

L'historique

I- Histoire des infirmières puéricultrices en Pédiatrie, devant l'évolution et les problèmes de la profession

Evoquer la profession des infirmières puéricultrices ne peut se faire sans rendre hommage au Professeur LELONG, qui fut le précurseur dans le développement des soins aux prématurés, mais aussi le principal investigateur de la naissance de notre profession actuelle. L'évolution des soins tels qu'il les imaginait, ne pouvait se faire sans une infirmière spécialisée, formée à des techniques et des conceptions nouvelles de néonatalogie.

Qu'en était-il de la profession de 1920 à 1970? Un extrait du discours du Professeur LELONG, lors de l'ouverture du Premier Congrès National des Puéricultrices en juin 1962 à Evian-Rumilly organisé par l'Association Nationale des Puéricultrices Diplômées d'Etat (ANPDE), nous définit très bien cette page l'histoire des puéricultrices.

"...Je vais essayer, puisque ce jour marque une date, de faire le point de ce à quoi nous sommes arrivés en ce qui concerne la puériculture, et ensuite examiner l'évolution de la profession de puéricultrice. D'abord, un bref historique. Il est tout à fait curieux - et je n'en ai pris conscience que tout récemment, en feuilletant mes notes et documents-, que l'idée première de cette aide technique que vous apportez au médecin, spécialement au médecin d'enfants, est née non pas du Ministère de la Santé publique -je le regrette!- mais au Ministère de l'Education Nationale. C'est en effet en 1920, tout de suite après la première guerre, que celui-ci créa, sous la présidence de M. PINARD, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris, ainsi que le Diplôme de Visiteuse d'hygiène maternelle et infantile, diplôme universitaire, qui avait comme conséquence -ceci est très intéressant, et dans certains pays il en est d'ailleurs resté ainsi- d'intégrer en quelque sorte l'étudiante infirmière, la puéricultrice, dans le cadre universitaire. Jusqu'en 1939, les élèves de l'Ecole de Puériculture de Paris étaient immatriculées à la Faculté de Médecine. Il n'y a pas eu de décret qui ait supprimé cette loi, mais cependant cet état de fait est tombé en désuétude. Ce diplôme marquait donc l'accession des études d'infirmières dans le cadre de l'enseignement supérieur, ce qui affirmait d'emblée la volonté de s'adresser par conséquent à une élite, de promouvoir une élite. Notons en passant qu'aucun texte n'a supprimé le Diplôme de 1920.

En 1924, le Ministère de l'Hygiène, qui venait d'être créé, se saisit du problème et -retenez bien déjà la différence de ton- créa le Diplôme de Visiteuse Sociale de l'Enfance. C'est un nom très compliqué, mais ce diplôme a fonctionné pendant de nombreuses années, ayant lui-même une existence parallèle à un autre diplôme créé deux ans plus tôt, en 1922, le diplôme d'Etat d'Infirmière. Ce système a fonctionné jusqu'en 1932.

En 1932, révolution, bouleversement des doctrines et conceptions. Sous l'influence du dogme de la polyvalence qui régnait à cette époque, et d'autre part de ce qu'on appelait la coordination, on a tout mélangé et créé le Diplôme d'Etat d'Assistante Sociale. A ce moment, on a supprimé à la Santé Publique le Diplôme de Visiteuse d'Hygiène de l'Enfance et on a voulu faire, et on a fait, de l'assistante sociale le rouage qualifié pour tout, assistante sociale à laquelle on a demandé, non seulement tous les dévouements mais aussi toutes les qualités, toutes les connaissances. On exigeait d'elle la bi-compétence à la fois technique et sanitaire.

Mais l'évolution se fait malheureusement -ou heureusement- vers la qualification de plus en plus précise des aptitudes, vers la *spécialisation*.

La conséquence, c'est que les assistantes sociales, à qui on demandait tout, ont été surmenées par une besogne absolument écrasante, et c'est petit à petit que l'expérience, qui commande toujours, quelles que soient les idéologies, approuvé la nécessité de la création, peu à peu, de cadres plus spécialisés, chaque personne étant adaptée à une tâche beaucoup plus définie.

Parmi ces tâches qui se sont individualisées une à une, petit à petit, la puériculture s'est imposée d'abord. Elle n'est pas la seule d'ailleurs, et certainement d'autres spécialités suivront, aussi bien dans le social que le sanitaire.

Mais en même temps aussi une notion s'est lentement dégagée, notion sur laquelle je crois qu'il faut maintenant insister au maximum: pour composer cette spécialisation de plus en plus poussée de chacun et de chacune, le *travail d'équipe*, le travail en groupe, s'est imposé comme une nécessité, et c'est cette notion du travail de groupe, d'équipe, qui doit corriger tous les inconvénients qu'a nécessairement la spécialisation quand elle est trop poussée. Il faut que les cloisons étanches d'un groupe à l'autre disparaissent; c'est encore une fois le travail d'équipe qui devient la règle.

C'est alors que, tout de suite après la deuxième guerre, est née l'Ordonnance du 2 novembre 1945. C'est elle -et elle a là un très grand mérite- qui a, pour la première fois dans la besogne à accomplir auprès des familles, des individus, des enfants, bien fait la distinction entre d'une part la surveillance sanitaire, et d'autre part la surveillance sociale. Au départ, faute de personnel instruit, il n'y avait pas la possibilité de distinguer les deux équipes: travail sanitaire et travail social, mais cette distinction est déjà posée dans l'ordonnance, et la formation des deux types de personnel devait suivre forcément.

Comme je l'ai dit, nous disposons actuellement de 2000 puéricultrices. Il en faudrait d'ailleurs beaucoup plus, mais l'évolution est maintenant lancée, le progrès ne peut plus que continuer.

Le diplôme d'état de puéricultrice a vu le jour en 1947, deux ans après l'ordonnance, grâce à M. Robert PRIGENT, Ministre de la Santé de l'époque, et aussi, il faut bien le dire, à l'insistance et au bon travail qu'a fait le Docteur CAVAILLON, qui à cette époque était le Directeur des Hôpitaux à la Santé Publique.

Depuis, l'enseignement se poursuit; les puéricultrices se forment: leur bataillon est devenu un régiment, puis une division; il en sera bientôt un corps d'armée.

A l'école de Paris, s'ajoutent les écoles de provinces. Chaque faculté a son école de puériculture préparant les puéricultrices diplômées d'état, par exemple Strasbourg, Nantes, Lille, Bordeaux, Marseille, Nancy, Rouen, Rennes, Tours, Toulouse, Montpellier, Grenoble, Clermont-Ferrand. Je ne voudrais oublier personne. Il y a même des villes qui n'ont pas de faculté, comme Valenciennes. Toutes ces écoles fonctionnent bien maintenant elles doivent toutes avoir un hôpital d'enfants, dirigé par un médecin spécialisé; c'est la condition sine qua non d'un véritable enseignement de Puériculture au niveau du Diplôme d'Etat de Puéricultrice.

Quelles sont, selon les conceptions actuelles, les fonctions de la Puéricultrice? Nous avons eu des hésitations. A la lumière de l'expérience, nos conceptions sont devenues très nettes. Nous avons cru au début qu'il était désirable de donner à la Puéricultrice une double compétence, à la fois sanitaire et

sociale, mais spécialisée pour les enfants. La Puéricultrice n'est pas une assistante sociale. Elle est une infirmière. Son rôle essentiel, qu'elle soit issue des écoles d'assistantes sociales, ce qui est un cas exceptionnel, ou des écoles d'infirmières diplômées d'état, ce qui est presque la règle, est l'exécution des soins spécialisés à l'enfant. Elle est l'aide technique du pédiatre, de la même manière que la sage-femme est l'aide technique du gynécologue accoucheur. L'une et l'autre travaillent parallèlement, en liaison, en coordination, en travail d'équipe, avec l'assistante sociale, à qui est réservé -et c'est une tâche de plus en plus écrasante- le travail social.

La Puéricultrice doit être infirmière; il ne faut pas vouloir être puéricultrice si on ne veut pas être infirmière, si on ne veut pas manipuler le nourrisson, le tenir dans les bras. La Puéricultrice est partout où il y a des enfants, qu'ils soient malades, qu'ils soient convalescents, qu'ils soient sains. Et là où il y a des enfants, c'est d'abord l'hôpital. La Puéricultrice est l'infirmière spécialisée pour les soins à donner 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. Elle est également présente pour les mêmes catégories d'âges, dans tous les établissements de convalescents et de chroniques où il y a des soins à donner aux enfants... Dans toutes ces circonstances, la Puéricultrice est donc l'aide technique du médecin d'enfants. De quelle manière aide-t-elle le médecin? D'abord, comme je l'ai déjà dit, parce qu'elle est l'œil permanent du médecin dirigé sur l'enfant. Où qu'il soit, que ce soit à l'hôpital, dans un centre de convalescents, dans une pouponnière, dans une crèche... le médecin ne voit l'enfant que de manière intermittente. La Puéricultrice, elle le voit de façon continue, elle est l'œil du médecin appliqué de manière permanente 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 de début des 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.

Deuxième tâche très spéciale: l'exécution des prescriptions du médecin. La Puéricultrice, à l'occasion de ses visites, doit faire la démonstration de ces prescriptions, que ce soit des soins d'hygiène générale ou des soins contre la maladie, elle exécute les soins devant la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant.

Troisième tâche en corrélation avec la deuxième: la Puéricultrice est l'éducatrice sanitaire la plus qualifiée. L'éducation se fait par l'exemple, et le seul exemple qui touche vraiment une mère, c'est celui qui concerne son propre enfant. Parler à une mère de ce qu'il faut faire ou ne pas faire en général n'est que de peu d'utilité; ce qui la frappe et la touche, c'est lui dire, à propos de son enfant: " Il faut faire ceci, il ne faut pas faire cela ".

Le dernier point sur lequel je m'excuse d'insister à nouveau, c'est la nécessité du travail en équipe"(1)... Telle est l'analyse en 1962 de la construction et de l'évolution de la profession des infirmières puéricultrices vue par celui qui en fût le principal investigateur.

Vu de la province, dans les hôpitaux qu'en était-il? Dans certaines facultés de médecine de province, les chefs de service formaient en un an, par un intense travail pratique et des cours théoriques, des jeunes filles de 17 ou 18 ans souvent titulaires du Brevet et trop jeunes pour entrer dans des écoles d'infirmières. Cette année était sanctionnée par un examen donnant droit au titre d'" infirmière

puéricultrice " de la faculté de médecine de X. Formées surtout auprès des enfants sains, elles devenaient en, priorité " nurses " dans des familles riches en France ou à l'étranger, puis peu à peu, elles furent employées comme personnel infirmier dans les services d'enfants au fur et à mesure que disparaissaient les religieuses.

En 1947, l'Europe était sortie depuis deux ans de la plus effroyable des guerres, la mortalité infantile avait augmentée à 66 pour mille en France, comparable à celle du début du siècle et la natalité était très basse. Un grand nombre d'enfants mouraient prématurément, beaucoup étaient hospitalisés. A cette même période, les nouvelles techniques d' " élevage " des prématurés en incubateurs mises au point aux Etats-Unis étaient introduites en France, et il devenait urgent pour tous de savoir les appliquer. Mais aussi les années d'après-guerre, (moment de l'obtention du droit de vote des femmes) marquaient un tournant politique de l'enfance et de la famille. Cependant la médecine préventive de santé publique était presque inexistante face aux fléaux sociaux tels que l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose...

En France, des mesures de protection en faveur de la mère et l'enfant voient le jour avec l'apparition de l'Ordonnance du 2 novembre 1945. Puis le 8 janvier 1947, un Décret institue un Conseil Supérieur de l'Enfance, dont la mission consiste à se préoccuper de l'enfance sur les plans à la fois éducatif, législatif et sanitaire. Pour la circonstance, le recours à un personnel paramédical hautement spécialisé s'impose.

Le 13 août 1947, M. Robert PRINGENT, Ministre de la Santé, signait le Décret instituant le Diplôme d'Etat de Puériculture. Ce dernier permettant à des infirmières, des sages-femmes, des assistantes sociales de se spécialiser pendant un an, afin de seconder les pédiatres ou de participer à un travail de prévention dans les hôpitaux.

1974 a vu l'unification de toutes ces formations disparates, ce que le Professeur LELONG a su faire comprendre et imposer avec ses amis pédiatres au Ministère de la Santé.

1975 a été l'année où les garçons ont pu faire leur entrée dans la profession, qui jusqu'à cette date était réservée aux filles. Les infirmières puéricultrices étaient tous secteurs confondus 32 en 1948-1949, 2700 en 1963, 9000 en 1987, et sont plus de 14000 depuis 1997 dont moins de 1% de garçons.

*1 [Lauer E. historique. cahiers de la puéricultrice 1994; 124: 10-12]

II- Place et rôle de l'infirmière puéricultrice à la fin du XX° siècle

A- Théorie et législation

1-Ses missions (2):

La puéricultrice est une infirmière, ou une sage-femme diplômée d'état, ayant suivi une année de formation spécialisée dans le domaine des soins à l'enfant. A l'issue de ces années d'études (baccalauréat puis D.E d'infirmière ou D.E de sage-femme), il lui est délivré un nouveau Diplôme d'Etat. Sa formation spécifique lui permet de contribuer à promouvoir, maintenir, restaurer la santé de l'enfant dans sa famille, en milieu hospitalier, et dans les structures d'accueil.

Depuis, l'évolution des connaissances, des techniques et de la politique de santé en matière de prévention, les mutations intervenues au niveau des conditions de vie, les besoins de la population en structures d'accueil de la petite enfance, ont amené la puéricultrice à assumer des responsabilités de plus en plus importantes de soin (dans toute sa dimension), d'éducation, de gestion et d'encadrement.

L'infirmière ou la sage-femme spécialisée en puériculture exerce une profession à caractère médico-social. En milieu hospitalier son domaine d'action est vaste: cadre infirmier ou soignante dans les services de médecine, de chirurgie infantile, d'urgences, de pédopsychiatrie, de néonatalogie, de maternité...

Pour assurer ses missions elle respecte le projet de soins infirmiers institutionnel formalisé; travail qui se situe en partenariat avec le corps médical et la collaboration des autres métiers paramédicaux. A cette fin les puéricultrices font preuve de créativité, et de leur engagement dépendra donc leur capacité à se projeter en avant pour s'approprier les évolutions. Ceci se fait par divers moyens: formation, équipements, qualification, protocoles de soins et d'assainissement de l'environnement, outils de planification et de contrôle. Cependant, elles sont conscientes que des efforts restent à faire pour optimiser leurs prestations et que le contexte actuel les engage à produire de la valeur ajoutée à celles-ci et de le démontrer.

*2 [ANPDE, mission, dossier de presse 1996]

2-Ses objectifs

La puéricultrice doit développer ses capacités professionnelles permettant:

- d'identifier les besoins d'un enfant ou d'un groupe d'enfant (recueil d'informations, observation, analyse, discernement du besoin),
- de répondre à ces besoins en agissant en priorité dans les milieux où les besoins et les facteurs de risques sont les plus importants,
- de promouvoir une politique de progrès en matière de santé de l'enfant par des actions de prévention, d'éducation, de recherche auprès des parents, d'enfants, d'autres étudiantes en formation, professionnels concernés par l'enfance,
- de participer à l'administration d'un service ou d'une institution d'enfants (former, gérer, animer, organiser) en se situant dans une équipe pluridisciplinaire et en liaison avec les intervenants auprès de l'enfant et de sa famille pour une action concertée.

3-Ses valeurs:

Le niveau de qualité des soins s'appuie sur une éthique, des valeurs, la compétence, la responsabilité de chaque soignant, des organisations rationnelles et des outils. Les équipes "fortes" sont constituées

de personnes autonomes ayant une conscience professionnelle, qui se sentent concernées par les résultats de tous et en qui les usagers ont confiance car ils se sentent en sécurité.

Les valeurs qui sous-tendent leur pratique et les rapports entre les membres de l'équipe et les usagers font références sur le plan législatif:

- à la Charte de l'enfant hospitalisé signée par les Associations Européennes en 1998
- aux règles professionnelles (Décret du 16 février 1996)
- à la Charte de l'utilisateur (Circulaire du 6 mai 1995)
- à la Charte Internationale des droits de l'Enfant signée par la France le 26 janvier 1990
- à la Circulaire N° 83.24 du 1 août 83, concernant la sécurité affective de l'enfant et sa famille.

4-Les règles:

L'évolution des comportements, des aspirations, le renouveau du service public, de la législation (Ordonnance du 24 avril 1996) veulent faire de l'utilisateur un véritable partenaire. Il apparaît essentiel de permettre au personnel soignant de se recentrer sur ses missions propres, en respectant les valeurs professionnelles essentielles.

Les puéricultrices sont au service de l'enfant soigné et doivent utiliser connaissances et compétences pour dispenser des soins personnalisés. Connaissances et compétences qui sont à maintenir et à actualiser très régulièrement. Chaque enfant soigné et sa famille sont des utilisateurs, un client, ils ont droit au respect, à la prise en compte de la dignité d'être humain, à une information adaptée, à l'assurance du secret professionnel et ils sont en droit d'exiger un accueil et des soins de qualité.

L'enfant hospitalisé reste durant son séjour membre d'une cellule familiale et sociale qui doit être prise en compte et intégrée au projet de soins chaque fois que cela s'avère possible et nécessaire. L'hospitalisation n'est qu'un temps de vie d'une personne.

Les puéricultrices et les autres soignants doivent donc s'organiser en réseau avec tous les participants sanitaires et sociaux concernés et aidant pour le malade.

5-Le travail en réseau, vision de la puéricultrice

a- les partenaires

Au quotidien il y a les partenaires de la puéricultrice appartenant au réseau interne du secteur hospitalier: pédiatres, chirurgiens, pédopsychiatres, cadres infirmier, psychomotriciens, kinésithérapeutes, auxiliaires de puériculture... Mais aussi éducateurs de jeunes enfants, institutrices.

Dans le cadre d'échanges en réseau on rencontre de plus du personnel d'imagerie médicale et d'autres partenaires socio-médicaux. Des membres d'associations récréatives, ludiques apparaissent dans ce travail d'échange. Le réseau c'est la répartition de la gestion et de l'organisation dans les soins selon leur degré d'importance, mais aussi le partage d'expériences et de moyens moins conventionnels. Il est entendu ici: la participation de clowns ou de personnes bénévoles donnant du temps pour aider l'enfant à se recréer ou se divertir.

b- le cadre législatif

L'ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation paraît présenter trois incidences majeures et obligatoires sur la confection d'un projet d'établissement:

- Elle insère son approbation dans la notion de "contrat d'objectifs et de moyens", Art 8 de l'ordonnance ou art L.710-16-1 du code de la santé publique.
- Elle légalise et promeut la démarche d'accréditation, Art 2 de l'ordonnance ou art L.710-5 du code de la santé publique.
- Elle développe les formules de coopération: les réseaux de soins, Art 29 de l'ordonnance ou art L.712-3-2 du code de la santé publique. Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent y associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale.

B- la réalité du terrain

1-La puéricultrice et l'enfant hospitalisé

Selon Winnicott, "la mère d'un petit enfant est biologiquement conditionnée à son travail très particulier qui consiste à s'adapter aux besoins de son enfant"(3). Qu'en est-il pour la puéricultrice?

L'enfant est enjeu de conflit. Combien de femmes célibataires ou non, assouissent leur instinct maternel auprès des enfants qu'elles soignent? Les relations avec l'enfant se déroulent dans un climat souvent chargé en émotions, puisqu'on est confronté à la maladie, la souffrance, même parfois la mort. Il faut donner un sens à son comportement de professionnel.

Et les puériculteurs? Intégrer un homme dans une équipe en puériculture. Apparemment, la tendresse masculine envers un enfant peut-être ressentie comme une perversité. Et certaines tâches ou certains actes, lui seront refusés, "parce que c'est le travail d'une femme". Par ailleurs, si le puériculteur a une attitude maternelle avec l'enfant, c'est la féminisation de la profession qui est remise en cause. Pourtant l'homme peut-être un régulateur dans le groupe. Dans ces expériences qui sont à multiplier, il faut prendre garde à préserver la personnalité masculine du professionnel (4).

Pour ceux et celles qui ont choisi d'exercer dans les services d'enfants malades, à la difficulté du rôle de soignant, s'ajoute la justification de leur motivation. Suffit-il d' "aimer" les enfants? L'expérience prouve que ce n'est pas si simple. Il est possible d'aimer les enfants et de ne pas supporter leur détresse, leur souffrance face à la maladie. M Soulé, pédopsychiatre, déclare que dans la vocation du professionnel de la petite enfance, il y a "l'appel irrésistible du bébé, du bébé que nous avons été, du bébé mégalomane que nous resterons", parce qu'il tente de créer, autant que possible, un monde préservé pour protéger l'enfant. En tout cas, au quotidien, la puéricultrice est amenée à nouer des liens très forts non seulement avec l'enfant, mais aussi avec ses parents. Que se passe-t-il entre eux? Dans la triade mère-père-enfant quel est son rôle? Ne doit-on pas parler plus de notion de suppléance plutôt que de substitut en l'absence d'un maillon de cette triade.

Enfin concernant l'enfant hospitalisé, la puéricultrice, outre les qualités attendues d'une infirmière, doit faire preuve d'identité professionnelle et laisser celle de mère. La puéricultrice de par sa formation devrait avoir la responsabilité des soins infirmiers auprès de l'enfant à l'hôpital quelque soit les services de soins.

En réalité, combien de services d'enfants comportent plus de 50% de puéricultrices et les cadres soignants sont-ils diplômés en puériculture?...Autre débat! Ici, la puéricultrice est seule à avoir un rôle infirmier auprès de l'enfant, validée par sa formation.

*3 [Winnicott DW, De la pédiatrie à la psychanalyse, Petite bibliothèque Payot, 1969, p164

*4 [Scotto C, l'action des bébés sur les professionnels de la petite enfance, Métiers de la petite enfance, 1995]

2-La puéricultrice et les différents partenaires médico-sociaux

a- le personnel médical

La puéricultrice et le pédiatre: une grande histoire depuis la naissance de leur profession. Il est évident que ces deux professions évoluent et les professionnels aussi. La puéricultrice n'est plus la soignante seulement attachée aux prescriptions médicales, mais une partenaire et un œil plus présent que le pédiatre ne peut se le permettre. Pour lui aussi la profession bouge, de part l'avancée des traitements, des moyens d'investigations, l'éradication de pathologies, mais aussi de part de nouvelles maladies et de nouveaux moyens curatifs.(Se référer aux chapitres précédant sur le sujet).

b- le personnel paramédical

Si les puéricultrices, et le corps infirmier dans son ensemble, veulent se détacher de jougs aussi pesant que ceux parfois du pouvoir médical et administratif, elles doivent créer et faire reconnaître une science, un art, un devenir, pour prendre plus d'autonomie et d'assurance. Marie France Collière, dans son ouvrage "Promouvoir la vie"(5) apporte un éclaircissement à notre profession dans l'analyse de son passé et en donnant des bases pour son avenir. Il ne peut se concevoir, d'après elle, que dans une

recherche des soins infirmiers et une identité du champ de compétence des soignants. Une exigence émerge, très délicate. Celle de repenser son rôle, non pas seulement dans sa théorie, mais dans sa pratique quotidienne.

" Dans les hôpitaux, le travail infirmier est très souvent le même pour les infirmières et les puéricultrices. Rares sont les services qui octroient une différence. Mais, on ne peut nier qu'une réflexion approfondie sur l'enfant et des stages qui apportent des expériences dans des milieux de vie très divers, procurent des atouts supplémentaires pour mieux comprendre, et par là même soigner. Dans beaucoup de services, la rivalité entre les infirmières et la puéricultrice est latente. Bien souvent, l'expérience des uns est opposée aux connaissances des autres. En fait, ces deux éléments constituent en partie la "compétence". Ils sont complémentaires. Dans une équipe, qui a pour objectif de dispenser les meilleurs soins possibles, la rivalité doit faire place à l'échange mutuel pour que chacun s'enrichisse au contact de l'autre"(6).

En dehors de la cohabitation infirmières-puéricultrices, les puéricultrices regrettent d'être souvent prises par le public pour les personnes "qui aident les infirmières à s'occuper des bébés". Cette dernière fonction est en fait celle "des auxiliaires en puériculture". C'est un travail très motivant s'il n'est pas usé par la répétition d'actes routiniers sclérosants et hachés par le découpage en tâches. On retrouve ici des éléments proches de l'identification à l'enfant, la "préoccupation maternelle primaire" de Winnicott, avec de nombreuses marques de tendresses et un rôle protecteur. La profession des auxiliaires de puériculture devient au niveau de la formation commune, pendant six mois des douze que comportent les études, à celle d'aides-soignantes. Cette profession a vu le jour suite au manque de personnel infirmier. Souvent les auxiliaires de puériculture se sentent dévalorisées dans ce milieu où les actes techniques sont rois, et croient avoir seulement un rôle d'exécution de tâches qui les prive de toute initiative. Nous avons travaillé ensemble sous l'application d'actes délégués "faire à la place de" qui n'a pas de reconnaissance juridique propre.

Actuellement il est développé la notion d'actes en collaboration "faire avec" qui semble plus juste à l'importance que la puéricultrice veut donner pour son identité. Elle revendique en effet une autonomie dans certains de ses actes comme pour les dimensions éducatives et préventives. Une place reste à prendre entre le rôle prescrit et son rôle propre. Des consultations spécialisées en hygiène, diététique ou à titre d'éducation d'actes infirmier comme pour un jeune diabétique et sa famille, sont à espérer. L'importance qu'elle donne à son rôle propre, la maîtrise des diagnostics infirmiers permettront à juste titre la reconnaissance du travail en collaboration avec en priorité les auxiliaires de puériculture. Car quand il est bien compris par l'ensemble de l'équipe, le rôle d'auxiliaire est très important, par sa fonction proche de l'enfant. Maillon de liaison entre l'enfant et ses parents quand ceux-ci ne peuvent être présents pour réaliser les soins de la vie quotidienne, mais aussi maillon entre l'enfant et la puéricultrice. Les soins à l'enfant ne sont pas les mêmes et la relation enfant-auxiliaire ou enfant-puéricultrice peut être ressentie différemment, d'où un partage de l'observation au quotidien de chacun.

*5 [Collièr MF, Promouvoir la vie, Inter Edition, 1982]

*6 [Formarier M, L'enfant hospitalisé au cœur des soins infirmiers, Le Centurion, 1984]

c - les autres intervenants

A titre d'exemple qui a valeur pour les différents intervenants évoluant au quotidien avec la puéricultrice: la réorganisation des soins périnataux, dans le cadre du plan périnatalité, permet de développer les soins aux nouveau-nés malades près de leur mère, et ainsi favorise les relations précoces mère-enfant, ainsi qu'un programme d'éducation et de prévention. Ce programme met en exergue la limitation de la séparation en prévoyant à terme la création de chambres mère-enfant dans le service d'obstétrique, spécialisé dans l'administration de soins jusque là organisés dans le seul service de pédiatrie. Une telle organisation est connue sous le vocable "d'unité kangourou". Ce système référentiel est le "plan du gouvernement" pour la périnatalité, daté du 12 avril 1994.

Ici, pédiatres et obstétricien, mais aussi sages-femmes et puéricultrices vont travailler ensemble. Pour ces dernières un partage des tâches et des rôles sera nécessaire pour un travail qui sera de part son fonctionnement plus riche, et mieux perçu par l'enfant et sa mère, par la continuité du lien relationnel qui les unit. La prise en charge globale de la famille à ce moment prend toute son importance et aura un retentissement certain sur l'image de l'hospitalisation.

d- avec les autres puéricultrices

Notre spécificité en puériculture, comme la profession de soignants en général, a été maintenue trop longtemps dans une situation de dépendance dont aujourd'hui encore nous gardons de lourdes séquelles. Son évolution construite en grande partie par identification à l'art médical, a conduit à délaisser notre propre science infirmière. Cependant les puéricultrices commencent à revendiquer leur indépendance depuis qu'elles savent qu'elles ont une science, un art infirmier spécifique à promouvoir. Deux axes s'offrent à nous afin de développer cette science, la définir, la clarifier:

- la recherche en soins infirmiers propre à la puériculture,
- la réflexion des professionnels sur leur savoir faire et leur savoir être, sur leur pratique, sur la congruence entre formation des puéricultrices et réalité d'exercice.

Ces deux axes permettent d'investir un savoir "infirmier".

A titre d'exemple dans les rapports entre puéricultrices; la relation avec les puéricultrices de secteur en Protection Maternelle et Infantile (PMI) (7) qui argumentera ce paragraphe. En préambule et en référence la Circulaire du 16 mars 1983 relative aux orientations du service PMI qui définit: "...La relation avec les médecins hospitaliers est un objectif à poursuivre dans l'intérêt des familles, et qui doit permettre à tous les partenaires du système de santé de collaborer en complémentarité. Il est souhaitable que les relations instaurées permettent aux médecins hospitaliers et libéraux d'utiliser la PMI dans ce qu'elle a d'original et de complémentaire par rapport à eux..."

Pour se faire chaque département peut facilement imaginer une organisation particulière spécifique, mais au départ tous ont en commun une fiche de liaison. Fiche de liaison très souvent remplie par la

puéricultrice, validée et signée par le médecin. Elle sera adressée au médecin responsable du service PMI, qui lui diligentera une puéricultrice de secteur si besoin. La puéricultrice apparaît alors comme une référente dans cette liaison. Cette correspondance a pour but de créer une interface PMI-Hôpital dans les rencontres régulières, de poser le diagnostic de difficultés médico-sociales ayant des répercussions sur le développement de l'enfant. Mais aussi de mieux identifier les hospitalisations pour motif social plus que motif médical, de pouvoir les discuter pour suspicions de carences, de mauvais traitement ou d'abus sexuels. Il ne faut pas cibler particulièrement les familles, mais surtout leur proposer une aide dès la sortie de l'enfant. La relation entre la PMI et l'enfant concerne les puéricultrices au niveau hospitalier, mais encore dans les secteurs des modes d'accueil et des visites à l'école avant l'âge de six ans.

3-Réseau-coopération: accréditation; point de vue de la puéricultrice

Prendre en charge l'enfant hospitalisé et l'accompagner dans son contexte psycho-socio-familial ne doit pas s'arrêter à un projet hospitalier, mais faire l'objet d'une étroite collaboration avec les acteurs de santé extérieurs. Participer à une stratégie d'accréditation implique une qualité technique des soins infirmiers, pour la puéricultrice, en alliant des logiques professionnelles, des logiques de fonctionnement et des logiques d'enjeux.

En cela chaque soignant a un champ d'action délimité par son grade, par son affectation, par l'organisation du service auquel il est affecté, et par sa compétence propre. La connaissance parfaite du rôle de chaque soignant et la coordination des rôles sont gages d'une sûreté des soins.

Il va de même avec l'harmonisation des procédures et des techniques de soins, et avec la planification, le suivi et le contrôle de leur utilisation individualisée.

C- Les futures infirmières puéricultrices et leur statut (8)

Actuellement, avec 1500 heures dont environ moitié enseignement, moitié stage, la formation est d'une densité extrême. Elle a en effet pour objectif de former une puéricultrice généraliste qui ait un bagage suffisant pour s'adapter à une fonction autant auprès de l'enfant sain que l'enfant malade, dans le soin individuel ou en santé communautaire, au sein d'une équipe multiprofessionnelle que assez isolée dans une structure où elle peut être presque seule, dans une institution privée ou publique. Le programme couvre un champ de savoirs particulièrement ouvert puisqu'il englobe l'ensemble des connaissances concernant la santé de l'homme-enfant, c'est à dire depuis sa conception jusqu'à l'âge de 16 ans. Ainsi la soignante qui devient puéricultrice, découvre quels sont les champs scientifiques à appréhender pour prendre en charge une situation de santé de l'enfant et élargir son éventail de capacités, mais ne peut que relativement peu l'approfondir, l'épaissir faiblement compte-tenu que chacun est une science à part entière (psychologie, sociologie, physiologie, médecine, santé publique, droit sanitaire et social, organisation sanitaire et sociale, éthique, techniques de soin, nursing, économie de la santé, communication, sciences de l'éducation, etc...) L'étudiante puéricultrice apprend à donner du sens à une situation d'enfant en faisant des liens entre ces savoirs, souvent au sein d'une équipe de façon à proposer un projet de soin le plus adéquat pour cet enfant dans son environnement afin qu'il soit

opérationnel. Il apparaît que beaucoup de services (autant intra que extra-hospitaliers) regrettent que la puéricultrice ne soit pas plus immédiatement opérationnelle sur le terrain (quand elle n'a pas déjà une expérience d'infirmière dans ce même secteur). On entend souvent dire qu'une puéricultrice devrait être une super infirmière pédiatrique quand on est en pédiatrie, une réanimatrice quand on est en réanimation, une éducatrice de santé hors pair quand on est en protection maternelle et infantile ou une animatrice de projet d'établissement quand on va en crèche. Par ailleurs, certains pédiatres estiment que le phénomène s'accroît depuis que le nombre de jeunes diplômées a augmenté dans les écoles. Sans doute le profil des étudiantes a-t-il évolué pour plusieurs raisons : Allongement général des études (après les études d'infirmières, les jeunes ne sont pas pressées de travailler et trouvent souvent dans cette formation une espèce de prolongement aux études d'infirmière). Les infirmières viennent de moins en moins se former pour retourner dans leur service avec un bagage supplémentaire (cela est peut être moins sensible en province où la formation est presque obligatoire dans certains services de pédiatrie); peut-être est-ce assez personnel mais on a l'impression qu'elles viennent de plus en plus parce que la formation de puéricultrice est la seule qui permette d'échapper à la "loi du service" (horaires incompatibles avec une vie familiale régulière, peu de possibilité d'évolution à l'intérieur du service).

Il y a sans doute réflexions à avoir pour éviter ces problèmes en améliorant le recrutement et en aménageant la formation: Réinstaurer un recrutement sur dossier pour introduire un critère d'adéquation entre expérience professionnelle et projet professionnel. Remettre en vigueur le temps minimum d'exercice avant de rentrer à l'école mais en pouvant auparavant exercer un an ou deux sur un poste de puéricultrice, encadré par une puéricultrice avant d'intégrer la formation. Allonger le temps de formation pour permettre de terminer par une sorte de module d'adaptation à l'emploi qui prépare la future puéricultrice directement à la fonction qu'elle va occuper ensuite (temps pendant lequel elle pourrait éventuellement élaborer son travail de fin d'études sur un sujet en lien avec l'option qu'elle prendrait).

En ce qui concerne, le contenu des enseignements, les écoles ont l'habitude de s'adapter à l'évolution des problèmes et introduisent des problématiques en lien avec l'actualité en santé de l'enfant; actuellement, on peut citer la parentalité et la prévention de la violence. Permettre que les puéricultrices restent dans les services hospitaliers en leur proposant une fonction et un déroulement de carrière sensiblement différent de celui des infirmières. Développer les formations post-diplôme d'état infirmier pour multiplier les possibilités d'évolution de carrière et que la formation de puéricultrice ne soit pas la seule qui permette de rester infirmière en quittant l'hôpital. Développer des passerelles entre les différentes fonctions puéricultrices qui permettent de réels aller-retour sans y perdre (éducation nationale, hôpital, fonction publique territoriale).

*7 [Coutureau E, Vice-présidente ANPDE, coordinatrice PMI Loire Atlantique]

*8 [Guise E, Membre du conseil d'administration ANPDE, Directrice école de Puériculture, Paris]

D- Principaux textes réglementant la formation des infirmières puéricultrices

Admission:

- Décret N° 47-1544 du 13.03.47 modifié par le décret N° 73-616 du 03.07.73 instituant un diplôme d'état de puériculture.
- Arrêté du 12.12.90 Titre 1er.
- Arrêté du 21.03.93.

Programme des études:

- Arrêté du 13.07.83 et son annexe.
- Arrêté du 12.12.90 Titre II.

Contrôle des connaissances et délivrance du diplôme d'état de puériculture:

- Arrêté du 12.12.90 Titres III-IV-V.

III- Conclusion

A- Analyse et synthèse de la profession

1- Conception actuelle

A la différence de ce qui existait dans le passé, les services de pédiatrie sont désormais ouverts aux parents. En effet l'enfant malade, capté par l'institution, souffre de plusieurs injustices qu'il ne comprend pas; séparé de sa famille, plongé dans un milieu hostile, il est malade, entouré de personne qu'il ne connaît pas. Il est brimé car il ne se trouve pas là où il aimerait être, il est insécurisé. Pour éviter ces ruptures qui l'angoissent, l'hospitalisation maintenant met en présence trois groupes : les enfants, les parents, les soignants dans leurs interrelations. Les visites leur sont autorisées à toutes heures même s'ils n'ont pas choisi l'hospitalisation en chambre mère-enfant, quand elle est organisée et fonctionnelle dans la structure d'accueil. On souhaite ainsi que les parents gardent leur statut dans tous les cas. En exerçant leur rôle parental, en participant aux soins, ils gardent leur identité de parents, avec tout ce que cela représente d'amour et de responsabilités. Ce sont les parents, références sociales de l'enfant, qui servent de lien entre le service hospitalier et l'enfant. L'hospitalisation de l'enfant devient l'affaire de tous et non pas du milieu hospitalier qui s'approprié l'enfant lors de sa maladie. Soigner avec les parents quels qu'ils soient, doit-être un acte spontané. Cette évolution est nécessaire et bénéfique à la personne autour de laquelle nous gravitons tous: l'enfant. Car en fait et il faut le reconnaître, la place et les droits

accordés à l'enfant sont révélateurs d'un système social. L'intérêt qui lui est porté est rarement gratuit. Les enfants assurent l'avenir de la société, et la réalité quotidienne est très souvent écartée pour laisser place aux symboles que les adultes projettent sur eux.

Sur le terrain, tout soin doit être adapté et personnalisé à chacun. Les soins dits d' "hygiène" peuvent être réalisés par les parents qui le désirent. Les parents sont des partenaires à part entière dans la prise en charge de la thérapie de leur enfant. Présence affective et effective à leur côté, objets appartenant aux parents laissés dans l'incubateur du nouveau-né, mais aussi cassettes audio de chansons ou paroles de proche, sont des moyens simples mais utiles à l'enfant pour mieux vivre son hospitalisation. L'enfant ne souffre pas, ou peu, dans un système d'hospitalisation conçu pour lui. Cependant il faut retenir qu'il n'est pas un adulte en miniature mais bien un individu en changement continu. Il est maladroit de considérer l'enfant comme un futur adulte tendu vers son avenir, mais aussi comme vivant pleinement le moment présent. Retenons le plutôt comme exigeant de grandir avec des facteurs essentiels d'évolution: inexpérience, dynamisme inné... Dans l'ouvrage "l'enfant hospitalisé au cœur des soins infirmiers" écrit par Monique Formarier, Puéricultrice Directrice d'un service de soins infirmiers, il est noté au paragraphe: comment les soignants peuvent aider un enfant. " *Aménager les conditions de vie des enfants dans un système d'hospitalisation est du pouvoir et de la compétence des soignants. Ils peuvent tous quelques choses pour l'enfant. Quand la volonté existe fortement, les situations avancent. L'impasse redoutable c'est l'apathie, le désintérêt, le refus. Mettre l'enfant au cœur des soins, lui donner la première place est une conception générale qui passe toujours par les détails de la vie. Connaître l'enfant, éviter les ruptures, lui procurer de nouveaux repères, le replonger dans son monde à lui, sont des actions à la portée de tous les soignants*".

La spécificité de la puéricultrice travaillant en service d'accueil des enfants lui permet, grâce à ses connaissances en pathologie et psychologie de l'enfant, d'assurer une optimisation de la qualité des soins qu'elle est amenée à dispenser du nouveau-né à l'adolescent. Dans ce contexte elle prend en charge l'enfant dans sa globalité. Elle développe au travers de chaque soin une action de prévention et d'éducation spécialisée qui concourt au devenir de l'enfant, en y associant systématiquement par divers moyens les parents. La puéricultrice qui sollicite, encourage les parents à participer aux soins, les aide à trouver une place juste. Ils accepteront d'autant mieux les interdits imposés par la situation, qu'ils se sentent partenaires, unis dans une action de coopération, qui est fonction des capacités, des ressources personnelles de chacun. Ainsi elle tendra à éviter les ruptures, dont la plus sévère, la plus grave pour l'enfant: est la rupture affective.

Le contexte hospitalier et les techniques de plus en plus élaborées obligent la puéricultrice à une mise à jour régulière de ses connaissances. Cette formation continue lui permet d'assurer un travail théorique, technique et relationnel, une gestion plus étroite des soins, de leur organisation et des moyens. La puéricultrice en pédiatrie trouve sa place à l'écoute de l'enfant malade afin de répondre à ses besoins avec l'aide de la structure hospitalière. Elle aide les parents à être présents auprès de leur enfant à l'hôpital en les associant aux soins. Elle collabore au suivi de l'enfant avec d'autres professionnels extérieurs à l'établissement: centre d'aide médico-social, centre médico psychopédagogique, service de protection maternelle et infantile, crèches, écoles... Car la famille moderne a de plus en plus recours à la société pour élever ses enfants. Notons que si la présence de la mère ,du père est encouragée, il faut savoir restreindre les autres visites et les localiser sur des tranches horaires afin que le service ne ressemble pas à un caravansérail digne de Seldoukides, ce que beaucoup de soignants, de médecins redoutent. Peut-on leur donner tort?

2- Conception à venir

L'avenir de la profession dans la pratique des soins dits "techniques" et/ou "invasifs" change avec une nouvelle donne: la prise en charge de la douleur. Bien des professionnelles relatent les expériences où l'enfant n'a plus la crainte du soin. D'où une approche différente du vécu de l'hospitalisation pour lui et sa famille. Les puéricultrices doivent considérer comme tout aussi important d'expliquer aux enfants, même très jeunes, le pourquoi et le comment d'un traitement, suivant en cela tout autant les conseils de Françoise DOLTO que les règles de bon sens et d'humanité.

La puéricultrice est confrontée à différents facteurs qui ne sont pas propres à l'enfant mais dont il est acteur malgré lui: le développement des familles monoparentales, la précarité dans les foyers, l'éloignement des familles, le chômage, la violence... A cela, s'ajoute le mal-être des adolescents, sur ce point la puéricultrice a une place à conquérir et un grand rôle à jouer. Elle a besoin à cet effet de reconnaissance par des moyens en personnel, d'intégration dans les services sociaux et dans la politique de santé publique. Il lui reste à prouver qu'elle n'est pas seulement l'infirmière du tout petit mais aussi du grand.

Des évolutions dans le travail au quotidien et des facteurs sociaux ouvrent une ère nouvelle à explorer. Elle aura la place qu'elle se donne de part sa qualité propre à se faire reconnaître comme maillon indispensable pour la prise en charge de l'enfant malade et son environnement. Et la puéricultrice, à qui pourtant certains reprochent d'avoir une formation presque trop "médicalisée", aura grand soin d'utiliser son expérience psychologique à analyser les différents milieux d'évolution de l'enfant et à préserver entre ces milieux une continuité favorable à l'enfant et son développement.

La conception de la profession en service de pédiatrie passe par le travail d'équipe, la reconnaissance de l'autre, le désir d'être plus qu'une technicienne mais aussi une personne qui écoute et observe l'enfant dans son intégralité. Il est aussi une qualité qu'elle doit cultiver, reconnaître l'autre différent de soi: c'est la tolérance.

La profession qui a plus de 50 ans, a atteint une maturité dans l'histoire du soin apporté à l'enfant, à la puéricultrice maintenant d'atteindre cette maturité au quotidien.

B- La défense du titre d'infirmière puéricultrice

Les quatorze premières puéricultrices diplômées d'état quelques jours après l'obtention de leur diplôme, ont entendu se dire de la part du Professeur LELONG: "Mes enfants, il faut absolument créer l'association des puéricultrices, qu'importe que vous soyez 14, l'essentiel est d'élire un bureau...Déposez des statuts à la préfecture avec, comme but, la défense du titre de puéricultrice..." (9)

Ainsi le 11 juillet 1949, l'Association Nationale des Puéricultrices dépose ses premiers statuts avec à l'article premier: "... de définir les activités de la profession et de protéger le titre de Puéricultrice..." En 1968 l'ANPDE est reconnue d'utilité publique et en 1975 dispense ses premières formations. A ce jour, l'ANPDE tient une place importante dans la représentation des puéricultrices auprès des instances politiques de la France. Elle est seule association reconnue comme interlocuteur de sa profession par les organismes de tutelles et les partenaires associatifs infirmiers. Elle développe une ouverture de

partenariat dans l'organisation de travaux, de congrès et de formation, avec la profession qui a voulu les puéricultrices: les pédiatres. L'intérêt d'unité entre ces deux professions de l'enfance est nécessaire pour défendre la place de spécialistes de l'enfance (10).

Progrès en pédiatrie peut se définir, pour les puéricultrices en dehors du rôle et des exigences d'une compétence professionnelle, comme la place qu'elle occupe dans le partenariat et la solidarité entre les professions qui ont une finalité commune et particulière en celui qui est l'avenir: " l'Enfant".

* 9 [Lauer E, extrait du discours des 50 ans de l'ANPDE, octobre 1999, Palais du Luxembourg, Paris]

*10 [Dorbes J, Présidente ANPDE, cadre supérieur puéricultrice, hôpital des enfants, Toulouse Purpan]

ADDITIF écrit par Christophe CASSAGNE non publié en dehors du site internet car postérieur à l'édition de l'ouvrage

Le 8 mai 2010, Sébastien COLSON, infirmier puériculteur, est élu président de l'ANPDE. Pour la première fois depuis sa création en 1949 l'Association nationale de puéricultrice est présidée par un infirmier puériculteur. Il a pris ses fonctions le 10 juin 2010 et se présentera devant ses pairs le 17 juin lors des journées nationales d'études où il prononcera son premier discours officiel.

Auparavant Sébastien COLSON avait été le premier étudiant puériculteur élu au sein du conseil d'administration de l'ANPDE, le second ayant été Nicolas CLOUARD en 2008. Il était membre du comité de rédaction des « Cahiers de la puéricultrice » et en devient donc membre du comité scientifique. Franck Evrard lui-même infirmier puériculteur est rédacteur adjoint des « Cahiers de la puéricultrice » sur la même période.

Dans l'histoire de l'ANPDE, le premier infirmier puériculteur à être élu au conseil d'administration ANPDE, a eu son mandat de 1992 à 1996. J'ai été le second représentant (élu en 1996) mais avec la fonction de délégué régional puis de chargé de mission des régions ANPDE (1998), créateur et webmestre du site www.anpde.asso.fr (2002) et enfin administrateur national depuis 2008.

le 28 juin 2010 création de la page [face book ANPDE](#) par Marie Gaudio, infirmière puéricultrice.

La présence des infirmiers puériculteurs au sein de l'ANPDE reflète parfaitement l'augmentation de l'arrivée progressive de la présence des hommes dans cette profession très majoritairement féminine (97-98% des 12500 infirmières puéricultrices).

Bibliographie

Livres:

Collière MF, *Promouvoir la vie*, Inter Edition, 1982, 174p

Donval A, *Aimer ses enfants, mais comment*, Collection Synthèse chronique sociale, 1982, 168p

Formarier M, *L'enfant hospitalisé au cœur des soins infirmiers*, Infirmières d'aujourd'hui, Le Centurion, 1984, 174p

L'univers médico-chirurgical, DIMP, 1990

Perricchi C, *L'enfant malade*, Le Centurion, 1983, 256p

Winnicott DW, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, 1969, 370p

Revues:

ARSI, n° 58, septembre 1999, *la notion de concept*

Cahiers de la puéricultrice, décembre 1992, *étude de la motivation au travail des auxiliaires de puéricultures*, Mottaz AM, p21-32

Cahiers de la puéricultrice, décembre 1996, *ANPDE acte de naissance*, Lauer E, p4-10

Métiers de la petite enfance, *L'action des bébés sur les professionnels de la petite enfance*, Scotto C, 1982

Objectif soins, n°78 septembre 1999, *La délégation*, Eggers J, p16-19

Références diverses:

CD Room, l'encyclopédie multimédia Axis III, Hachette livre, 1998

Discours des 50 ans de l'ANPDE, Lauer E, Palais du Luxembourg Paris, octobre 1999

Dossier de presse ANPDE, p21, fiche n°7, 1996

Le travail en réseau autour du nouveau-né, l'unité kangourou, mythe ou réalité, Plantefève E, déléguée régionale ANPDE Nord, cadre supérieur puéricultrice, C.H Saint-Quentin, 1999

Projet de soins infirmiers, C.H Tulle, 1997

Rapports du 1er Congrès National des Puéricultrices diplômées d'état, Evian, juin 1962

Site internet wanadoo, secrétariat d'Etat à la Santé, *le point sur les métiers de la santé*

Textes législatifs:

Ordonnance du 2 novembre 1945 concernant la surveillance sanitaire et sociale

Décret n° 47.1544 du 13 mars 1947 modifié par le Décret n° 73.616 du 3 juillet 1973 instituant un Diplôme d'Etat de puériculture

Circulaire du 16 avril 1983 relative aux orientations de PMI

arrêté du 13 juillet 1983 et son annexe, et Arrêté du 12 décembre 1990 titre II, pour le programmes des études des puéricultrices

Circulaire n°83.24, du 1 août 1983, relative à l'hospitalisation des enfants, concernant la sécurité affective de l'enfant et sa famille

Arrêté du 12 décembre 1990 Titres III-IV-V, concernant le contrôle et la délivrance du Diplôme d'Etat de puériculture

Charte internationale des droits de l'enfant, signée par la France le 26 janvier 1990

Décret n° 93.353 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Loi n° 94.629 du 25 juillet 1994 relative à la famille

Circulaire DH/FH n° 95.2 du 4 janvier relative à l'affectation des titulaires du diplôme d'état de puéricultrice et des auxiliaires de puériculture, dans les maternités, et les services de pédiatrie

Circulaire du 6 mai 1995, Charte de l'usager

Lettre du 26 juillet 1995 relative aux corps des puéricultrices de la fonction publique hospitalière

Décret n° 95.926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

Décret du 16 février 1996 concernant les règles professionnelles

Ordonnance n°96.346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation, art2, art 8, art 29, art 30, art 39

Arrêté du 21 octobre 1996 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié relatif à la scolarité, au diplôme d'état de puéricultrice et au fonctionnement des écoles

Arrêté du 28 mars 1997 modifiant l'arrêté du 25 septembre 1995 portant nomination aux commissions du conseil supérieur des professions paramédicales et l'arrêté du 15 décembre 1995 portant nomination à la commission permanente interprofessionnelle du conseil supérieur des professions paramédicales

Circulaire DGS/PS n° 97.412 du 30 mai 1997 relative à l'application du décret n° 93.345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Annexes

Ordonnance n° 45.2729 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile

Décret n° 73.616 du 5 juillet 1973 modifiant le décret n° 47.1544 du 13 août 1947 instituant un Diplôme d'Etat de puériculture

Circulaire n° 4/83 du 16 mars 1983 relative aux orientations du service départemental de PMI

Décret n° 90.1118 du 12 décembre 1990 modifiant le décret n° 47 du 13 août 1947 instituant un Diplôme d'état de puériculture

Arrêté du 21 janvier 1993 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'état de puériculture et au fonctionnement des écoles