL, Irène LEZINE, Myriam DAVID insistaient sur la nécessité de porter plus d'attention aux problèmes psychologiques des enfants et de prendre en compte leur développement global.

Je les cite : "*Jusqu'à ce jour la formation des personnels est plus médicale et sanitaire que psychologique et tournée vers l'éducation. Pourtant les progrès médicaux ont permis une transformation radicale à l'égard de la contagion et des surinfections des collectivités des plus petits. Tout en maintenant des précautions d'hygiène, il s'agit de mener une réflexion au niveau de l'organisation des institutions et de la vie quotidienne pour offrir des activités d'éveil aux enfants et une qualité de relation adulte/enfant*".

Aujourd'hui ce discours nous semble évident. Pourtant cette période n'est pas si ancienne. Nous n'étions pas nombreuses à nous insurger contre les discours et les pratiques trop hygiénistes.

Aménager un espace pour les parents, ouvrir l'hôpital aux activités d'éveil, maintenir la sécurité affective... étaient un combat au quotidien.

Nous sommes dans les périodes 1968 - 1969, il y a paraît-il une révolution dans la rue, les usines, les universités... mais peu de choses dans les services hospitaliers, les crèches ... et dans les écoles de puériculture ?.

Les changements se préparent, le programme de 1969 (arrêté du 12/11/69 JO du 16/11/69) témoigne d'une volonté des professionnels et des pouvoirs publics d'intégrer les progrès techniques et médicaux et les connaissances du développement psychologique de l'enfant.

## b) Spécificités du programme

- Tout d'abord il indique **les orientations générales de l'enseignement.**

L'enseignement ne comporte pas de cours communs avec d'autres cycles d'études.

.Il est dispensé de façon continue et complète durant une année.

.Il est confié à des membres du corps enseignant du CHR et Universitaire dont dépend l'école et d'autres personnes jugées qualifiées par le Conseil Technique.

.L'orientation essentielle à donner à l'enseignement est de former **des infirmières hautement spécialisées en pédiatrie et puériculture.**

.Cet enseignement doit amener à un niveau de connaissances assez élevé et à une technicité avancée.

.Il peut être organisé selon des modalités diverses à l'initiative des écoles, à condition que l'équilibre entre les matières du programme soit respecté.

- Le volume d'enseignement théorique est précisé pour la première fois. Néanmoins le rapport théorie/pratique reste très déséquilibré :

200 H de théorie

1100 H de pratique

**L'enseignement théorique** se présente sous quatre volets.

- L'enfant normal (44 H)
  - Puériculture générale et anténatale,
  - Puériculture néonatale
  - Puériculture du nourrisson
- L'enfant malade (96 H)
  - Pathologie néonatale
  - Pathologie du nourrisson
  - Pathologie du 2ème âge
- La protection médico-sociale et éducation sanitaire (40 H)
- La psychologie (20 H)

## Quelles sont les principales nouveautés ?

- La notion de pathologie apparaît pour la première fois
- La pathologie néonatale occupe une place importante
- Les pathologies sont classées par appareils
- Introduction de la psycho-pathologie infantile
- L'enseignement social est remplacé par protection médico-sociale et éducation sanitaire.
- Introduction de notion de santé publique et de sociologie (connaissance des milieux)
- Un chapitre important est consacré aux structures de garde de la petite enfance
- Introduction de l'enseignement de la psychologie

L'éducation sanitaire est précisée ainsi :

*"Elle doit être traitée à propos de chaque chapitre du programme. Il est recommandé d'utiliser la possibilité qu'offre les stages pour orienter les pratiques d'hygiène, de diététique et de soins, dans le sens d'un enseignement à donner aux mères et aux futures mères.*

*Les exercices d'animations de groupe permettront de former les élèves puéricultrices aux rôles d'éducatrice sanitaire".*

L'enseignement de la psychologie est argumenté ainsi :

*"La puéricultrice est en toute situation amenée à saisir et parfois à aborder directement les problèmes psychologiques de l'enfance quelque que soit les conditions de travail, à la consultation de PMI, à la crèche, à l'hôpital, à la maternité, à domicile ou dans toutes autres spécialisations ultérieures.*

*Une connaissance suffisante de ces questions est nécessaire à leur compréhension pour en informer le médecin, l'aider dans son action dont elles représentent l'un des prolongements et parfois même intervenir directement.*

*Il est apparu que la formation des puéricultrices telle qu'elle est pratiquée actuellement dans les écoles est insuffisante pour leur permettre de faire face dans la réalité aux problèmes psychologiques qu'elles rencontrent".*

En annexe du programme un enseignement de psychologie est proposé, il a été élaboré par le Dr KRESLER et Irène LEZINE.

**L'enseignement pratique** de 1100 heures environ s'effectue de la manière suivante

Stages obligatoires :

- \* diététique 1 mois,
- \* crèche, pouponnière, hôtel maternel 1 ou 2 mois -
- \* prématuré 1 mois -
- \* pédiatrie 2 ou 3 mois -
- \* maternité 1 mois -
- \* consultation de nourrissons 1 mois -
- \* social 2 mois.

Stages à option :

- \* Choisis en fonction des études de base, étant entendu que les stages obligatoires peuvent également être repris en option, durée 1 mois.

**PROGRAMME DE 1969****1 année complète**

<b>ENSEIGNEMENT THEORIQUE</b>		<b>200 H</b>
dont	Enfant normal	44 H
	Enfant malade	96 H
	Protection médico-sociale et éducation sanitaire	40 H
	Psychologie	20 H

<b>TECHNIQUE DE SOINS</b>	<b>50 H</b>
---------------------------	-------------

<b>STAGE</b>		<b>1100 H</b>
dont	Diététique	1 mois
	Crèche Pouponnière - Hôtel maternel	1 ou 2 mois
	Prématurés	1 mois
	Pédiatrie	2 ou 3 mois
	Maternité	1 mois
	Nourrissons	1 mois
	Social	2 mois
	Option	1 mois



Ce programme est d'avant garde par rapport aux pratiques professionnelles du terrain.

En effet si l'apport médical et technique sont facilement acceptés, l'approche psychologique de l'enfant et de sa famille, la sociologie, l'approche globale de l'enfant ont beaucoup plus de mal à convaincre les professionnelles.

Des efforts de plus de dix ans seront nécessaires, plus encore à l'hôpital que dans les structures d'accueil pour que les professionnels intègrent ces nouvelles connaissances et que les institutions recentrent leurs activités sur les besoins spécifiques de l'enfant et non sur la seule organisation du travail (tâches sérielles)

La vision globale de la prise en charge de l'enfant et de sa famille n'entrera que progressivement dans les pratiques professionnelles.

Sur le plan pédagogique les seuls repères du programme sont l'indication du volume horaire des enseignements théoriques et l'incitation à former les élèves à leur rôle d'éducatrice sanitaire par des exercices d'animation de groupe.

Dans la plupart des écoles l'enseignement est encore dispensé sous forme magistrale bien que les petites promotions d'élèves facilitent en réalité la relation formateur/formés.

L'enseignement pratique est dispensé dans des salles de démonstration ou au lit du malade. Les fiches techniques témoignent que l'enseignement reste très comportementaliste, chaque geste étant précisé et ritualisé.

Pourtant dans certaines écoles les méthodes pédagogiques évoluent, l'enseignement se fait sous forme de travaux de groupe, d'animation, d'exposé d'élèves. L'enseignement n'est plus une bonne parole déposée dans une assemblée mais part de l'expérience des élèves, suscite leur participation et dynamise ainsi l'apprentissage.

Je dois tout de même relater une expérience particulièrement originale et innovante : à Strasbourg les 27 élèves de la promotion 1969-70 sont en autogestion durant leur année de formation.

L'expérience a été publiée dans la revue Education et Développement (numéro 81, nov-déc. 1972).

## IV. MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE FORMATION DE 1983

### a) Contexte général

La période entre 1969 et 1983 est d'abord une période très faste, avec une amélioration spectaculaire du niveau de vie de la population.

Entre 1950 et 1973 la France a connu une période de croissance quasiment ininterrompue.

C'est à partir de 1973, (premier choc pétrolier) que s'installe progressivement une baisse de la demande entraînant des difficultés pour les entreprises.

Ce début de la crise va nécessiter une politique économique de restriction avec une dégradation du pouvoir d'achat et de la situation de l'emploi.

L'ensemble de la production du pays est touché par ces mesures sauf les institutions sanitaires et sociales qui à cette période ne sont pas inquiétées et pensent pouvoir continuer leur expansion (la santé n'a pas de prix).

Ce n'est que dans les années 1990 que les budgets de restriction vont frapper de plein fouet ces institutions et leurs agents.

Les conditions de vie ont suffisamment évolué pour modifier les besoins et les demandes des familles.

Un contexte général satisfaisant fait évoluer les mentalités et entraîne une modification des structures familiales, de la condition des femmes, de la place du père et de l'enfant dans la société.

Le film de Bernard Martino et Tony Lainé "Le bébé est une personne" témoigne de cette évolution

<b>Mortalité infantile</b>	1968	20,1 ‰
	1969	19,3 ‰
	1975	13,9 ‰
	1980	10,1 ‰

<b>Natalité</b>	1964	18,1 ‰
	1968	16,7 ‰
	1975	14,1 ‰
	1980	14,9 ‰

1972 F. Leboyer ose affirmer que la naissance est une douleur pour l'enfant.

Les Docteurs Odent, This, Ploquin et d'autres s'inscrivent dans ce mouvement.

Les 7, 8 et 9 juin 1974 le congrès de psychoprophylaxie obstétricale à Evian est centré sur l'accueil non violent du nouveau-né tout en préservant les règles de sécurité.

Parallèlement à ce courant plus humaniste de la naissance, se développe la procréation médicalement assistée.

1982 : naissance d'Amandine, premier bébé-éprouvette français.

Ces avancées biologiques ont suffisamment bouleversé la société française pour que dès 1983 soit créé le Comité Consultatif National d'Ethique présidé par le Professeur J. Bernard.

### **Le travail salarié des femmes**

1921	39,8 % de la population active
1936	34 %
1946	35 %
1968	35 %
1972	38 %
1980	40,7 %

### **Taux de chômage des femmes**

1975	49 %
1977	53 %
1980	64,5%

### **Politique sociale**

1967	création du planning familial
1970	l'autorité paternelle devient autorité parentale
1972	scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans
1975	loi sur l' IVG
1982	remboursement de l'IVG
1974	remboursement de la contraception
1975	loi sur l'enfant handicapé, notamment l'obligation éducative
1980	loi interdisant le licenciement des femmes enceintes

## **Plan de périnatalité 1970 - 1980**

L'objectif : réduire la mortalité périnatale

Moyens :

- . formation du personnel médical et paramédical
- . collecte et enregistrement des statistiques sur l'accouchement
- . vaccination généralisée contre la rubéole
- . amélioration de la surveillance médicale des femmes enceintes
- . surveillance accrue des accouchés
- . équipement des salles d'accouchement de matériel de réanimation et formation du personnel
- . équipement des services de pédiatrie en vue de réanimation néonatale intensive

Dans le cadre de ce plan de périnatalité création de onze nouvelles écoles de puériculture :

1969 Nice

1970 Dijon

1973 Caen

Orléans

1974 Amiens

Besançon

Colombes

Paris Lycée Rabelais

1975 Metz

1976 Mulhouse

1977 Poissy

## **Dans le domaine de la PMI et des structures de garde**

15 juillet 1970, loi relative à la délivrance obligatoire des certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs (dossier sanitaire de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans)

2 mars 1973, décret relatif aux examens médicaux obligatoires du 8e jour, 9e mois, 24e mois.

## Dans le domaine de l'accueil de la petite enfance

20 et 21 janvier 1978, **Etats généraux de la petite enfance** organisés à Paris par le GRAPE (groupe de recherche et d'action pour la petite enfance)

Lors de ces journées, il est démontré le manque crucial de lieux d'accueil pour les enfants dont les mères travaillent :

- . 1 600 000 femmes sont mères d'enfants de moins de 3 ans
- . 800 000 travaillent à l'extérieur
- . 2 400 000 citoyens de moins de 3 ans pour 42 000 places en crèche.

Ces états généraux ont voulu faire le point :

- sur la situation de la petite enfance.
- sur la place qu'on lui réserve.
- celle qu'on envisage de lui donner dans notre société.

Ces états généraux mettent en évidence que :

*"dans notre culture la **petite enfance** est certe présente dans l'imaginaire des individus, c'est-à-dire dans la **vision idéalisée** et idyllique qu'entretiennent bien souvent les **masse-médias** et la **publicité** alors que les **préoccupations** concernant la petite enfance sont quasi totalement **absentes dans le réel de notre vie sociale et économique**.*

*Cette préoccupation est **absente de notre langage**, de nos institutions et de nos mentalités alors qu'il est soigné, aidé, surveillé, reconnu - reconnu comme être social et comme sujet et objet de désir -.*

*Notre **culture n'a pas de mot pour désigner la pratique qui consiste à ....s'occuper de l'enfant petit**. Il ne s'agit pas encore d'éducation, encore moins d'instruction; "**l'élevage**" est par trop animalier, le "**nourrissage**" par trop alimentaire, le "**maternage**" par trop spécifique, restent "**les soins à donner**" expression très marquée médicalement et "**la garde**" mot dont l'ambiguïté procède de la diversité des acceptions militaires, juridiques, sanitaires et morales".*

Cette démarche émanant des parents a bouleversé le milieu professionnel de la petite enfance et les politiques ont pris conscience de l'urgence d'approfondir la problématique de l'enfance dans notre pays.

En mars 1981 présentation **du rapport SULLEROT, commande du Conseil Economique et Social.**

Son objectif était :

- établir un bilan de la situation des structures d'accueil et des services
- évaluer les besoins et les demandes des familles
- déterminer les efforts restant à accomplir.

Ce rapport met également en évidence

- la pénurie des modes de garde,
- l'inégalité entre les villes et le monde rural,
- la difficulté pour les mères de travailler hors du foyer.

En décembre 1982, **G. DUFOIX lance sa politique de la petite enfance.**

Dans l'introduction, elle met en évidence les bouleversements qui ont traversé le champ de la petite enfance depuis une vingtaine d'années.

Notamment, le développement du travail salarié des femmes, leurs implications dans le vie économique, l'importance capitale des premières années de la vie, la professionnalisation de l'accueil du jeune enfant et la demande des parents d'être associés à l'organisation de l'accueil de leurs enfants

Plusieurs groupes de travail sont mis en place pour élaborer des propositions concrètes d'amélioration de l'accueil du jeune enfant.

**Le rapport BOUYALA et ROUSSILLE en est la synthèse**

Dans les propositions on peut remarquer entre autre :

- les contrats crèches,
- les conseils de crèches,
- la prévention des accidents des enfants dans le logement,
- l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants,
- les contrats famille,
- l'éveil culturel du jeune enfant,
- le projet de révision du programme des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture.

...

## **C'est le passage de la garde à l'accueil**

- \* 1974, décret relatif à la réglementation des pouponnières, crèches, consultations de PMI et des gouttes de lait
- \* 1975, arrêté portant réglementation du fonctionnement des crèches
- \* 1979, ouverture de la première Maison Verte de Françoise DOLTO  
*"Ni crèche, ni halte-garderie, ni centre d'activités organisées, ni centre de consultation, la Maison Verte propose le plaisir d'être ensemble dans les jeux et les échanges à son propre rythme, en compagnie pour le tout-petit de l'adulte tuteur, en toute sécurité affective"*.
- \* 1980, loi sur le statut des assistantes maternelles
- \* 1981, note de services sur les formules innovantes,
- \* 1981, une circulaire invite les préfets à faciliter le développement, la coordination, l'organisation des modes d'accueil et de garde du jeune enfant
- \* 1983, circulaire sur les structures d'accueil non traditionnelles
- \* 1983, circulaire sur la participation des parents à la vie quotidienne des crèches.

## **Les politiques familiales :**

29 décembre 1983, **loi sur le 9e plan**

dont un programme prioritaire est d'assurer un environnement favorable à la famille et à la natalité

octobre 1986, **le plan BARZACH** avec une conférence annuelle de la famille (nataliste, familialiste et équilibrée entre les mesures fiscales des concubins et des mariés)

31 août 1988, **les orientations de H. DORNHAC,**

- \* améliorer l'accueil des enfants de 0 à 6 ans, notamment dans le cadre des contrats enfance
- \* rééquilibrer les prestations (allocation du jeune enfant, allocation parentale d'éducation)
- \* améliorer le cadre de vie des familles (contrat famille, fond d'aide au logement).

## **Sur le plan de la profession**

Les premiers **accords européens** sur la formation des infirmières sont signés au Conseil de l'Europe à Strasbourg le 25 octobre 1967.

La réforme du **programme de 1972** permet à la France de signer et de ratifier ces accords en 1975.

Les travaux sont repris par la CEE à Bruxelles pour aboutir à la **directive de libre circulation des infirmières en date du 27 juin 1977**.

Ce même jour a été créé le comité consultatif pour la formation dans le domaine des soins infirmiers ouvert aux pays membres de la CEE (Union Européenne).

Le **31 mai 1978** une loi française définit la profession d'infirmier en lui reconnaissant pour la première fois **un rôle propre** en complément du rôle sur prescription médicale.

Un décret réactualisé régulièrement, précise les **actes professionnels** et **l'exercice de la profession d'infirmier**.

**La réforme du programme d'infirmière de 1979** intègre l'ensemble de ces données.

### **Fonctionnement des écoles de puériculture.**

Jusqu'en 1972 les écoles de puériculture étaient dirigées par un pédiatre. Les professionnelles puéricultrices qui exerçaient dans les écoles avaient développé des capacités pédagogiques et de gestion.

Leur formation générale et culture professionnelle leur permettaient de revendiquer une reconnaissance et une autonomie dans la gestion des écoles comme cela était le cas dans les écoles d'infirmières..

Ce passage a été relativement difficile et perçu par beaucoup de pédiatres comme une trahison.

Le **22 février 1972**, un arrêté donne la direction des écoles à une puéricultrice justifiant d'un exercice professionnel de 5 ans en qualité de puéricultrice dont 2 comme monitrice.

Elle est responsable de l'organisation de l'enseignement et de la tenue de l'école.

Il est institué dans chaque école **un Conseil Technique** présidé par un professeur de pédiatrie.

L'article 10 de ce texte prévoit par ailleurs que les pédiatres directeurs d'école à la date de publication du présent arrêté continueront à assurer leur fonction.

Cette situation va exister jusqu'en 1990, date à laquelle le représentant de **l'Etat dans la région prend la présidence du Conseil Technique**.

En juillet 1973, un décret crée le **Conseil Supérieur des Professions Paramédicales avec une commission des puéricultrices (CSPPM)**.

C'est la seule profession d'infirmières spécialisées à avoir une commission autonome, les autres infirmières spécialisées siègent au sein de la commission des infirmières.



## **1974 Création du Comité d'Entente des écoles de puériculture.**

qui a pour but :

- de promouvoir en fonction de la connaissance de l'enfant et de l'évolution des soins une formation professionnelle de qualité dans l'ensemble des écoles,
- . d'assurer la coordination des écoles
- . de représenter les écoles auprès des pouvoirs publics.

Un premier travail du CEEP avec le Ministère de la Santé va aboutir à une **circulaire en date du 22 juillet 1977.**

Il s'agit d'une mise au point du programme "*afin que l'enseignement dispensé continu à suivre d'aussi prêt que possible l'évolution des connaissances et des idées en matière de puériculture*".

Il s'agit essentiellement d'une adaptation du vocabulaire et une mise à jour de l'enseignement.

Par exemple, ont été rajoutées :

- . des notions de carcinologie,
- . la myopathie
- . des notions de pathologies d'enfants immigrés
- . les sévices commis sur l'enfant

**Le 20 septembre 1979, un arrêté** reprend l'ensemble du programme actualisé et le déroulement du diplôme d'état.

**A partir de 1977, le CEEP va mener un travail avec les professionnels et les usagers pour proposer une réforme du programme de formation.**

**L'année 1977 fera le point sur ce qui existe** en interrogeant les usagers, les employeurs, et les professionnels dans les dix secteurs d'activité les plus représentatifs de la puéricultrice.

**L'année 1978 fera le point de ce qui devrait être** en analysant les publications concernant l'enfant, la mère, la famille, la santé, la prévention.

**L'année 1979 permettra d'élaborer et de rédiger un texte définissant le but général de la formation.**

**Entre 1980 et juillet 1983,** les négociations seront entreprises avec les instances de tutelle pour aboutir à **l'arrêté du 13 juillet 1983.**

Parallèlement à ce travail de recherche le CEEP a mis en place des cycles de formation continue spécifique aux directeurs et aux formateurs des écoles de puériculture afin qu'ils soient prêts et à l'aise pour la mise en oeuvre du nouveau programme de formation.

## b) Spécificités du programme de 1983

Il se présente en 8 parties :

La première intitulée **préambule**.

Ce texte est la commande sociale, c'est-à-dire le profil de professionnels dont la société a besoin dans son contexte sanitaire, social pour atteindre les objectifs de santé publique.

La puéricultrice intervient dans le domaine du soin, de l'éducation, de la relation et de la gestion. Elle contribue à promouvoir, à maintenir, à restaurer la santé de l'enfant dans sa famille et les différentes structures d'accueil.

L'accent est mis sur la nécessité d'intervenir

*"en priorité dans les milieux où les besoins et les facteurs de risque sont les plus importants"*

*"de s'ouvrir à la dimension communautaire des problèmes de santé de la famille et de l'enfant y compris la prise en charge de leur santé par les usagers eux-mêmes"*

*"de se situer dans une équipe pluriprofessionnelle et en liaison avec les différents intervenants auprès de l'enfant et de sa famille pour une action concertée"*

*"d'utiliser la démarche méthodologique de résolution de problème de soins infirmiers".*

En 1983 le programme est une fois de plus en avance sur les pratiques professionnelles et particulièrement sur :

- . la place réservée à l'usager,
- . la nécessité de partenariat avec l'enfant et les familles
- . le travail en réseau,
- . la prise en charge globale de l'enfant

La deuxième partie précise **l'organisation générale** de l'enseignement.

La scolarité se déroule sur 12 mois et comprend 1500 H de formation, volume horaire conforme aux formations dites post-basiques dans l'Union Européenne.

Il y a un réel équilibre entre l'enseignement à l'école et l'enseignement en stage.

650 H d'enseignement théorique

710 H de stage

140 H de travaux dirigés et d'évaluation

Les nouvelles disciplines sont :

- la formation à l'éducation et à la relation
- la profession
- la psycho-sociologie
- la psychopédagogie
- la gestion et l'organisation
- l'économie de la santé

Je profite de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui pour vous rappeler que la sémiologie, l'évaluation et le traitement de la douleur de l'enfant n'ont pas été retenus lors des négociations, seule la physiologie de la douleur est inscrite dans le programme

Les parties 3 - 4 et 5, c'est-à-dire **la période anténatale, néonatale et de 1 mois à 15 ans** se présentent chacune avec **des objectifs précis** permettant d'identifier ce dont l'élève puéricultrice doit être capable à l'issue de la formation.

La partie 6 relative à **la psychopédagogie** doit permettre à l'élève de former, d'encadrer, de conseiller et de collaborer avec d'autres professionnels.

Enfin la partie 7 doit lui permettre de participer à **l'administration** d'un service ou d'une institution d'enfants.

**Le décret du 17 octobre 1985 modifié par le décret du 12 décembre 1990 et un arrêté daté du même jour** mettent en place une évaluation continue des connaissances et des capacités professionnelles.

Permettez-moi d'insister sur le fait que nous sommes la seule formation non médicale à avoir une évaluation continue sans épreuve solennelle en fin d'année. Ceci est une chance.

Les épreuves en vue du diplôme d'Etat étaient en 1985 innovantes, particulièrement la capacité à mener une action d'éducation pour la santé à travers l'animation d'un groupe et la rédaction et l'argumentation d'un projet professionnel.

D'ailleurs d'autres formations s'en sont largement inspirées.

Le contenu de ce programme, ses orientations philosophiques, la prise en compte du contexte social, économique et politique de l'enfant et de sa famille, l'approche communautaire de la santé, l'intégration de la démarche de soins, la volonté de la puéricultrice de se situer professionnellement étaient en 1983 largement en avance sur les pratiques professionnelles, une preuve de plus que les puéricultrices, non seulement répondent aux besoins et aux demandes du moment, mais savent largement anticiper.

## PROGRAMME DE 1983

12 MOIS DE SCOLARITE + 1500 H

<b>Enseignement théorique et pratique à l'école :</b>	<b>650 H</b>
Inroduction à la formation	
Politique de santé	140 H
Organisation administrative, sanitaire et sociale	
Droit :	20 H
Formation à l'éducation et à la relation	70 H
La profession	25 H
Sociologie	55 H
L'enfant (physiologie)	23 H
La pathologie	117 H
Diététique (apport théorique et exercice)	60 H
Psychologie et psychosociologie	50 H
Psychopédagogie (apport théorique et exercice)	40 H
Formation à la gestion et à l'organisation	50 H

<b>Travaux dirigés et évaluation</b>	<b>140 H</b>
--------------------------------------	--------------

<b>Stages</b>	<b>710 H</b>
25 à 30 % en secteur hospitalier	
25 à 30 % en secteur extra-hospitalier	
40 à 50 % déterminé en fonction du passé et du projet des élèves, de l'intérêt du stage et de la qualité de l'encadrement	
En fin de formation l'élève devant justifier, l'activité professionnelle étant pris en compte, d'une expérience <ul style="list-style-type: none"><li>de maternité</li><li>de néonatalogie</li><li>de pédiatrie</li><li>de PMI</li><li>de crèches collectives</li></ul>	

## **Que dire sur le plan pédagogique ?**

C'est entre 1969 et 1983 que les progrès ont été les plus spectaculaires.

La loi du 16 juillet 1971 sur la Formation Permanente y a largement contribué. Les méthodes pédagogiques s'adaptent aux adultes et les rendent acteurs de leur processus de formation.

Elles s'inspirent de la dynamique de groupe, de l'animation de groupe, de la conduite de réunions, de la relation d'aide mais aussi de l'analyse et de la pédagogie institutionnelles.

Certains courants sont davantage influencés par la psychologie et la psychanalyse, d'autres par la sociologie et le politique.

En très peu de temps les écoles de puéricultrices ont intégré ces connaissances dans leur projet pédagogique et le programme de 1983 consacre un chapitre aux méthodes pédagogiques

*"Les écoles détermineront les méthodes les mieux adaptées aux besoins des étudiants.*

*Quelles que soient les méthodes utilisées, il serait souhaitable d'atteindre les objectifs suivants :*

- favoriser la participation active des élèves à leur formation,*
- mobiliser l'acquis pour qu'il devienne un élément dynamique pendant la formation et l'exercice professionnel,*
- permettre l'expérimentation du travail collectif,*
- développer l'esprit de recherche,*
- développer l'esprit d'observation,*
- développer l'expression écrite et orale,*
- développer la capacité à analyser les situations et l'esprit de synthèse*
- développer les capacités à l'animation de groupe et à l'entretien,*
- favoriser chez l'étudiant sa réflexion relative à la notion de responsabilité professionnelle"*

**Cette volonté de responsabiliser l'élève, de l'impliquer dans sa formation, de développer son esprit critique vise à lui donner une autonomie de pensée et une capacité de se situer dans le système de santé en tant que citoyenne.**

## V. CONTEXTE GENERAL DEPUIS LE PROGRAMME DE 1983 ET PERSPECTIVES

### **Quelle est la situation sanitaire et sociale de notre pays depuis la reforme du dernier programme de formation ?**

Depuis la création du diplôme d'Etat de puéricultrice, les lois successives sur les politiques familiales, sur la PMI, les structures d'accueil, la protection de l'enfance, l'amélioration de l'accueil des enfants et des adolescents à l'hôpital... témoignent de la prise de conscience des politiques et de leur volonté d'améliorer les conditions de vie du jeune enfant dans notre société.

Quelques repères :

La mortalité infantile :

1983 9,1 ‰

1985 8,3 ‰

1988 7,8 ‰

1990 7,3 ‰

1994 5,6 ‰

Le taux de natalité :

1980 14,9 ‰

1985 13,9 ‰

1990 13,4 ‰

1994 12,3 ‰

Il reste très bas et actuellement les grossesses sont de façon générale de plus en plus tardives : 4 % des mères avaient 38 ans ou plus en 1992.

La mortalité maternelle reste une préoccupation pour notre pays car la France est en position médiocre par rapport à l'Union Européenne.

**Depuis 1983 des efforts particuliers sont menés :**

**En direction de l'enfant maltraité**

Novembre 1985, **dossier** sur la maltraitance de l'enfant "*en parler c'est déjà agir*"

9 juillet 1985, **circulaire sur l'accueil et la prise en charge par des établissements d'hospitalisation publics et privés** des enfants en danger, victimes de sévices ou de délaissement.

20 juillet 1989, **loi relative à la prévention** des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance

9 décembre 1991, **décret relatif à la formation des professionnels** concernés par la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection des mineurs maltraités.

1994, création de **l'observatoire de l'enfant en danger**.

**En direction de l'accueil des enfants et adolescents à l'hôpital :**

1er août 1983, circulaire sur **l'hospitalisation des enfants**

29 novembre 1985, circulaire relative à la **sensibilisation des personnels** de maternité, à l'accueil des **enfants nés avec un handicap et de leur famille**

26 août 1986, circulaire relative à l'organisation de soins et à l'accompagnement des **malades en phase terminale**

16 mars 1988, circulaire sur **l'adolescent à l'hôpital** : amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents

L'hôpital recherche un compromis entre le rationnel, la technique et les réponses à apporter aux besoins des enfants. Il essaie de rester un lieu de vie, même dans les services de pointe.



## **En direction de la protection maternelle et infantile :**

18 décembre 1989, loi relative à la **protection et la promotion de la santé** de la famille et de l'enfance et adoptant la législation sanitaire et sociale au transfert de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

6 août 1992, décret relatif à la **protection maternelle et infantile**.

Après être passé de l'assistance à la protection en 1947 nous passons de la protection à la promotion de la santé en 1989.

## **En direction des structures d'accueil :**

1986, loi sur **l'allocation des gardes d'enfants à domicile**

1989, **projet d'éveil culturel** dans les crèches, convention signée entre les Ministères de la Culture et des Affaires Sociales.

21 mars 1994, **loi sur la famille** avec le décret de 1995 sur :  
l'allocation parentale d'éducation à partir du 2e enfant  
l'allocation de garde d'enfants à domicile (avec réduction d'impôts)  
le contrat enfance

Entre 1964 et 1994 le nombre de places en crèches collectives a été multiplié par 7

Entre 1974 et 1994 le nombre de places en crèches familiales a été multiplié par 3.

En 1993, 45 % des villes de plus de 20000 habitants ont signé un contrat enfance.

Le **milieu rural reste encore toujours défavorisé** par rapport aux grandes villes

Les structures se sont adaptées aux nouveaux besoins des familles en proposant des accueils diversifiés.

L'organisation est centrée sur les besoins de l'enfant. **L'éveil culturel, l'autonomie et la socialisation** deviennent les mots clés dans les projets pédagogiques.

### **En direction de l'enfant et de sa famille :**

20 janvier 1990, signature de la **convention internationale des droits de l'enfant**

4 janvier 1993, réforme de la **procédure pénale sur la justice des mineurs**

8 janvier 1993, loi sur **l'autorité parentale partagée**, entre père et mère, même pour les couples non mariés

5 juillet 1996, **loi sur l'adoption**

### **En direction de la recherche médicale et de la protection des usagers**

25 juillet 1994, loi relative à la protection des personnes qui se prêtent à des **recherches bioéthiques**

29 juillet 1994, loi relative aux **dons et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain**, à l'assistance médicale, à la procréation et au diagnostic prénatal.

### **En direction de la profession d'infirmières et d'infirmières spécialisées**

26 mars 1992, décret mettant en place le **service de soins infirmiers** dans les établissements publics de santé

16 février 1993, décret relatif aux **règles professionnelles** des infirmières

15 mars 1993, décret relatif aux **actes professionnels** infirmiers

4 janvier 1995, circulaire relative à **l'affectation** des titulaires du D.E. de puéricultrices et d'auxiliaires de puériculture **dans les maternités et les services de pédiatrie.**

Toutes ces améliorations en direction de l'enfant et de sa famille, tant en milieu hospitalier que dans les lieux de vie de l'enfant ont pu se réaliser dans un contexte économique favorable de la période d'après-guerre jusque dans les années 1973.

Malheureusement 20 ans après le début de la crise économique nous devons constater que celle-ci ne fait que s'accroître.

Le chômage résultant des progrès techniques a toujours existé, il était prévisible et on préparait le "déversement" dans un autre secteur d'activité.

Aujourd'hui ce déversement ne se fait plus. Le secteur des services qui a longtemps suffit pour accueillir le trop plein de la main-d'oeuvre de l'industrie ne suffit plus.

Le chômage touche toutes les catégories professionnelles, mais davantage encore les femmes et les jeunes à la recherche d'un premier emploi.

Aux chômeurs s'ajoutent également la situation des emplois précaires.

Cette dégradation matérielle entraîne toute une série de conséquences dont la puéricultrice ne peut pas ignorer les effets (dégradation des conditions de logement, réduction des dépenses alimentaires, précarisation de la santé).

Les institutions sanitaires et sociales ne sont plus préservées des impacts de la crise économique et subissent également les contraintes budgétaires.

Les efforts de réduction des dépenses maladies sont draconiennes et pèsent très lourd dans la gestion des établissements hospitaliers publics.

Les principales réformes :

31 juillet 1991, loi portant **réforme hospitalière**

6 mai 1995, circulaire ministérielle relative à la **charte du patient hospitalisé**.

29 novembre 1996, décret relatif aux **agences régionales d'hospitalisation**

Ces agences ont pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publique et privée et de déterminer leurs ressources.

Il sera mis en place des procédures d'accréditation pour apprécier la qualité et la sécurité des soins.

17 avril 1997, décret relatif aux **conférences régionales de santé**, convoquées par le Préfet. Elle a pour objet de proposer les priorités qui feront l'objet de programme d'action de promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de

prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion. Ils sont assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation.

L'importance de la santé publique, de la prévention et des soins de santé primaires s'inscrivent dans les priorités du Ministère de la Santé.

Dans les facteurs déterminants la santé, le système de santé n'entre que pour 11 %, les styles de vie pour 43 % et l'environnement pour 19 %.

Le gouvernement adopte le 12 avril 1994 **un nouveau plan de périnatalité** intitulé "*la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance*", avec comme objectif entre autres :

- \* normes minimales de sécurité dans les maternités
- \* informer et responsabiliser les femmes enceintes
- \* améliorer l'efficacité des techniques de réanimation à la naissance
- \* éviter les transferts inutiles en pédiatrie
- \* éliminer la séparation mère / enfant
- \* lutter contre la douleur de l'accouchement

...

Dans les années à venir les logiques risquent d'être très contradictoires.

Logique **de l'économique** : l'hôpital se gère comme une entreprise avec son vocabulaire et sa mentalité (rentabilité, redéploiement, amortissement-).

Logique **de la recherche** : l'hôpital reste le lieu de l'expérimentation médicale et du développement de la technologie (recherche bio-éthique, greffe, sida, réanimation).

Logique **de la qualité** : les usagers exigent des soins performants dans un environnement sécurisant, convivial et respectueux.

Logique **de la solidarité** : l'hôpital doit accueillir les populations en grande précarité. Il a été rappelé en 1993 que l'accès aux soins des personnes les plus démunies était un droit.

C'est à travers les discours caritatifs, médicaux, hygiénistes, psychanalytiques, sociologiques et enfin économiques, que les pratiques professionnelles de la puéricultrice ont évolué. Les programmes de formation ont suivi et même largement anticipé ces évolutions.

Le vocabulaire s'est adapté à la philosophie qui sous-tend nos pratiques :

Assistance	Protection	Promotion
Education sanitaire	Education pour la santé	Promotion de la santé
Mode de garde	Structure d'accueil	Lieu de vie
Ordre	Conseil	Accompagnement, soutien
Traitement d'un appareil ou d'une pathologie	Soigner un enfant dans sa globalité	Enfant, famille, partenaires de soins
Vocation, dévouement	Professionnalisation	Statut social
Formation centrée sur le stage (compagnonage)	Equilibre entre formation à l'école et formation sur le terrain professionnel	L'élève acteur de sa formation
Auxiliaire médicale uniquement	Rôle propre	Diagnostic infirmier Recherche

Les progrès sont indiscutables et quelle que soit la situation actuelle du pays, la place de l'enfant et de sa famille reste au coeur de nos préoccupations. Les professionnels sont amenés à repérer les transformations de notre société et à construire de nouveaux modes de réponses. Ce travail est difficile et implique nécessairement un effort de formation permanente.

- Les familles ont largement accès aux médias mais ne trouvent pas pour autant réponse à leurs préoccupations ; la surinformation peut aussi engendrer des angoisses.

- Les enfants trop souvent surinvestis et surmenés par tous les programmes d'apprentissage qui dépassent largement leurs besoins.

- Les familles issues de l'immigration confrontées à la double problématique, le maintien d'une identité ethnique et le souhait d'insertion ; la puéricultrice doit trouver son mode d'intervention entre sa légitimité professionnelle et le respect des us et coutumes.

De plus la crise économique est présente et la misère est de retour avec toutes ses conséquences.

La marginalisation et l'exclusion

La violence et la fracture sociale

La difficulté d'intégration pour les populations d'origine étrangère et particulièrement pour les jeunes

Le refuge dans toxicomanie (tabac, alcool, drogue)

Le retour de maladies infectieuses telle que la tuberculose

Le retour des maladies dites de carence (rachitisme)

La difficulté d'accès aux soins et à la prévention.

Les professionnelles ne peuvent pas rester en-dehors de ces problèmes de société.

Si le programme de formation nécessite une actualisation des contenus, on peut affirmer que les orientations du préambule sont tout à fait d'actualités.

L'analyse globale des situations de l'enfant et de sa famille, la reconnaissance des parents comme partenaire de soins, la nécessité de travailler en réseau, le développement des outils infirmiers... sont déjà inscrits dans le programme de 1983 et méritent d'être réaffirmés et mises en oeuvre.

La situation actuelle est peut-être une chance, c'est une occasion pour réinterroger nos pratiques, questionner nos habitudes et routines, préciser les valeurs fondamentales qui nous animent et prendre nos responsabilités.

**Une façon de nous sortir des difficultés serait de nous recentrer sur les questions d'éthique.**

Quels que soient les contenus d'un programme de formation, initiale ou continue, nos responsabilités visent à former des puéricultrices performantes mais également conscientes de leur rôle de citoyenne.

Dans un moment où la barbarie menace de plus en plus les esprits je voudrais terminer en vous invitant à nous fédérer solennement à l'occasion de ce 50ème anniversaire autour de l'article 25 de nos règles professionnelles :

*"l'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses moeurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation".*