

## Des douleurs concassantes de l'accouchement aux hurlements du nouveau-né : où en sommes-nous 60 ans plus tard ?

From the Crushing Pain of Delivery to the Yelling of the Newborn: Where Are We 60 Years later?

A. Pardou

© Lavoisier SAS 2020

**Résumé** L'environnement et l'accompagnement de l'accouchement et de la naissance ont beaucoup changé au fil des 60 dernières années. L'auteur rappelle d'où nous venons et évoque les changements importants de la pratique périnatale au cours du temps. L'implication de plus en plus importante des parents est marquante surtout dans les services de néonatalogie.

**Mots clés** Naissance · Nouveau-né · Prématurité · Soins de développement · Sons

**Abstract** The environment and accompaniment of the delivery and the birth have changed quite a lot during the last 60 years. The author reminds us from where we come and evokes the important changes of perinatal practice over time. Parents have been much more involved over time, especially in the neonatal units.

**Keywords** Delivery · Newborn · Prematurity · Developmental care · Sounds

### Introduction

Ma grand-mère parlait des douleurs « concassantes » de l'accouchement en évoquant ses accouchements, ce qui ne l'a pas empêchée d'avoir quatre enfants. Malgré son témoignage transmis d'un air pénétré et entendu aux trois générations de filles suivantes, chacune d'elles eut quatre enfants... Nous avons ainsi participé à l'augmentation de la population mondiale, nous faisant passer de 2,5 à 7,5 milliards d'individus sur terre et à son cortège de conséquences dont nous mesurons les effets progressivement.

On parle beaucoup actuellement de violences et, entre autres, des violences obstétricales, du peu de respect des femmes enceintes et de leur bébé. On parle peu des violences pédiatriques et néonatales.

Durant toutes ces années, parents et soignants ont essayé de se faire entendre pour aller vers d'autres façons de prendre soin : la grossesse n'est pas une maladie, la majorité des naissances se passe très bien, naturellement, mais nous avons tous en tête que ce moment très particulier, dans une vie de parents et de l'enfant, peut, très vite, tourner mal et qu'il nous faut donc être prêts à le pallier à tout moment.

Ma première rencontre avec un accouchement, comme étudiante en médecine, fut un moment extraordinaire : un siège chez une deuxième mère, un obstétricien chevronné, ne faisant qu'observer avec attention cette naissance magnifique pour la novice que j'étais, nous montrant qu'il fallait surtout ne pas intervenir, « s'asseoir sur ses mains », comme il disait, et être prêt à accueillir en sécurité ce nouveau petit d'homme lors de la sortie de la tête. J'en avais les larmes aux yeux..., c'était bouleversant et très paisible.

Après cela, dans ma longue carrière de néonatalogiste, j'ai vécu d'autres naissances par siège nettement plus « acrobatiques »... et d'autres naissances parfois très difficiles.

Ce furent 60 ans de découvertes scientifiques incessantes et de notre évolution vers l'interdisciplinarité dans le monde passionnant de la périnatalogie.

### Un peu d'histoire

Il est intéressant de revoir et de rappeler d'où nous venons. Si je regarde d'un œil critique ce que je vivais pendant mes études de médecine, et ensuite pendant ma formation en pédiatrie et en néonatalogie, entre 1962 et 1974, voici quelques observations :

- les obstétriciens et accoucheuses avaient été pendant très longtemps responsables de l'accueil des nouveau-nés. Les manœuvres utilisées pour faire démarrer un bébé un peu lent avaient consisté à le secouer, lui donner une bonne

---

A. Pardou (✉)  
44, avenue de la Chênaie,  
B-1180 Bruxelles, Belgique  
e-mail : apardou@gmail.com

claque, le pendre par les pieds ou faire la manœuvre du petit baigneur... le but était de faire crier l'enfant, ce qui démontrait qu'il savait respirer !

- les anesthésistes puis les pédiatres se sont introduits progressivement, à partir des années 1960, dans les salles d'accouchement, apportant de nouvelles compétences et réflexions.

Les nurseries pour accueillir les nouveau-nés étaient minuscules et le matériel très peu adapté aux besoins des tout-petits : ballon d'anesthésiste, avec sa valve réglable pour gérer la pression d'insufflation, difficile à manipuler. Il faudra attendre les années 1970 pour disposer du ballon Ambu, à double paroi, autogonflable, beaucoup plus facile à maîtriser : une petite merveille.

Avec l'aide des anesthésistes, nous avons appris à intuber, mais ne disposions au départ pour ventiler ces enfants que de respirateurs pour adultes, tout à fait inadaptés aux besoins de ces petits : il faudra attendre 1973 pour voir apparaître, dans le service où j'étais en formation, un respirateur, le Pedibird (une autre petite merveille), conçu pour nouveau-nés malades, et nous avons pu commencer à sauver ces bébés très malades, asphyxiés ou en détresse respiratoire.

Les locaux étaient tellement petits en salle d'accouchement qu'une fois le bébé intubé, nous saisissions le bébé mal en point dans les bras pour l'amener en courant au service néonatal distant de 50 m... pour avoir l'espace, le matériel et l'aide des infirmières du service néonatal.

L'accueil du nouveau-né normal en salle de naissance, à l'aube de ma formation, suivait un protocole bien défini ne faisant aucune place à la douceur :

- bébé était saisi dès la naissance et amené à la nursery adjacente, pour soins divers : détermination de la cote d'Apgar, séchage vigoureux, vérification de la perméabilité des voies aériennes (choanes), de l'œsophage, de l'anus, mensurations complètes (poids, taille, périmètre crânien et bipariétal), injection IM de vitamine K, administration de nitrate d'argent dans les yeux, habillage et... enfin rencontre avec les parents d'un bébé qui avait bien besoin d'être consolé de cette arrivée brutale dans le monde des humains ;
- transfert dans les bras de sa maman en maternité (chambre commune ou privée selon les moyens) ;
- bain systématique à trois heures de vie et vérification du cordon et des paramètres ;
- mise au sein ou biberon suivant le choix parental mais tétées à heure fixe en chambre commune ;
- proposition pour les mères fatiguées de mettre les bébés dans la nursery pendant la nuit afin qu'elles récupèrent ;
- séjour de cinq à sept jours en maternité.

Les compétences de bébés étaient ignorées à l'époque et, en 60 ans, la considération envers ces bébés a considérable-

ment évolué : ils sont passés de bébés dits « débiles » à bébés dits « sapiens » [1]. Ils souriaient aux anges, ne voyaient pas, ne ressentaient pas de douleur et étaient donc opérés sans antidouleurs. N'oublions pas que certains psychologues parlaient du bébé en disant que c'était une bouche vagissante et goulue.

Tout cela était contredit par mes observations de jeune pédiatre en formation et de nouvelle mère, mais était difficile à modifier de par mon jeune âge et ma place dans la hiérarchie hospitalière.

Il faudra attendre que Frederik Leboyer apporte un autre regard sur la naissance et les pratiques périnatales, vers 1974, et amène des changements, bien lents par ailleurs à s'implanter : son livre *Pour une naissance sans violence* reste une petite merveille [2].

C'est grâce à Frederik Leboyer et à ceux qui ont cru en lui que les bébés naissent en douceur, sont placés à la naissance sur le ventre de leur maman ou de leur papa, afin de les rencontrer par la voix, l'odeur, le regard, le sein, le goût, l'alimentation et... la tendresse.

Frederik Leboyer introduira aussi, dans le monde occidental, le massage shantala pour les bébés, partant du fait que lait, caresses et massages nourrissent le bébé. Il se penchera ensuite sur le problème de la maîtrise de la douleur lors de l'accouchement.

Frederik Leboyer fut tellement critiqué par ses pairs qu'il cessa d'exercer la médecine, rendra son diplôme de médecin et poursuivra son travail d'écrivain, de photographe et de producteur de films jusqu'à son décès récent, en 2017, qui est presque passé inaperçu [3].

Après ma formation et après quelques années comme résidente, j'ai eu la formidable opportunité de prendre en charge les aspects pédiatriques d'une nouvelle maternité et d'un nouveau service de néonatalogie dans un hôpital universitaire dépendant de l'Université Libre de Bruxelles, l'hôpital Erasme ouvert en 1977. Personne d'autre ne postulait... le bonheur : j'allais enfin tout pouvoir organiser comme je l'entendais.

Aujourd'hui, je me demande parfois comment j'ai osé à 34 ans...

Le chef de l'obstétrique et son équipe étaient très respectueux de mon « territoire » et une belle collaboration s'est installée et a perduré jusqu'à ma retraite.

J'ai ainsi pu promouvoir l'allaitement maternel, à la demande, la proximité du bébé et de la maman dans la chambre. J'ai fortement d'abord restreint la séparation du couple mère-enfant durant la nuit pour l'interdire ensuite et instauré la photothérapie en maternité plutôt qu'au service néonatal, des petites victoires qu'il a fallu susciter.

Comme je le disais à l'époque : il y a toujours 33 % d'enthousiastes, 33 % d'opposants et 33 % d'indécis : il n'y a qu'à convaincre les indécis et c'est gagné...

Entre 1978 et 2009, la vie dans les services de néonatalogie a beaucoup changé :

- diminution puis disparition de la « séance habillage » pour les parents : blouses, bottes, bonnet. Les parents venaient dans leurs vêtements de ville et se désinfectaient très soigneusement les mains ;
- augmentation progressive et irréversible pour les parents des heures de visite jusqu'à la permanence 24 h/24 et ensuite accueil de la fratrie. Un regret : ne pas avoir autorisé les grands-parents à venir dans le service (sauf exception où je me laissais attendrir, au grand mécontentement de certaines infirmières qui trouvaient ça tout à fait injuste...);
- amélioration du confort de l'accueil et de l'environnement, avec fauteuils de plage, puis fauteuils inclinables, décoration évoquant la mer, le sable et les oiseaux (deux superbes goélands étaient suspendus au plafond...);
- soutien à l'allaitement maternel et création d'une banque de lait humain adjacente au service pour nourrir les prématurés avec le lait de leur maman et d'autres mamans si nécessaire ;
- introduction des massages ;
- essai puis abandon de la musique dans tout le service (cela ajoutait du bruit au bruit) ;
- écoute individualisée, avec écouteurs de contes enregistrés sur CD ;
- musique avec une musicienne (violon) ;
- NIDCAP dès 2000 avec réduction des bruits environnants ;
- amélioration des résultats en termes de survie et de handicaps neurologiques.

Le taux de mortalité des prématurés était énorme en raison principalement de leurs détresses respiratoires, et il faudra attendre des années avant de voir s'inverser les taux de mortalité de 85–90 % à 5–10 % pour les moins de 1 500 g à la naissance : tout cela grâce, entre autres, à une meilleure évaluation du bien-être fœtal par les obstétriciens, à la maturation pulmonaire anténatale par les corticoïdes, au surfactant, aux différents modes de ventilation artificielle, au lait de la maman, etc.

Parallèlement à l'amélioration de leur prise en charge, la limite de viabilité pour la prise en charge de ces prématurés n'a cessé de diminuer et se situe actuellement vers 23–24 semaines de gestation.

Cela s'accompagne malheureusement de difficultés neurodéveloppementales qui nécessitent diagnostic, suivi et prise en charge attentive et prolongée.

Si on replonge dans le passé, il faut noter que la violence dans les services de néonatalogie était bien présente durant mes années de formation :

- prématurés séparés de leurs parents : 15 minutes de visite par jour entre 18 h 45 et 19 h, à distance, dans le couloir,

sans pouvoir toucher, caresser, parler, chanter, allaiter. Si le parent ratait l'heure de la visite, il devait attendre le lendemain ;

- la rencontre physique s'organisait en fin de séjour : le bébé était mis dans les bras, les apprentissages démarraient pendant quelques jours et le retour à domicile était autorisé.

C'était très difficile pour les parents qui découvraient leur enfant et de nombreux cas de maltraitements ont été décrits. Je n'oublierai jamais qu'un papa de jumeaux nés prématurément, déjà père d'un adolescent m'a dit courroucé : « *Vous ne m'aviez pas dit qu'ils criaient...* ».

Il aura fallu des années pour que les services de néonatalogie s'ouvrent aux parents, au soutien psychologique et social et à la douceur. Parmi les étapes importantes de ce long cheminement dans tous les services de néonatalogie, mais à des vitesses et des degrés divers, je citerai :

- 1978, introduction de la méthode Kangourou en Colombie par Sanabria Rey et Martinez [4] : dans ce pays manquant de financement, de structures et de matériel, le recours à la mère et à la famille a permis d'obtenir des résultats remarquables à court et à long terme et a fini par être adopté dans les pays dits développés, sous une autre dénomination, avec des variantes qui ont été bien définies : le peau-à-peau, mais je préfère personnellement le cœur-à-cœur ;
- 1983, développement du NIDCAP et autres soins de développement par Als et al. [5] et Welch et al. [6]. L'implantation de la grille d'observation et de la prise en charge décrite et enseignée par Als fut lente et constamment critiquée. Elle a démarré en Belgique en 2000, dans deux services de soins néonataux intensifs (NIC), dont le mien, et a été proposée aux autres services belges : en 2015, un programme national de formation et un soutien financier ont été proposés à tous les NIC belges.

Ces programmes ont certainement modifié l'accueil du prématuré, l'aménagement des locaux, l'implication des parents et ont conduit les parents à séjourner avec leur bébé pendant toute la durée du séjour, les responsabilisant de façon importante :

- 1990, introduction d'un soutien psychologique dans les NIC et financement ;
- 2014–2019, introduction progressive de la musique, du chant, de la lecture et du conte dans les services NIC de la Fédération Wallonie-Bruxelles (partie francophone du pays).

Pour lancer cette réflexion, j'ai proposé aux 11 services NIC de la Fédération Wallonie-Bruxelles un séminaire montrant l'importance de la musique et du chant sur le développement du prématuré et la nécessité de proposer cela aux

parents. Ensuite, j'ai aussi écrit et publié deux livres [7,8] qui ont été offerts, pendant un an, aux parents de prématurés pesant 1 500 g ou moins à la naissance dans les services qui le souhaitent, cela afin d'expliquer le projet et son « pourquoi » à ces parents, et insister sur les effets bénéfiques du chant et de la lecture, des histoires et des contes pour leur bébé.

## Conclusions

Il a fallu des années pour penser que les prématurés, de par leur naissance prématurée, sont en manque de « sons à sens » après leur naissance. Ils ont perdu jusqu'à 13 semaines de stimulations sonores intra-utérines en naissant prématurément et en perdant leur cocon intra-utérin. À la naissance, les parents perturbés par ce qui leur est arrivé peuvent être en manque de mots à offrir à leur bébé : notre rôle en tant que soignants est de les informer de l'importance pour leur bébé, né trop tôt, d'entendre les voix parentales et des répercussions sur le développement du langage de leur enfant [9] et de son cerveau [10].

Leur apporter des mots à dire ou à chanter est important. C'est ainsi que des programmes de chant, de musique, de lecture et de conte commencent à être proposés dans différents services et sont appréciés par les parents. La culture des parents est respectée, les émotions s'expriment, et la tolérance du bébé aux interventions proposées est bien observée par les grilles d'évaluation. La voix vivante maternelle et paternelle est sollicitée et son importance de plus en plus reconnue.

Des bibliothèques de prêt de livres pour enfants sont aménagées dans certains services.

Des professionnels du chant, de la musique et du conte viennent alléger l'atmosphère dans les services. Les parents ressentent une impression de normalité.

La fratrie participe à la lecture et à l'intégration du prématuré dans la famille.

Nous espérons que les parents continueront de lire à domicile dans la langue de leur choix, transmettront ainsi leur culture, favoriseront ainsi le développement du langage de leur enfant. Cela semble être démontré...

Et il aura fallu toutes ces années pour penser que les voix parentales sont essentielles au développement des prématurés... ça me laisse sans voix...

C'est un nouveau champ de recherche passionnant.

**Liens d'intérêts :** L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. Candilis-Huisman D, Dugnat M (2017) *Bébé sapiens. Du développement épigénétique aux mutations de la fabrique des bébés.* Érès (eds), Toulouse
2. Leboyer F (1974) *Pour une naissance sans violence.* Points Éditions-2011, publication originale
3. Bideault A, Martineau E (2017) Frederick Leboyer : Le révolté de la naissance. *L'enfant et la vie* 183:17–19
4. Rey Sanabria E, Martinez H (1983) Rational management of the premature infant (Manejo racional del niño prematuro) In: *Curso de medicina, Colombia universidad nacional, Bogota*, pp 137–151
5. Als H, Lawhon G, Duffy FH, et al (1994) Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. *JAMA* 272:853–8
6. Welch MG, Hoffer MA, Stark RI, et al (2013) Randomized controlled trial of family nurture intervention in the NICU: assessments of length of stay, feasibility and safety. *BMC Pediatrics* 13:148–57
7. Pardou A, Merveille C (2016) *Carnet de voyage de mon bébé né si tôt.* Pardou (eds)
8. Pardou A, Merveille C (2019) *Parlez-moi... tendrement.* Pardou (eds)
9. Caskey M, Stephens B, Tucker R, Vohr B (2011) Importance of parent talk on the development of preterm infant vocalizations. *Pediatrics* 128:910–6
10. Lordier L, Meskaldji DE, Grouiller F, et al (2019) Music in premature infants enhances high-level cognitive brain networks. *Proc Natl Acad Sci U S A* 116:12103–8