

Naître trop tôt ou pas, mais n'être pas privé du contact affectif

Dans le guide pratique intitulé « La méthode mère kangourou », distribuée par le département « Santé et recherche génésiques » de l'OMS (Genève), les auteurs introduisent leur sujet en remarquant que l'on « compte quelque vingt millions de nouveau-nés de faible poids (moins de 2500 g) : ils sont nés avant terme ou ont souffert de déficiences de croissance prénatale. Ce phénomène est fréquent, essentiellement dans les pays moins développés ; il contribue considérablement à l'élévation du taux de mortalité prénatale, dont la fréquence et la répartition géographique correspondent à celles de la pauvreté.

« Les nouveau-nés de faible poids et les naissances prématurées contribuent donc aux taux élevés de mortalité et de morbidité néonatales et infantiles. Les prématurés et nouveau-nés de faible poids représentent un cinquième du total des cas de mortalité néonatale, estimé à quatre millions ».

Dans les pays riches, ce sont les naissances prématurées qui représentent la cause première du faible poids de naissance.

Dans les pays pauvres, les taux élevés de nouveau-nés de faible poids sont la conséquence de naissances prématurées, mais aussi d'une croissance intra-utérine problématique.

C'est de la pénurie qu'est née la méthode « mère-kangourou ». Pénurie de matériel, de locaux, de personnel... de couveuses...

Avant d'en arriver à la méthode dite « kangourou », nous allons visiter **l'histoire de la couveuse** ; non sans réfléchir au sens de ce terme...

Etymologie

D'où vient le terme « couveuse » ?

Du latin *cubare* : être couché, étendu, alité ! Il a pris le sens de « couvrir » dès l'époque latine. « Couvrir » s'est spécialisé au sens de « rester posé sur les œufs afin de les faire éclore », d'après un sens tardif de *cubare* qui a supplanté son composé *incubare* « être couché, étendu, couvrir ». Par extension, le verbe *couver* réalise l'idée figurée de « protéger, entourer de soins attentifs ». (D'après le dictionnaire historique de la langue française Le Robert).

Cubare va donner « couveuse », et *incubare* produire « incubé, incubé, incubateur ». Comme *cubare* a supplanté *incubare*, « couveuse » a pris le pas sur « incubateur ».

Ajoutons, pour la beauté du mot et une signification que nous pourrions retenir pour inciter à prendre soin du contenu de la couveuse en faisant d'elle ce qu'indique le nom *incubo, onis* le « gardien d'un trésor »...

Le mot *couveuse* apparaît dans la langue française au XVI^e siècle, (on pense 1542 ou 1600). Il a d'abord été employé pour une poule, comme nom (une « couveuse »), puis comme adjectif (une poule couveuse), et a été employé au sujet d'une femme, au sens figuré de *couver*. Il est devenu en 1838 le nom d'un

appareil utilisé en pédiatrie pour les enfants nés avant terme : la couveuse artificielle ou incubateur. Ce mot a supplanté son synonyme *couvoir* (qui désignait l'endroit où l'on fait couvrir les poules en 1564, et appareil pour l'incubation artificielle, en 1842).

Histoire de la couveuse

Il y a longtemps que les praticiens sont confrontés à la prématurité et à la nécessité de réchauffer les bébés qui naissent trop tôt. Hypotrophie, difficultés de nutrition et hypothermie sont les causes principales de mortalité et de morbidité.

Pour réchauffer ces enfants, on a utilisé la laine et le coton ; on les frictionnait avec de l'eau-de-vie – la bien nommée –, du vin aromatique ou de l'alcoolat de lavande, puis on les emmaillottait chaudement avant de placer des boules d'eau chaude dans le berceau.

Dans les campagnes, les cuisinières étaient utilisées pour réchauffer les enfants.

La plupart périssaient, et les rares survivants développaient un sclérome - qui est un durcissement des tissus à l'extrémité des membres surtout, mais pouvant s'étendre au corps entier -. Au début du XIX^e siècle, Andry (1741-1829) - le premier à avoir rédigé un mémoire sur le sclérome devant la société royale de médecine - et Auvity (1754-1821), tous deux médecins de la Maternité, ont proposé un système de réchauffement des enfants. Après l'échec d'Andry avec du sable léger et tiède, ils conçoivent ensemble une étuve. L'enfant, étendu sur une claie, est réchauffé par la vapeur d'eau portée à ébullition dans une petite baignoire. L'étuve se compose de deux parties : l'une où l'enfant est réchauffé, l'autre où il peut séjourner quelque temps. Les résultats sont modestes, mais la première couveuse arrive !

Ces travaux inspirent Denucé, à Bordeaux, qui place les enfants dans un berceau incubateur, baignoire dont le pourtour est constitué de deux parois entre lesquelles est glissée de l'eau bouillante. Puis Crédé, à Leipzig, assure à l'enfant une température constante au moyen d'un bain d'eau tiède.

Tarnier (1828-1897), lui aussi interne, puis accoucheur en chef à la Maternité, réalise d'autres tentatives de création d'un milieu chaud ; de plus, il assure la diffusion de ses créations. Et puis, il fait des études statistiques !

Il reprend l'idée de l'étuve, en l'améliorant. Il s'inspire pour cela des couveuses destinées aux gallinacés qu'il voyait, en se promenant au Jardin d'acclimatation.

Le premier projet de Tarnier est prêt fin 1881, exposé à la section d'hygiène infantile du congrès de Genève en 1882, et la première couveuse est mise en service à la Maternité. Mais l'appareil est lourd, difficile à déplacer et présente des dangers de contamination.

Le premier modèle fait 80 centimètres de long, 70 de large et 78 de hauteur. La chaleur est maintenue à 30-32° par une étuve, et, pour empêcher la déperdition de chaleur, un double châssis vitré contient de la sciure de bois. Dans la partie inférieure, un réservoir de 60

litres d'eau est relié à l'extérieur par des tuyaux de plomb à un thermosiphon à lampes ; le haut contient une corbeille qui peut recevoir deux enfants.

En 1883, Auvard décrit avec soin « une des couveuses de la Maternité de Paris construite, d'après les indications de Tarnier, par Odile Martin ». Auvard (1756-1837) est l'élève de Tarnier. Sa couveuse se constitue d'une « boîte en bois dont les parois sont... remplies de sciure de bois, pour les rendre isolantes ». Elle est posée sur « un piédestal, ce qui lui donne une hauteur de 95 centimètres. « Elle est séparée en deux compartiments... le compartiment inférieur contenant le réservoir d'eau chaude, le supérieur étant destiné à recevoir le berceau de l'enfant ».

Auvard donne les dimensions du réservoir métallique (40 cm de largeur extérieure, 58 de profondeur, 31 de hauteur ; il contient 71 litres) et du compartiment supérieur, destiné à recevoir une corbeille contenant l'enfant (31 cm de haut, 45 de large et 62 de profondeur ; il a une capacité de 86,49 centimètres cubes). Grâce à une circulation d'eau chauffée par un thermosiphon, la température est maintenue à 29-30°, qui, 12 heures après, tombe à 26-25°. Toujours sur les indications de Tarnier, il en confectionnera une nouvelle quelques années après, plus petite (50cm de haut, 36 de large et 65 de long) et surtout moins onéreuse.

Pinard (hôpital Lariboisière) préconisait une température de 34°, afin que les extrémités des enfants ne se refroidissent pas par rapport au reste du corps.

Budin (hôpital de la Charité) fait chauffer sa couveuse au gaz, afin que la température soit constante. Dans son ouvrage « Adrien ou la colère des bébés », Jean-Pierre Relier écrit : (P.12) : « en 1904 , Pierre Budin décrivait « les risques de faiblesse congénitale chez le prématuré pesant entre mille et deux mille cinq cents grammes » et les moyens simples pour améliorer leur pronostic vital. En posant les principes de la thermorégulation et de l'hygiène élémentaire permettant le « peau à peau », il abaissait de 75% à 25% la mortalité des nouveaux-nés de moins de 2500 grammes ».

Auvard, Pinard, Budin et Tarnier, leur maître, sont contemporains. A cette époque, les enfants restaient une dizaine de jours en couveuse. Ils perdaient tous du poids, 20 grammes quotidiens, en moyenne, pour ce qui concerne les survivants ; les autres perdaient, quant à eux, le double : 40 grammes.

Le succès de la couveuse va tout de même grandissant, si bien qu'en 1886, les médecins réduisent le temps de séjour à une semaine.

Cependant, à la fin du XIX^e, il est décidé de moins utiliser la couveuse qui est jugée difficile à désinfecter et cause d'accidents oculaires et pulmonaires.

Le même Auvard vante les mérites du bain prolongé destiné aux prématurés et aux bébés présentant des troubles respiratoires, mis au point par le professeur Winckel. Ce médecin avait inventé une baignoire par laquelle il entendait manifestement reproduire les conditions de la vie intra-utérine, mais en beaucoup moins bien ! En effet, l'enfant était immergé constamment dans de l'eau chaude, mais en position étendue et quasiment sans liberté de mouvement, puisque la tête était maintenue pour lui éviter de se noyer ! Auvard conclut en accordant sa préférence à la couveuse, grâce à laquelle le bébé ne se refroidit pas.

Quant à l'alimentation de l'enfant en couveuse, toujours selon Auvard, elle dépend des services : à la Maternité, si l'enfant est considéré comme assez robuste pour prendre le sein, il est confié à une nourrice (au prétexte qu'il n'est guère possible de faire venir les mères à chaque tétée, du fait de leur éloignement géographique).

Si l'enfant est trop faible, on le nourrit au lait d'ânesse, considéré comme le plus proche du lait humain. Ce lait est donné à l'extérieur de la couveuse (l'enfant est emmaillotté) au verre ou à la cuiller, le biberon étant proscrit à la Maternité.

Les repas sont donnés toutes les 2 ou 3 heures.

Les vêtements sont les mêmes que ceux des autres nourrissons. Les couches sont changées 5 à 6 fois par jour, et les bébés ont droit à un bain quotidien.

La préférence du vêtement à la nudité - possible compte tenu de la température de la couveuse - s'explique par la nécessité d'habiller le bébé à chaque sortie de son logement, et surtout par le fait que la couche d'air dans les vêtements est plus chaude que celle de la couveuse de 2 ou 3°.

Jean-Pierre Relier m'a appris que c'est Budin qui a fait diminuer la mortalité et la morbidité des prématurés en demandant aux mères d'assurer elles-mêmes l'alimentation de leur enfant.

On observe qu'à partir de cet objet *couveuse* qui permet de maintenir la vie, les conditions tendent à se rapprocher de celles qui deviendront le « peau à peau ». Celui-ci est cependant découvert par le fait d'une brisure du progrès : on invente des appareils de plus en plus sophistiqués ; pourtant, voilà que grâce à l'absence de ces appareils, on (re)découvre un procédé naturel !

Au sujet de quelques inconvénients que présente la couveuse

Conséquences de la séparation

Il s'agit de la principale difficulté, et il y aurait là dessus beaucoup à dire. Les effets néfastes des séparations précoces et répétées, bien que souvent dénoncés, mériteraient, à eux seuls, un long chapitre. Il est aisé de comprendre qu'il y a là une césure trop précoce dans l'évolution de l'enfant ; si l'on ajoute à cela une séparation d'avec la mère qui constituait à la fois son milieu, sa niche écologique, son repère temporo-spatial et surtout affectif... il y a de quoi être troublé, voire perturbé ! (cf. « Attachement, détachement et empreintes »).

Je citerai seulement ce travail de 1972, où Marshall Klaus et John Kennel affirmaient que le taux d'enfants maltraités était significativement supérieur chez les nouveaux-nés ayant été hospitalisés de façon prolongée et que cette maltraitance pouvait résulter de leur séparation d'avec leur mère dès leur naissance.

Lumière

Il n'est pas inutile de préciser que le niveau de luminosité auquel est soumis un prématuré dans son incubateur est de 5 à 10 fois supérieur à celui qui est conseillé dans un bureau où l'on travaille !

La cavité utérine ne laissait passer, quant à elle, que 2% de la lumière, et celle-ci était régulée par la vie de la maman (noir la nuit, quand elle dort, alternance jour-nuit). Sous une lampe de photothérapie, l'augmentation de

luminosité peut atteindre 250 à 2000 fois le niveau moyen de référence accepté pour un adulte. D'autre part, il n'y a pas d'alternance jour-nuit. Voilà de quoi perturber le sommeil et son rythme ! Il semble que cette absence d'alternance jour-nuit joue un rôle défavorable sur l'organisation du sommeil et le gain pondéral des enfants prématurés. Les Américains conseillent de moduler le niveau lumineux entre 10 et 600 lux, et de ne pas exposer les prématurés à la lumière directe, sauf pour les procédures de soins.

Rappelons-nous que dans les années 1970, Frédéric Leboyer recommandait de ne pas projeter dans une lumière vive les bébés qui sortaient de leur pénombre (« Pour une naissance sans violence ») ! Il y a bientôt une quarantaine d'années !

Bruit

Là encore, le bruit auquel est exposé un bébé en couveuse est largement supérieur à celui qui est admis par les adultes au travail.

Un son de moins de 1000 Hz traverse la paroi.

Il a été observé des épisodes d'apnée avec hypoxie et de bradycardie, suite à des agressions sonores.

Je vais m'étendre sur cette question du bruit auquel est soumis le bébé en couveuse, puisque j'ai pu faire l'observation moi-même, à la maternité de la Chataigneraie de Beaumont, en glissant dans un incubateur un micro branché à un petit enregistreur sonore.

Je n'ai pas trouvé beaucoup de résultats en cherchant des travaux en rapport avec cette question. Hormis un article cosigné de Bellini, Buenocore, Pinto, Stacchini, Cordelli, Bagnoli, de l'université de Sienne, en Italie (polyclinique Le Scotte, département de pédiatrie obstétrique et médecine de la reproduction...) et dont le titre est "Use of sound-absorbing panel to reduce noisy incubator reverberating effects". In « Biology of Neonate » 2003 Vol 84, Iss 4 P.293-296.

Le but de l'étude était d'enregistrer les « niveaux de pression du son » (Sound Pressure Level ou SPL) du bruit de fond, des pleurs du bébé, des alarmes et de la fermeture des hublots, le capot de l'incubateur étant ouvert ou fermé. Puis, de réduire le niveau sonore dans l'incubateur en appliquant un panneau insonorisant jusqu'au plafond du capot.

Les résultats de cette expérience montrent que les sources sonores analysées produisent des SPL très élevés.

Dans un champ libre, le pleur du bébé ou le bruit du hublot furent, respectivement, 81-83 dB et 70-71 dB ; pour la fermeture du capot, ils s'élevaient à 84-87 et 73-74 dB.

Ce qui signifie que le bruit perçu par le bébé dans l'incubateur était multiplié par 2 par rapport au même bruit émis dans un espace libre.

Le bruit de l'alarme était 56-57 dB à l'intérieur de l'incubateur. Le son émis à l'intérieur du capot était aussi distordu, c'est-à-dire qu'il avait des caractéristiques différentes par rapport à la même source à l'air libre.

Le panneau isolant empêchait l'amplification et la distorsion due au capot et réduisait le SPL des alarmes. Seul le bruit de fond n'était pas atténué par le panneau. Le panneau insonorisant réduisait les SPL des pleurs du bébé, du bruit du hublot et du bruit de l'alarme, respectivement à 82-85, 70-71 et 50-51 dB.

Conclusions : les incubateurs sont des environnements de réverbération qui amplifient les pleurs du bébé aussi bien que les autres bruits produits à l'intérieur du capot. Les fréquences qui composent les bruits sont altérées par le capot. Le panneau insonorisant réduisait le phénomène.

Les résultats de ces travaux sont plus « scientifiques » que les miens, qui demeurent empiriques ; ces derniers n'ont pas été mesurés, mais résultent de mon expérience clinique : la différence du niveau de son ambiant entre ce que j'entendais avec mes oreilles et celui que je recevais, via un écouteur branché sur l'appareil d'enregistrement dont le micro avait été glissé dans la couveuse, était considérable.

Un bref exemple : des jumelles en couveuse, auprès de leur maman ; celle-ci s'adresse au médecin obstétricien - dont la voix n'est ni métallique, ni hurlante, ni violente, ni dure, mais, au contraire, prudente et chaleureuse - . Dès que le médecin répond à la mère, une enfant se tend et esquisse un mouvement de défense (de type Moro). Dans le casque, le son et le ton que je perçois ne correspondent pas à ce qui sollicite mon oreille : il sont beaucoup plus forts et désagréables.

J'ai recommencé plusieurs fois, avec des sons différents, et un résultat identique. Les enregistrements que j'ai faits ne sont pas, pour autant, statistiquement significatifs, car il faudrait deux appareils de mêmes performances, réglés identiquement, pour comparer ; or, je n'ai que l'enregistrement de ce qui est entendu dans la couveuse. Mais le vécu de l'expérience est clairement révélateur.

Il faut tenir compte du fait que cette observation est néanmoins valable pour tous les bruit environnants : poser le biberon ou un autre objet sur le capot, l'alarme, les ouvertures ou fermetures de portes, etc.

Séquelles

Malgré les progrès, source de chaleur et ventilation peuvent poser problème. Les moteurs font, certes, moins de bruit. Mais il y a eu des brûlures chez les prématurés, à proximité de la source de chaleur. Ce qui a même donné lieu à des procès.

Si l'on ne peut mesurer qu'empiriquement les effets délétères d'un séjour en couveuse, il n'est pas rare qu'au cours de psychothérapies, des résurgences de ce temps plus ou moins lointain se manifestent : impression de désert, inhibition, colères clastiques quelquefois contre le vide, l'absence, le manque... et la douleur. Retards de développement, atteinte des différentes esthésies... Réactions dépressives fortes, relatives au sentiment d'abandon.

Le « revécu » de tels moments en couveuse peut être très pénible... Nous présenterons quelques vignettes cliniques plus loin.

Heureusement, l'humain a une capacité de se restaurer qui force l'admiration et me surprend toujours. Ceci dit, ce n'est pas parce qu'il peut récupérer qu'il ne faut pas lui épargner des souffrances inutiles...

De la couveuse...

Les progrès de la réanimation ont permis de maintenir en vie des bébés de plus en plus tôt sortis du giron maternel. On en arrive actuellement à sauver des enfants de 700 grammes (voire de 650). Dans les couveuses hermétiques, munies de lampes à ultra-violets, les conditions de vie sont artificielles, mais tous les paramètres peuvent être mesurés, surveillés, réglés. Le revers de cette médaille, c'est que du fait que l'on a le sentiment que les soins à prodiguer à ces enfants fragiles s'avéraient délicats, parce que leur système nerveux immature supportait mal les manipulations, on en est arrivé à les soigner avec le minimum de contacts physiques.

Soigner, c'est certainement beaucoup dire, car « prendre soin », c'est prendre en considération toutes les dimensions de l'être et pas seulement de sa corporéité (nous reviendrons à cette notion). En croyant réduire les difficultés, on n'a produit, bien souvent, qu'un renforcement de l'inhumanité ! On trouvait même, du moins aux USA, des écriteaux enjoignant de « ne pas toucher ». Les « soignants » fermaient leurs oreilles aux cris, leur affectivité à la détresse. Seulement voilà, les « crevettes », comme on les appelaient aussi horriblement qu'indélicatement, ne grandissaient pas ! On se consolait en constatant qu'à la sortie de la couveuse, les enfants retrouvaient leur poids théorique et grandissaient normalement. Jusqu'à ce qu'on découvre que, dans une unité de néonatalogie américaine, certains bébés, bien qu'encore en couveuse, grandissaient normalement. Enigme !

La cause était liée à une infirmière de nuit qui venait de commencer à travailler dans le service et n'était pas encore soumise aux sacro-saintes habitudes : cette femme ne supportait pas les cris des enfants et, bravant l'interdit, elle avait entrepris de s'adresser aux bébés en les contactant.

A la suite de cette découverte empirique, pourtant si prévisible, un américain, le professeur Schonberg et son équipe, ont confirmé ces constatations par une expérience... sur les rats ! Ils ont démontré que *chaque cellule de l'organisme refusait littéralement de se développer sans contact tactile* : dans chacune, disent-ils, la partie du génome qui produit les enzymes de croissance, cesse de s'exprimer et le corps entier entre dans une forme d'hibernation. Dès que l'on caresse le dos des rats, la croissance reprend, grâce à la production des enzymes. Les auteurs concluent que le contact est un facteur nécessaire à la croissance ; ils précisent « contact physique » ; ce qui est certainement insuffisant, car il s'agit de contact affectif. C'est pourquoi d'ailleurs le terme de « peau à peau » est insuffisant, qui peut n'indiquer justement qu'un contact « physique ». Nous y reviendrons !

...au « kangourou » !

C'est en 1978 que le Dr Edgar Rey Sanabria, pédiatre, professeur à l'université nationale de Colombie, directeur du département des nouveaux-nés de l'institut materno-infantile de Bogotà, décide de réagir devant le taux élevé de mortalité et d'abandon qui prévaut dans son unité. Il faut mettre 2 ou 3 enfants par incubateur, car ceux-ci sont en nombre insuffisant et les infections sont fréquentes. (Publication Rey Martinez, 1983).

C'est à partir du manque que l'on trouve une méthode nouvelle, fort prometteuse...

Sitôt la méthode mise en place, la taux de mortalité diminue, ainsi que les abandons.

Depuis 1989, une équipe dirigée par Nathalie Charpak à l'hôpital Universitaire Santa Fé de Bogotà systématise la méthode et établit des règles précises. Le ministère de la santé colombien a distribué un guide - déjà nommé et cité - : « La méthode mère kangourou », qui « doit être considérée comme le traitement de la séparation initiale, de l'enfant prématuré avec sa mère, séparation souvent nécessaire, mais toujours douloureuse », précise Nathalie Charpak, dans son ouvrage « Bébés kangourous ; materner autrement » (Editions Odile Jacob 2005).

N. Charpak remarque judicieusement que le nouveau-né fragile ou malade a l'air d'être condamné à un étrange destin, dans les sociétés économiquement favorisées : pour lui assurer de meilleures chances de survie, il est isolé dans un environnement de haute technicité médicale mais inhumain, et séparé de ses parents !

Aussi, lorsqu'on entend un pédiatre chef de service d'un grand hôpital de Marseille - dans un film TV titré « A fleur de peau » - déclarer : « on essaie d'adapter l'environnement à nos techniques », on constate avec étonnement les raisons d'une telle résistance ! Ce n'est pas la première fois qu'est souligné l'emballement des découvertes de la technique qui vont si vite que les humains se soumettent à elle au lieu de l'utiliser à des fins qui respecte l'éthique. L'humain fabrique et se sert de la machine qui finit par l'asservir à son tour !

En France, la première « unité kangourou » a été créée à l'hôpital Antoine Béchère de Clamart en 1987, les nouveau-nés étaient hospitalisés avec leur mère et n'en étaient séparés que la nuit.

En quoi consiste la méthode ?

Il s'agit de porter un enfant prématuré sur le ventre, en contact tactile. C'est une méthode facile à mettre en œuvre, qui ne coûte pas d'argent et qui s'est avérée efficace pour répondre au besoin de chaleur, d'allaitement au sein, de protection contre les infections, de stimulation, de sécurité et d'amour du nourrisson.

Les soins sont tout d'abord prodigués à l'hôpital, pour être rapidement poursuivis à domicile où les mères sont accompagnées. Cette méthode permet

encore d'éviter l'agitation habituellement rencontrée dans les services de prématurés des hôpitaux.

Les travaux de recherche et les expériences montrent que la méthode « mère-kangourou » est au moins équivalente aux soins en couveuse, du point de vue de la sécurité et de la protection thermique, si l'on se base sur le taux de mortalité. Elle facilite l'allaitement au sein, plus particulièrement avantageux lorsqu'il y a morbidité. Elle contribue à l'humanisation des soins néonataux aussi bien qu'à l'établissement rapide de meilleurs liens affectifs entre mère, père et nourrisson, tant dans les pays à faible revenus que dans les autres !

Même intermittent, le contact peau à peau s'est avéré bénéfique, complété par des soins en couveuse. Il permet aussi de réchauffer des nouveau-nés souffrant d'hypothermie ou pour les garder au chaud durant le transport vers un service de traitement approprié.

Quelques principes du « peau à peau », tels que les définit Nathalie Charpak dans son ouvrage « Bébés kangourous ; materner autrement ».

Ces principes sont repris dans « La méthode mère kangourou ».

L'uniforme kangourou : il comprend : bonnet tricoté, couche, chaussons, chemise sans manche qui s'ouvre devant pour laisser le maximum de surface de contact entre les peaux. Une bande de Lycra permet de tenir le bébé en position verticale sur la poitrine du parent. Cette « poche » doit être nouée assez fermement afin d'éviter que le nouveau-né ne glisse hors d'elle lorsque sa mère se lève. La partie abdominale du nourrisson ne doit pas être trop serrée et se trouver au niveau de l'épigastre de la mère, de sorte que sa respiration abdominale ne soit pas entravée. Il a été remarqué que la respiration de la mère stimulait celle de son enfant. (Voir plus loin 1).

La mère peut allaiter dans cette position qui facilite l'acte ; d'autre part, le maintien du nourrisson près de la poitrine stimule la production de lait. (2).

La mère est encouragée à se déplacer avec son enfant. (3)

Principes de base

Dans la méthode kangourou, le contact peau à peau est prolongé, l'alimentation maternelle mise en oeuvre, l'ensemble favorisant une sortie précoce de l'hôpital. En plus du bienfait procuré par la présence chaleureuse pour ce qui concerne le bébé, ses parents assurent leurs fonctions. Ainsi sont-ils responsabilisés en assumant leur rôle de donneurs de soins ; ils se trouvent par là confirmés dans leurs propres capacités, ce qui est d'une importance capitale.

La méthode s'adresse aux bébés « stabilisés », c'est-à-dire ceux qui tolèrent qu'on les manipule pour les sortir de l'incubateur sans que leur oxygène sanguin ou leur fréquence cardiaque n'enregistrent de variation.

Observation de la respiration

Il faut savoir que la fréquence respiratoire d'un prématuré et d'un nouveau-né de faible poids est de 30 à 60 respirations par minute, avec une alternance d'apnées. Si les intervalles s'allongent trop (20 secondes ou plus), que les lèvres et le visage se cyanosent, que le pouls est bas (bradycardie), que la respiration ne revient pas spontanément... il faut agir vite, car il y a un risque de lésion cérébrale. A mesure qu'approche le terme qui serait normal, la respiration devient régulière et les apnées moins fréquentes. Les recherches montrent que le contact peau à peau régule la respiration des prématurés, et diminue la fréquence des apnées.

Lorsqu'elle apparaît tardivement, l'apnée peut constituer le symptôme d'une maladie.

Observation du poids

Les nourrissons de petite taille perdent du poids dans un premier temps ; une perte de 10% peut être considérée comme acceptable. Ils retrouvent ensuite leur poids de naissance, entre 7 et 14 jours après celle-ci. Il convient d'arriver à un poids au moins égal à 2500 g durant la 40^e semaine d'âge post-menstruel.

Lorsque le nourrisson commence à prendre du poids, la circonférence de sa tête augmentera de 0,5 à 1 cm par semaine.

Allaitement

La fréquence : 1H 30 le jour et 2 H la nuit.

L'alimentation du nourrisson peut se faire directement au sein ou en lui donnant le lait maternel exprimé au moyen d'une tasse ou d'un tube.

L'exprimer à la main est le meilleur moyen, qui présente moins de risques de transmission d'une infection que par le biais d'une pompe.

Il vaut mieux commencer à exprimer le lait six heures après la naissance ; la mère devrait exprimer autant de lait qu'elle le peut et aussi longtemps que le nourrisson s'alimenterait au sein, c'est-à-dire toutes les trois heures, nuits comprises.

Ce lait peut être conservé dans un réfrigérateur à 4° C durant 48 heures.

Pendant une période initiale pouvant aller jusqu'à 5 jours, il convient d'augmenter lentement la quantité totale et la quantité par période d'alimentation, pour aider le nouveau-né à s'habituer ; après ces 5 jours, on peut augmenter la dose pour atteindre la quantité nécessaire à l'âge du nourrisson. Au 14^e jour, celui-ci devrait prendre 200 ml/kg/jour, quantité requise pour une croissance soutenue.

Sommeil

La mère peut dormir avec son nourrisson dans les conditions de la méthode kangourou, en se tenant dans une position légèrement inclinée ou surélevée à environ 15° par rapport à l'horizontale.

Durée des soins

Les soins sont habituellement dispensés jusqu'au moment où le nourrisson arrive à terme (40 semaines d'âge gestationnel) ou 2500 grammes.

Suivi

A Bogota, l'enfant est suivi par l'équipe, à la *Casita*, chaque jour, pendant la première année. Aucun rendez-vous n'est refusé.

Tout est expliqué aux parents une dizaine de fois ; ils repartent avec des brochures et un numéro de téléphone qu'il peuvent appeler n'importe quand.

Commentaires sur les termes

Les nominations « peau à peau » ou « mère-kangourou » ne semblent guère appropriées. Bien que l'animal soit charmant et que la présence du petit marsupial dans la poche maternelle, sorti prématurément du giron, puisse évoquer le port du bébé par sa mère, on peut trouver une façon plus juste de traduire ce temps de proximité gestationnelle.

Quant au « peau à peau », chacun conviendra qu'il ne suffit pas que les peaux voisinent pour que les sujets qui en sont revêtus se sentent proches affectivement et soient ensemble.

C'est pourquoi, il me semble préférable de parler de *port du bébé dans le contact tactile affectif*.

Un document comparant ce port avec une fin de gestation en couveuse

Un film document intitulé « A fleur de peau » montre longitudinalement deux fillettes nées à 6 mois et demi, qui pèsent un kilo chacune : Mélissa continue son chemin dans une couveuse de Marseille, et Vanessa, auprès de ses parents, à Bogotà. De quoi se faire une idée par la clinique de la différence entre une fin de gestation dans la proximité affective et une fin dans une couveuse, avec, plus ou moins fréquemment, des « visites » parentales...

Pratiquement

Actuellement, l'usage de la méthode mère kangourou complète avantageusement la couveuse, mais ne la remplace pas complètement.

Cependant, il ne suffit pas de « faire du peau à peau » à dose homéopathique, de temps en temps, quelques heures de ci de là, même si c'est mieux que de n'en pas faire. Il conviendrait que cela constitue la façon d'être ensemble la plus fréquente, la plus continue, la plus plaisante (vécue comme un plaisir), compte tenu des enjeux qui ont été décrits...

Quelques autres avantages

Lorsque l'enfant paraît, quel que soit son âge gestationnel, il est confronté à un monde très différent du monde gironnal. Confrontation « centripète » et « centrifuge ». « Centrifuge » : il est l'objet de l'impériosité de ses propres besoins, jamais ressentis jusque là, puisqu'ils trouvaient immédiatement satisfaction, et auxquels les réponses ne sont pas toujours coordonnées, mais souvent différées, voire absentes. « Centripète » : ses sens reçoivent des sollicitations qu'il ne connaissait pas (bruit, lumière, contacts tactiles de qualités

diverses qui constituent des mondes nouveaux : auditif, olfactif, gustatif, tactile, visuel). La capacité à faire face à ces découvertes sans rupture, sans agression, sans inquiétude, repose sur le *sentiment de sécurité* conféré par les parents : la mère, qu'il reconnaît bien, et le père qui, par sa présence, rassure mère et enfant. Cette continuité dans la reconnaissance lui permet de se reconnaître lui-même c'est-à-dire de maintenir un sentiment d'identité, d'entièreté et de continuité. C'est ce sentiment de sécurité qui peut lui permettre de faire face sans qu'il se sente agressé, donc sans être amené à réagir par le retrait ou le malaise.

Plus il naît tôt, moins il est muni pour faire face. Aussi, la proximité tendre, la présence et l'amour signifié de sa mère dans le contact tactile et affectif peuvent l'aider à faire face au monde où il se trouve.

A l'inverse, les stimulations importantes que subit le nouveau-né dans le cadre de soins intensifs, ajoutées aux soins invasifs, souvent douloureux, verront les réactions et conséquences augmentées par l'insécurité liée à l'absence de contact affectif et à la solitude.

L'*allodynie* a été décrite comme un phénomène qui se traduit par une douleur ressentie à l'occasion d'un soin a priori non douloureux. Autre phénomène, l'*hyperalgésie* est une augmentation de la sensation de la douleur quand le stimulus est répété.

Lorsque la « méthode kangourou » est mise en œuvre, il n'y a pas de séparation, comme « la barrière de plastique » de la couveuse entre l'enfant et ses parents, ce qui limite les effets délétères de la séparation et de l'isolement (barrière nettement évoquée dans le film « A fleur de peau »).

Hung-ching Liu, (février 99), in « Fertility and sterility » a montré que les embryons humains issus d'une FIV sont de « meilleure qualité » s'ils sont cultivés en présence de cellules endométriales, comparés à un groupe témoin cultivé seul. Les cellules de l'endomètre stimuleraient, chez l'embryon, la production de facteurs de croissance (IGF : Insulin-like Growth Factors) et de leurs récepteurs. On voit donc le fait que le giron n'est pas qu'un abri passif. Faute d'y être encore, le contact avec la mère, ses mouvements, ses déplacements, la pression qu'elle peut exercer dans la proximité des corporalités ne peuvent qu'être favorables à l'enfant.

Voilà qui rejoint la pensée de certains chercheurs, pour qui il est possible que la pression mécanique des muscles de l'utérus sur l'embryon influence le développement de ce dernier. Dans « Adrien ou la colère des bébés », J-P Relier écrit (P.94) : « des études montrent que les prématurés qui ont bénéficié du « peau à peau » pleurent jusqu'à _ H de moins par jour que ceux qui en sont privés. Leur mère les allaite en moyenne 4 semaines de plus que celles qui se refusent à pratiquer cette méthode. Allaiter représente un atout majeur pour le développement du système immunitaire de ces bébés tombés trop tôt dans le monde et pour leur développement tout court ».

Aucune machine ne saurait remplacer l'amour de la maman !

Les praticiens font confiance aux parents, à la mère, plus particulièrement : cette confiance constitue pour elle un affermissement affectif

de ses capacités d'aimer et d'éduquer ; facultés qui ont été mises à mal par un accouchement précoce, qui a pu lui donner le sentiment de n'avoir pas été une bonne mère, puisqu'elle n'a pas mené à bien l'acte de donner naissance. Ce manque éprouvé par la mère peut être pallié par la continuité du contact : elle continue et achève sa fonction de porteuse. Quoiqu'il en soit, elle s'épargne ainsi la frustration qui consiste à donner naissance prématurément et à devoir laisser son enfant dans une couveuse. Cette forme d'accomplissement est une dimension propre à restaurer la mère dans ses capacités à être suffisamment bonne. En prenant le relais dans le contact affectif, le père soutient sa compagne et assume sa place, par rapport à l'enfant. La dimension affective des relations ne peut que s'enrichir de tout cela. On voit d'autre part qu'il y a interaction et réciprocité.

N. Charpak évoque des études indiquant que le « peau à peau » avec la maman permet de diminuer la sensation de stress intense associée à la douleur... La fréquence cardiaque, qui s'élève quand l'enfant a mal, se normalise plus rapidement en position kangourou que si l'enfant est seul dans son incubateur.

La sensibilité à la phénoménalité haptomique nous permet de comprendre des phénomènes qui sont liés au contact psycho-tactile mis en œuvre dans la « méthode kangourou ». L'effet tranquilisant du port du bébé par son parent est net ; le bébé est dans une proximité affective dont les effets ont été constatés. Nous avons noté que la respiration de la mère stimule celle de l'enfant (cf. P.9 note 1). L'être-ensemble fait que les souffles s'accordent et on peut admettre que celui de la mère soutient celui de l'enfant. Cet être-ensemble a aussi, tout naturellement, des effets sur tous les facteurs biologiques, hormonaux entre autres, ce qui permet de comprendre que la lactation soit favorisée (cf. P.9 note 2). Le sentiment de sécurité augmente la tolérance de charge et le seuil de vulnérabilité, ce qui permet de comprendre la diminution du stress et de la douleur.

Entre l'immobilité imposée par la couveuse et la mobilité d'un parent qui occupe l'espace, la différence est abyssale. L'adage selon lequel « la vie, c'est le mouvement » induit naturellement le fait que le mouvement entretient sinon la vie, du moins les sensations propres à la vie. Dans le giron, le bébé est en mouvement et perçoit ceux de sa mère (cf. P.9 note 3). L'absence de mouvement correspond nécessairement à une absence des sensations de la vie, donc à une perte de stimulations, d'incitations, de reconnaissance de l'autre et de soi, de défis qui ne vont pas dans le sens d'un développement harmonieux et accompagné.

D'autre part, la position allongée, en décubitus dorsal, ou, au moins, en position d'extension forcée, sur un plan dur (en place de giron souple et courbe, dont l'enfant sent tout au long de son corps les mouvements et le soutien) entraîne une hypertonie des adducteurs, d'où peut s'originer un raccourcissement ultérieur. Pour éviter, au moins limiter ces conséquences

néfastes, il vaudrait mieux placer l'enfant en position naturelle de flexion, avec un soutien sous les pieds, sans lequel ceux-ci ne sont pas stimulés, soutenus, appelés à la vie.

Par ailleurs, la position verticale du bébé dans la méthode kangourou est non seulement l'avenir de l'homme, mais aussi le présent du bébé in utero (sauf s'il est en position transverse), même si le vécu est différent, puisque dans le giron, il est fort peu soumis à la pesanteur, qu'il ne découvrira qu'en milieu aérien.

L'établissement de la sécurité affective entraîne des changements étonnants, même dans le déroulement d'une naissance normale, physiologique, naturelle.

Un exemple : on sait que les réflexes archaïques sont systématiquement recherchés par le pédiatre, aussitôt après la naissance. Il est généralement considéré que leur absence peut signer une lésion cérébrale. Mais si l'on se rappelle que ces réflexes sont dits « archaïques » parce qu'ils trouvent leurs racines dans l'histoire et l'évolution des humains, on se doit de les tenir pour ce qu'ils sont : des réminiscences des origines, correspondant à des défenses nécessaires dans la nature contre les agressions. On comprend du même coup qu'ils signent l'insécurité, consécutive aux dites agressions. On ne peut donc plus s'étonner qu'un enfant qui est en sécurité, particulièrement s'il a été convenablement accompagné affectivement en haptonomie n'ait pas de « grasping », ce geste de fermeture de la main sur un objet qui s'y présente, engramme de « main » qui s'agrippait aux poils de la mère-singe - ce qui permettait à celle-ci de fuir sans laisser tomber son petit -.

Les chercheurs ont remarqué que chez le singe Bonobo, lorsque les petits n'ont pas été agressés, ils ne connaissent pas la peur, et ils n'ont pas de grasping. Ce qui a été traduit de façon anthropomorphique par l'impression qu'ils tendent la main. En fait, comme les bébés humains sécurisés, ils n'ont pas ce réflexe archaïque. Il se trouve que les Bonobo règlent les problèmes de groupe par la sexualité, ce qui leur épargne toute violence. Certes, l'affectivité ne se réduit pas à la sexualité mais elle l'inclut.

Vignette clinique autour de l'absence du réflexe archaïque d'agrippement

« Sébastien n'est pas comme ses trois frères aînés », déclare cette maman devant son époux et leur enfant de trois mois. « Lorsqu'on leur tendait un objet, précise-t-elle, ils le prenaient chaque fois et le serraient fort... Sébastien, lui, ne prend pas tous les objets qu'on lui tend. *Il ne sait pas prendre* » dit-elle!

Il est vrai que Sébastien ne présente pas ce qu'il est convenu d'appeler « *grasping reflex* » (que l'on devrait nommer, en français, « réflexe d'agrippement »). Sébastien ouvre ses mains, sans tension et ne les referme que sur ce qu'il veut prendre ou attraper. Ce qu'il fait parfaitement, lorsqu'il est motivé.

Quelles sont les causes et les conséquences de cette observation ?

On peut dire que Sébastien n'est pas gouverné par le monde archaïque des réflexes moteurs, mais qu'*il peut choisir* ! Sa motricité est donc en harmonie avec sa sensibilité, ce qui ne serait pas le cas s'il était soumis au réflexe.

De ce fait, Sébastien devient d'autant plus activement *sujet* ! Ce faisant, il met nécessairement en jeu sa possibilité de choisir. Ce qui signifie concrètement qu'il met la main sur ce qu'il estime pouvoir lui procurer du plaisir !

Une telle constatation paraît d'une importance capitale pour le développement de l'enfant qui, libéré de contraintes liées à son immaturité, se trouve en mesure d'exercer des facultés propres à favoriser son développement. En capacité de choisir et de décider, il se trouve précocement sur le chemin de son discernement, et de sa faculté à poser des actes conscients.

Traces de séjours en couveuse

Il n'est pas rare de trouver, au cours de psychothérapies, des engrammes qui résultent de séjours en couveuse.

Charlotte est une jeune femme d'une quarantaine d'année qui a passé en couveuse les derniers mois de sa vie précédant le terme prévu pour sa naissance. Sa mère lui a dit qu'après s'être rendu compte qu'elle était enceinte (c'était l'aînée) à quatre mois de grossesse, elle est née à six !

Bien que socialement adaptée, exerçant un métier à lourdes responsabilités, qui nécessite une grande précision des gestes, Charlotte a une conscience de sa corporalité qui est très précaire : bien que gauchère, elle n'a pas de sensibilité dans son hémicorps gauche. Il y a néanmoins un grand progrès par rapport au début de la cure, où elle ne sentait rien, ni à gauche, ni à droite. La sollicitation de sa corporalité animée lui a permis de percevoir, mais encore partiellement. Elle n'avait au début pas de perception des volumes, de la vision stéréoscopique ; elle se cognait partout et avait du mal à conduire son véhicule.

On peut penser que le séjour en couveuse, l'absence de sa mère qui venait irrégulièrement la voir, sans la contacter, la prématurité, le peu de sollicitations, (hormis pour les soins), la laissaient dans la solitude du vide, l'hyposensorialité, l'hypoesthésie, sans les repères alentour qui, par la conscience qu'ils donnent d'eux-mêmes, confèrent une certaine conscience de soi, ces repères se constituent surtout de la présence maternelle, dans l'interaction mère-enfant.

Lors d'une séance dans l'eau, Charlotte découvre qu'elle respire beaucoup plus facilement avec un tuba qu'avec son nez : elle se sent plus libre. Bien sûr, lors de son séjour en couveuse, elle a été intubée. Tant et si bien qu'elle a longtemps souffert d'un reflux oesophagien qui a dû être réduit par une intervention. L'hypothèse d'un endommagement du sphincter inférieur de l'œsophage par la sonde n'est pas invraisemblable !

Christiane n'a rien à exprimer, en ce début de séance à laquelle elle est arrivée en retard. Pourtant, elle a horreur des silences, du vide. Conseil lui est donné de se laisser ressentir ce que cette émotion suscite - ou ressuscite -. Au

début, elle dit que rien ne vient, qu'elle ne pense pas, n'est même pas gênée. Puis soudain une violente colère, sans cause consciente, mais qui provoque une irrépressible envie de tout casser ! Elle se sent seule (alors que je reste proche, dans le contact), désespérément seule. Elle évoquera ensuite son séjour en couveuse...

Cyrille est né avant terme, il ne sait pour quelle raison, car, chez lui, on ne parle pas. Pourtant, à l'occasion d'un anniversaire, il a demandé à sa mère de lui raconter ce qui s'était passé lors de sa naissance. Celle-ci a répondu que le père n'était pas là et que l'accouchement avait été difficile (pour elle-même) : à l'époque de la naissance, elle perdait son propre père qui est décédé peu après. Elle était pour le moins anxieuse, voire déprimée. L'accouchement s'est trouvé avancé et l'enfant placé en couveuse où il est resté plus d'un mois. Cyrille éclate en sanglots : il retrouve l'engramme de l'absence, du manque, en plus de la peine de sa mère qui l'a imprégné, lorsqu'elle était avec lui...

DE L'ALLAITEMENT

Comparaison entre le maternel et l'artificiel

Faut-il rappeler que l'allaitement maternel est conseillé, ses avantages ayant été chantés par de nombreuses études qui seront seulement évoquées ici (valeur nutritive - avec suppléments, lorsqu'elles sont nécessaires, jamais systématiquement, en vitamines D et K et fluor- , bénéfice sur le plan cognitif, prévention des infections digestives, ORL et respiratoires, des allergies, de l'obésité, qualité des relations affectives...).

Un tableau récapitulatif des comparaisons entre lait humain et lait « de formule » montre que le premier contient plus de 300 ingrédients connus, tels que globules blancs, interféron, agents antibactériens et antiviraux ; le second n'a que 100 ingrédients tels que huiles tropicales, et nulle propriété anti-infectieuse.

L'humain recèle des calmants intestinaux et des nutriments facilement absorbés, tout ce dont on sait que le bébé a besoin. La mère offre des laits variés, au long des tétées. L'artificiel contient des irritants intestinaux, des nutriments difficilement absorbables, et présente des petites déficiences ; et il demeure le même, continûment.

Les changements du premier sont fonction de l'évolution du bébé, - tant dans le temps (« colostrum », puis « lait de transition », enfin « lait mature ») qu'au fil de la tétée - alors que l'autre ne change que sous l'effet des fréquentes erreurs de fabrication ou de préparation.

Le lait humain n'est pas allergène ; l'artificiel a les allergènes du lait de vache et du lait de soja qui le composent.

Le premier est destiné exclusivement à son destinataire, il est « fait pour lui » ; l'autre est le même pour tous, il ne fait que s'approcher de celui qu'il entend remplacer.

La propreté du premier tient à ce qu'il va directement du producteur au consommateur, tandis que les intermédiaires du second sont nombreux, avec les risques de contamination que cela suppose.

L'un favorise le développement du cerveau ; l'autre, on l'a mesuré, assure moins ce développement.

L'un va dans le sens d'une bonne santé pour l'enfance et pour toujours ; l'autre est lié à l'augmentation de plusieurs troubles ou maladies.

Il est bon de noter enfin que le lait des femmes qui accouchent prématurément est plus riche en AGPI (acides gras polyinsaturés), ce qui correspond aux besoins plus élevés des prématurés en ces AGPI pour la maturation cérébrale.

Physiologie et affectivité

Tient-on suffisamment compte de ce que la physiologie nous enseigne ? En l'occurrence, du fait que la lactation démarre, d'une part, grâce à l'expulsion du placenta qui fait chuter le taux de *progestérone* dans le sang, laquelle inhibait l'action de la *prolactine* sur les cellules sécrétrices du sein ; d'autre part - c'est ce sur quoi j'entends porter l'accent car ce facteur nécessite la proximité tactile - grâce à la succion de l'aréole, qui, via l'*hypothalamus*, fait sécréter *ocytocine* et *prolactine*. Et l'*hypothalamus* est sensible aux réactions du *système limbique* qui régule les émotions pouvant influencer les fonctions du système végétatif que l'*hypothalamus* contrôle. On sait, par exemple, que si la mère est stressée, le réflexe d'éjection du lait peut être retardé de quelques minutes.

En tenant compte de ces données, on met en évidence l'étroite association des conditions de naissance avec la qualité de celle-ci, et l'interrelation entre l'allaitement et la proximité tactile ; donc la qualité relationnelle.

Un brin de sémantique

Lorsque le terme *allaitement* apparaît, en 1273, c'est pour désigner l'action d'*allaiter* ; il se trouve dès lors en concurrence avec le verbe *nourrir*.

Son radical, le nom *lait*, apparaît au siècle précédent, aux environs de 1120 ; il dérive, quant à lui, du latin populaire *lactem*, qui est l'accusatif de *lac, lactis*. Il désigne le lait de femme, mais aussi bien celui d'une femelle animale ; tout comme le suc laiteux des plantes.

Il s'apparente au grec *γαλα, αχτοξ, gala, galaktos*.

Avant d'apparaître sous cette forme, le mot *allaitement* existait déjà au XI^e sous la forme *alaitier*, directement originée dans le latin *allactare*, et il était employé, comme *lactare*, dont il était issu, pour signifier *têter* ; au sens transitif : *nourrir de son lait*.

Allaiter a plusieurs variantes en ancien français : *alecter, alaitier* où l'on trouve la lettre *c* partagée avec certains mots dérivés de *lait* (comme l'actuel *lactation*).

Allaiter a aussi, au XIII^e, en ancien français, le sens intransitif de *sucer le lait* et plusieurs valeurs figurées comme *nourrir l'esprit* et *profiter de quelqu'un*, formes sorties d'usage en moyen français.

Si l'*allaitement* désigne l'action de donner du lait, de *nourrir* de lait, on ne sait pas par quel lait le bébé est *allaité* : lait de la mère ou d'une autre source, maternel ou « maternelisé ». Nous avons vu qu'originellement, le *lait* peut être de source humaine, animale ou végétale.

Cependant, le verbe *allaiter* a pris, au cours du temps, un sens précis et restrictif - ce qui n'a pas été le cas du substantif - : il s'agit, pour une mère, de donner *son* lait. *Allaitant* est un dérivé apparu au XII^e siècle, signifiant *qui est à la mamelle*, d'où *nourrisson* (vers 1120), jusqu'au XVI^e ; il donnait, au féminin, *allaictante* (1530) pour signifier *qui nourrit de son lait*.

Il avait son contraire, sous la forme de *désallaiter* (XIII^e) (qui s'écrivait aussi *désalleter*) correspondant à *sevrer* ; ce verbe est sorti d'usage.

Plus tôt, avant *allaiter*, le verbe *laiter* n'avait pas survécu (v.1155) au delà de l'ancien français.

Convient-il de donner un autre terme qu'*allaiter* pour différencier l'*allaitement* au sein de l'*allaitement* au biberon ?

Cette question se pose dans la mesure où l'usage confirme l'évolution du mot, en consacrant le verbe *allaiter* exclusivement au nourrissage au sein. Lorsqu'on demande à une maman : « *allaitez-vous* » ? on sous-entend « au sein » ! Alors que fait celle qui n'a pas de lait, si elle n'*allaite* pas ? Elle donne le biberon ! Et qu'y a-t-il dans le biberon, sinon du lait ? Pas du lait de la mère de l'humain qu'il s'agit de nourrir, mais du lait d'une autre mère animale !

Cet abus de langage sous-entend que la bonne mère est celle qui donne le sein, la mauvaise, celle qui donne le biberon. Que voilà une scission langagière dangereuse et culpabilisante à l'endroit des femmes qui n'ont pas de montée laiteuse !

Il convient donc, malgré le dictionnaire, d'utiliser le même verbe pour toute une chacune, comme il est instauré d'emblée par la langue.

Une maman qui *allaite* donne ce qu'elle a ; ce qu'elle a de meilleur ; mieux vaut un biberon de lait, d'amour et de présence qu'un sein plein de lait et vide de tendresse ! Ce qui ne met aucunement en cause, bien sûr, les avantages d'un *allaitement* au sein !

RESISTANCES

Au vu de l'ensemble de ces considérations, nous nous trouvons non seulement en droit, mais aussi en nécessité de nous demander pourquoi tant de résistances se font jour, qui défavorisent les soins en proximité affective (allaitement au sein compris) et, ce faisant, desservent la bonne santé des bébés.

L'argent

Il s'agit là, en apparence du moins, de résistance à l'allaitement au sein, mais qui, par voie de conséquence, entraîne une résistance à la relation affective en proximité. Dans la mesure où le port du bébé dans le contact tactile affectif ne coûte pécuniairement rien, pourquoi les institutions ne le favorisent-elles pas ? Voilà est un paradoxe apparent. (Pas seulement « à parents ») !

Apparent, parce que ne rien coûter pour la famille ne signifie pas pour autant ne rien coûter à l'institution. On sait que de gros intérêts sont en jeu, les marques de lait artificiel étant tenues par de puissants groupes financiers qui n'ont aucune envie de voir leurs clientes les quitter.

Il fut un temps, pas si lointain, où les mamans, dans certaines cliniques, ne pouvaient pas choisir la marque du lait de substitution qu'elles donnaient à leur enfant parce que les accords (financiers) entre les producteurs et les dites institutions incluaient cette exclusivité.

Les fabricants de lait ne sont pas des philanthropes - qui aiment (de φιλεω phileo : aimer) l'humain (ανθρωπος anthropos) - mais des fricantropes (le tropisme étant une force qui pousse vers un objet d'élection). L'éthique de l'humain n'est pas sa préoccupation première.

Les cadeaux offerts aux responsables pour les mettre en dette et les inciter à distribuer les produits des firmes en question sont « monnaie courante ». Aussi faut-il une conscience morale solide pour y résister !

Les mamans se voient offrir des échantillons de lait artificiel, voire des cadeaux beaucoup plus importants, tels que chauffe-biberons, sacs à couches... reçoivent des coupons et des échantillons par correspondance, peuvent voir des vidéos sur le sevrage et l'alimentation artificielle dans divers endroits, jusque et y compris ceux où elles reçoivent des soins pré- et post-natals... Tout cela malgré un code international de l'OMS/UNICEF sur la commercialisation des substituts du lait maternel qui a été ratifié par 118 nations, interdisant toute promotion des dits substituts par cadeaux, publicité, information, présentation idéalisée du produit, photos de bébés sur les emballages ; et avec obligation d'expliquer les avantages du lait maternel, en même temps que coût et risques se rattachant à l'alimentation artificielle.

Les laits de vache et de soja ne sont pas seulement utilisés parce qu'ils ont une composition proche du lait maternel, mais parce qu'ils sont d'un coût peu élevé ; de plus, ils restent aisément disponibles.

La résistance liée au pécuniaire fonctionne à bas bruit ; et si elle est insidieuse, elle n'est pas hors cause.

Il ne faut pas perdre de vue que si l'accouchement n'est pas une maladie, la parturiente n'en est pas moins une patiente et ce que l'institution médicale lui distille est considéré comme la vérité puisqu'elle émane d'un supposé savoir.

Sainte Technique, patronne des causes perdues

Côté médical, le recours à la technique est une facilité qui donne, outre la possibilité de tout contrôler avec des appareils sophistiqués, l'avantage de mettre à l'abri de l'erreur ou du symptôme qui passerait inaperçu. C'est un parapluie contre l'erreur, en conséquence, contre le risque de faute médico-légale.

Mais cet aspect doit être pondéré par le fait que la couveuse implique une séparation de la mère qui risque de provoquer des troubles qui n'apparaîtraient pas si le contact proche était maintenu.

D'autre part, il est rarement impossible de faire une intervention technique sur un bébé qui demeure dans le contact tactile affectif avec sa mère !

La technique contribue à ce que l'on appelle inexactement « sécurité », qui est une forme extérieure de sécurité, une « assurance » pour lui donner une appellation qui la distingue de la forme ici privilégiée. Il convient de ne pas confondre cette assurance avec la sécurité intérieure, qui est un sentiment propre à chacun, et qu'elle devrait compléter. Il s'agit de cette forme de « sécurité dite de base » qui permet de faire face aux aléas de la vie...

La sécurité-de-base est une forme de sûreté existentielle fondamentale qui engendre la confiance.

Nous avons vu tout à l'heure que lorsque la technique a fait défaut, que l'on a pu judicieusement (re)trouver des procédés simples et beaucoup plus adaptés, comme « la méthode kangourou ». La machine déshumanise, on le sait : il convient que les progrès techniques s'accompagnent de réflexions sur l'éthique. Il y aurait bien des commentaires à faire sur le rapport entre l'éthique et la médecine, (volonté de puissance, narcissisme, eugénisme...) mais ce serait ici hors de notre sujet. La « dépossession du patient dans la médecine actuelle est quelque chose de fondamental », écrivait J. Testard dans « Au bazar du vivant » (P.54) en 2003. Et, plus loin (P.88) : « actuellement se met en place une médecine avec un très fort investissement technologique, tout un appareil scientifique mais qui finalement ne pourra vraiment se tenir à la hauteur de ses promesses, définitivement ».

L'information

L'information est à la portée de tous ; encore faut-il se donner la peine d'en prendre connaissance. Actuellement, les mérites de l'alimentation maternelle sont vantés par les instances médicales et les pouvoirs publics. Pour autant, la situation n'évolue guère. En France, seulement 56% des enfants nés en 2002, étaient allaités au sortir de la maternité, alors que dans les pays nordiques, cette proportion est nettement plus élevée : de 95% en Finlande et en Norvège, à

70% au royaume Uni. Il est évident, dans la mesure où il s'agit de la même espèce humaine, que les raisons tiennent à la culture.

Moins les parents sont informés, plus il est aisé de les conformer à ce que l'on pense être le mieux... pour eux... ou pour qui ne les informe pas!

Les raisons personnelles

Il convient de distinguer au moins trois facteurs : l'histoire, la dépendance (ou l'indépendance) et le rapport à ce que l'on désigne communément du nom de *corps*.

L'histoire

Toute mère a été fille ! Elle a été élevée dans un contexte chaque fois original. Elle a engrammé des signifiants de la relation à sa propre mère qui insistent dans la relation qu'elle instaure avec son enfant. Relation qui se complique du fait qu'elle se tisse avec celle du père, qui, lui aussi a été un enfant et a une histoire, des antécédents ! Ces interférences sont complexes et peu faciles à dénouer. Lorsqu'une mère dit ne pas vouloir allaiter, lui conseille-t-on et l'aide-t-on à réfléchir aux vraies causes qui seraient susceptibles de motiver sa décision ? Cherche-t-on à comprendre ce qui la pousse à agir ainsi ? L'aide-t-on à sortir d'une éventuelle répétition ? Prend-on en considération la relation qu'elle établit avec le père de l'enfant et les réactions de celui-ci à l'allaitement ? Celui-ci se vit-il comme père de l'enfant, compagnon de la mère, ou comme rival de l'un ou de l'autre, ayant le vœu caché d'allaiter ou de l'être ? Bien des questions peuvent surgir, compte tenu de ce que l'on entend de l'histoire individuelle...

On peut rétorquer à ce questionnement qu'il s'agirait d'entrer là dans la vie privée de la femme, du couple, de la (ou les) questionner sur son (leur) intimité, sur ses (leurs) désirs... et se demander quelle est la légitimité d'une telle entreprise...

La réponse est simple : la légitimité est conférée par le fait qu'elle implique un autre : l'enfant. Sa décision ne concerne pas que la mère, mais le bébé qu'il convient de protéger, à qui il est préférable de donner les meilleures conditions de vie. L'enfant n'est ni objet ni possession, il est un sujet. On dit « mon enfant », qui implique un adjectif possessif ; lequel n'indique pas la possession, mais la relation, la proximité. Il serait mieux venu de traduire par le génitif latin : « un enfant de moi », mais ce ne serait pas une construction correcte dans notre langue.

L'histoire est toujours en cause dans une relation parent-enfant, parce qu'elle rappelle non consciemment la relation que les parents ont eu avec les leurs, lorsqu'ils étaient eux-mêmes enfants ; comme cette histoire a tendance à se reproduire, pour éviter que les effets délétères de cette répétition n'affectent la dite relation, on ne peut envoyer chacun consulter ; il convient alors

d'introduire du nouveau de sorte que cette répétition ne reprenne pas le devant de la scène.

Pour cela il faut un personnel en éveil, disponible, et qui prenne le temps...

La dépendance

S'il est de bon ton de reconnaître l'allaitement comme favorisant la relation affective entre mère et enfant, beaucoup se méfient et veulent éviter la dépendance. Dépendance de l'enfant vis-à-vis de sa mère, mais aussi dépendance de la mère vis-à-vis de l'enfant. L'on se gausse fréquemment d'une mère qui allaite longtemps, au prétexte qu'elle va « aliéner » son bébé. Or, nous savons que les mères qui allaitent au moins dix mois ont moins de risques que les autres d'avoir un cancer du sein ! La mère veut rapidement reprendre son travail - signe de son indépendance -, et la société favorise cette reprise en n'accordant que seize semaines de congé-maternité : six avant la date présumée de l'accouchement et dix après (ce nombre se complexifie en fonction de la part et du nombre de bébés). L'enfant n'est pas nécessairement dépendant de sa mère, mais de la nourriture dont il a besoin, de même que de l'amour des siens. Cela peut lui être donné sans compter. La dépendance se trouverait dans la relation : il faut et il suffit, pour la réguler, de mettre en œuvre le *détachement*.

Il est une idée fausse qui consiste à penser qu'il est possible de prévenir la frustration par une sorte d'éducation : on estime que donner au bébé ce qui lui convient n'est pas une bonne habitude, qu'il faut introduire très vite une part de non réponse, de frustration, afin qu'il s'habitue à résister plus tard à ses besoins. Bien sûr, ce n'est pas une méthode éducative juste ni convenable. Là encore, le vrai problème n'est pas de donner de « mauvaises habitudes », mais de savoir se détacher.

Le détachement constitue une question importante qui mériterait un développement soigneux et précis : on invoque l'attachement, mais on ne souffle mot du détachement qui constitue l'autre face de la médaille relationnelle. Il faut savoir mettre fin à la séquence relationnelle, de telle sorte que chacun se sente entier, autonome, libre, tout en maintenant une relation affective qui puisse aller de la proximité à la distance et de la distance à la proximité, sans manque ni sentiment d'amputation.

En conclusion, un bébé nourri au sein n'est pas plus dépendant qu'un autre au biberon, à condition, soulignons-le à nouveau, que l'on mette en œuvre le détachement.

Le corps

Le rapport au *corps* est plus délicat. Car il peut mettre en jeu la dimension du sexuel. Ici, la distinction que met en œuvre l'haptonomie entre *corps*, *corporalité* et *corporalité animée* est précieuse. Ce qu'on appelle grossièrement le « toucher » peut être marqué par une dimension sexuelle, du moins strictement corporelle : c'est pourquoi nous lui préférons le terme de « contact affectif ». Cette distinction de trois entités est importante en tant qu'elle met en jeu la qualité de la relation dans le port du bébé, et c'est en fonction d'elle que le terme de « peau à peau » - qui se limite au *corps* - s'avère impropre.

Il faut donc entrer ici dans le détail.

Nous distinguerons successivement le corps, la corporalité, la corporalité animée.

La notion de *corps* se limite à l'aspect substantiel : c'est le substrat matériel et fonctionnel de la vie qui se constitue de l'ensemble des fonctions biologiques vitales dont la mise en œuvre repose sur l'anatomie et la physiologie. On l'appelle aussi *corporéité*. C'est ainsi que nous appelons le corps que nous *avons*.

La notion de *corporalité* est plus complexe. Elle désigne la manière corporelle dont nous manifestons notre *existence*, dont nous nous représentons dans le monde.

Enfin, la *corporalité animée* désigne la manière corporelle de *révéler*, par la qualité de notre présence, notre essence, c'est-à-dire notre être authentique. C'est l'ensemble vivant par quoi l'être se présente, l'unité d'une personne indivisible en relation avec les autres et avec le monde. La *corporalité animée* désigne plutôt ce que nous *sommes* vraiment. Et elle place l'humain au cœur de la relation.

En tenant compte de ces notions, je ne pense pas qu'il soit mal venu que le père porte aussi le nourrisson dans le contact (tactile) affectif : il n'assume pas là une fonction maternelle allaitante de substitution, mais sa propre fonction paternelle, dans sa dimension de proximité affective.

Un allaitement qui ne mettrait en jeu que le *corps* s'arrêterait à des considérations telles que la crainte de la déformation des seins, des formes du corps - ce qui est faux, le plus souvent, mais n'en demeure pas moins une croyance tenace chez certaines personnes - ; ou à un spectacle considéré comme sexuel. Elle se limiterait à l'aspect physique de l'allaitement, alimentaire, fonctionnel ; au détriment de la qualité de la relation affective. Il n'en reste pas moins que nombre de femmes éprouvent des sensations dans leur corps qui peuvent concerner leur sexe : il s'agit de sensations sensuelles, et non pas sexuelles, dans la mesure où elles ne mettent pas leur enfant en position de partenaire sexuel.

Il se trouve qu'en préparant ce texte, le quotidien La Montagne (09 Août 2006) m'a fourni un exemple qui démontre on ne peut plus nettement ce que

j'avance. Il s'agit de la photo d'un nourrisson qui tète le sein de sa mère ; on voit que son regard est planté dans celui de sa nourrice. La photo est belle et montre à l'évidence une aimable relation entre le bambin et sa mère. Pourtant, ce document a provoqué l'indignation de nombreux lecteurs d'un magazine américain qui ont prétendu que cette illustration était « dégoûtante et choquante », au prétexte qu'elle bravait un tabou en publiant une photo de sein à la Une ! Il s'agit du magazine intitulé « Babytalk ». En France, plusieurs sites s'ornent d'une photo qui représente un bébé au sein, en particulier celui des situations professionnelles de santé, dont la photo est tout à fait semblable à l'américaine. Personne ne semble s'en offusquer !

Voilà une preuve flagrante d'une interprétation sexuelle devant une scène qui n'est que sensuelle. De plus, en titre, sur cette photo, la légende dit « why women don't nurse longer » : « pourquoi les femmes n'allaitent-elles pas plus longtemps » ? Il est clair ici qu'à cette question, il est sous-entendu : à cause de l'interprétation sexuelle attribuée à l'allaitement ! Et le quotidien en rajoute une couche (sic !) en titrant l'ensemble : « mais alors, qui soutient George ? »

Quels facteurs introduisent-ils ce doute ?

D'abord et avant tout : le *regard* de l'autre. Sur la photo de « Babytalk », ce n'est pas la mère qui connote sexuellement, mais le regard d'un tiers sur son acte d'allaiter : c'est le tiers regardant qui introduit cette dimension. Si une allaitante est gênée de ne pas disposer d'intimité pour donner le sein, c'est pour ne pas être sous le regard d'autrui.

Il semble y avoir une limite qui se constitue du moment de l'habillage, (trop) peu de temps après la naissance ; elle est donc particulièrement précoce. En effet, il est remarquable qu'avant cette opération, les mères acceptent de poser leur nourrisson sur leur giron, peau à peau, sans aucune réticence. Après, hormis pour les nécessaires moments de toilette (qui ont leur dimension utilitaire), l'enfant n'est que trop rarement tenu dans cette position de non-habillage au sein d'une relation certes non pragmatique, mais particulièrement relationnelle et affective.

Est habituel - au moins dans notre culture -, si bien que personne ne s'en étonne, le fait que la mère soit (partiellement) déshabillée, lorsqu'elle allaite, tandis que le bébé est bien vêtu !

On peut penser que c'est le fait de recouvrir le corps pour le dissimuler à la vue qui lui attribue cette dimension sexuelle : à partir du moment où la chose est cachée, elle prend une valeur nouvelle et amène à se poser la question de savoir et de voir ce qui est caché. Bien sûr, le vêtement n'a pas seulement vocation à cacher ; il doit surtout protéger ; reste que, adjointe à cette dimension de protection, il y a celle du regard. « Cachez ce sein que je ne saurais voir »... parce que j'ai trop envie de le regarder de la main, ne précise pas Orgon qui reste Tartuffe. Dans les cultures où le corps de la femme est soustrait aux regards, il est d'autant plus convoité. Et

celle dont le corps n'est pas entièrement revêtu est considéré comme source de péchés, ou pécheresse elle-même.

Le vêtement a une fonction utilitaire, une fonction de socialité (uniformes, vêtements culturels...), de mise en valeur, de distinction... autant de dimensions qui font appel à des représentations ; en résumé, on peut dire que le vêtement est un support de représentations. Dans la proximité affective de la corporalité animée, il y a beaucoup moins de place pour la *représentation* ; par contre, toute la place est faite à la *présence*. J'ai montré ailleurs (« L'impossible représentation ») que la présence n'a pas de représentation.

Même si l'on refuse la dimension sexuelle, il reste une évidence : si le vêtement protège des éléments naturels (froid, chaleur, soleil...) il est aussi barrage contre le contact tactile, puisqu'il l'empêche de facto. Chacun peut aisément évaluer la différence entre le ressenti d'un contact à travers les vêtements, et sans vêtement, quelle que soit la qualité du contact.

Ne faut-il pas tenir compte de ces données ?

En conclusion

Dans un allaitement qui met en jeu la corporalité animée, il n'y a que présence de l'un à l'autre, que beauté d'une rencontre affective profonde entre le nourrisson et sa mère, qui n'est pas dénuée de sensualité, mais qui l'est de sexualité.

Ces notions sont importantes dans une culture où le « toucher » est considéré comme tabou parce qu'il est immédiatement référé au sexe.

Il ne convient de parler de sexe que pour ce qui concerne des actions spécifiquement orientées vers la satisfaction sexuelle. C'est alors le défoulement des pulsions sexuelles qui est le seul but recherché, sans qu'il soit soutenu par une relation d'amour d'être à être. Il est réservé au plaisir du corps, de la corporalité.

Dans la rencontre qui met en jeu la corporalité animée, le sexe est certes englobé, mais transcendé dans une relation à l'être. Il ne s'agit pas de tirer un profit érotique de l'autre, mais d'être avec cet autre, de vivre le bon de cette rencontre, dans une présence réciproque qui manifeste la qualité de chaque être, chacun dans sa corporalité animée.

Lorsque l'allaitement a cette qualité de relation, il constitue une vraie rencontre affective mère-enfant, qui rayonne de cette esthétique propre à confirmer l'être de ses protagonistes.

Dès lors, si l'enfant est nourri de lait, enfant et mère sont nourris d'amour. N'oublions pas le père qui, sans avoir de fonction allaitante à laquelle il ne lui est pas nécessaire de s'identifier, a une fonction d'entourage, de protection, qui prend nécessairement place dans les interrelations qui constituent la dimension affective et sécuritaire de la relation triangulaire enfant-mère-père.