

Le portage kangourou

Nils Bergman

Cette présentation a pour objectif de présenter les arguments biologiques, physiologiques, neurocomportementaux, évolutionnaires et anthropologiques montrant que le contact peau à peau entre la mère et son enfant représente la norme pour tous les nouveau-nés, et que dans cette norme il y a une « niche comportementale » qui, en post-partum immédiat, est l'allaitement. Si l'absorption de lait par l'enfant est habituellement appelée allaitement, la lactation devrait être vue comme un continuum neurocomportemental organisé en états cycliques. Il est urgent de restaurer ce paradigme original, comme étant préférable aux pratiques standardisées actuelles avec incubateur, contact épisodique, et alimentation au lait industriel avec un biberon (paradigme : règles considérées comme la norme dans une société, et servant de modèle de référence).

Comment le cerveau agit sur le corps : choix comportementaux du nouveau-né

Le métabolisme basal de tous les animaux est régulé par le cerveau archaïque, et s'exprime par le biais d'une programmation comportementale. Chaque programme a son jeu d'hormones, ses automatismes, et se caractérise par un comportement physique. Le programme neurocomportemental de la reproduction a été étudié de façon extensive chez les mammifères. Chaque étape de la grossesse a son climat hormonal spécifique, et ses composantes autonomiques et somatiques. Les recherches biologiques sur de nombreux mammifères ont montré que les phénomènes neuraux de la grossesse sont « fortement conservés », qu'ils sont presque identiques dans toutes les espèces (Christensson, 1995).

En termes biologiques, Homo sapiens est un mammifère. Ce qui caractérise tous les mammifères est qu'ils ont des mamelles (du latin mammae) destinées à l'alimentation du petit. Les recherches biologiques sur de nombreux mammifères ont montré que le processus survenant pendant le déroulement de la grossesse est « hautement conservé », et qu'il est presque identique chez toutes les espèces. De même, **les mécanismes endocriniens initiaux** de la grossesse sont remarquablement similaires dans toutes les espèces (Keverne et Kendrick, 1994). Ce sont des comportements programmés par le système limbique de notre cerveau. Après la naissance, tous les mammifères présentent une séquence comportementale définie (Rosenblatt, 1994), qui mène au démarrage et à la mise en place du comportement d'allaitement. Il existe des différences au niveau de cette séquence, chaque espèce ayant sa propre séquence. Une découverte capitale et surprenante a été que c'est le comportement du nouveau-né qui est déterminant, et que ce comportement induit une réponse de soins chez la mère (Rosenblatt, 1994). On a aussi constaté qu'il existe une période critique, à savoir une période pendant laquelle la survenue de certains événements clés est nécessaire pour un développement optimal ; période bien décrite par la recherche sur les mammifères, et dont l'importance est de plus en plus reconnue aussi chez l'être humain. Après son initiation par le nouveau-né, l'allaitement s'établit par le biais d'une gamme de stimulations mutuelles complexes entre la mère et l'enfant (Kjellmer et Winberg, 1994). Toutefois, chez toutes les espèces, l'allaitement est un comportement remarquablement fragile et transitoire (Alberts, 1994) ; il pourra être facilement perturbé par toute intervention (Christensson et al, 1994).

Les biologistes décrivent les mammifères comme se développant dans une série d'habitats (utérus, proximité du corps de la mère, fratrie, reste du monde). Le principal concept est que dans chacun de ces habitats, l'organisme en développement est physiquement capable et neurobiologiquement programmé pour se comporter d'une façon qui permettra à ses besoins d'être satisfaits (Alberts, 1994) ; il est doté des capacités requises, qui s'exprimeront spontanément dans l'habitat pour lequel l'organisme est conçu, cet habitat pourvoyant aux besoins de l'organisme. L'habitat détermine aussi le niveau d'organisation du cerveau, à savoir la capacité à contrôler correctement le niveau d'éveil. L'étude des électroencéphalogrammes a montré que la durée d'un cycle de sommeil normal chez le nouveau-né est de 60 à 90 minutes, et que l'interruption des cycles induit un stress et des pathologies. Mais un cycle normal de sommeil chez les bébés ne peut être vu que lorsqu'il est dans son habitat normal, à savoir lorsque l'enfant est contre la peau de sa mère.

Ces facteurs neurocomportementaux ont un objectif spécifique : subvenir aux besoins biologiques de base de l'organisme. Les biologistes estiment habituellement qu'il existe trois besoins (chaleur, alimentation et protection –

le besoin d'oxygène étant trop évident pour être mentionné bien qu'il soit fondamental), et dans chaque habitat l'organisme en développement est physiquement capable et neurologiquement programmé pour se comporter de façon à ce que ses besoins soient satisfaits. En termes plus scientifiques, l'organisme en développement a besoin d'une température adéquate, d'une nutrition spécifique, et de protection prodiguée par différents moyens.

Conséquences de la séparation mère-enfant

Lorsqu'ils sont enlevés de leur habitat normal, les petits mammifères ont un comportement identique et pré-programmé, qu'on peut appeler « réponse de protestation et de détresse » (Alberts, 1994), qui a été décrite en premier chez des nourrissons humains orphelin après la seconde guerre mondiale (9) ; elle a par la suite été étudiée chez des singes, puis chez de nombreux autres animaux. La réponse de protestation est une activité intense ayant pour objectif de permettre au bébé de retrouver son habitat, la réponse de désespoir est une réponse de privation et de survie, avec baisse de la température du corps et du rythme cardiaque, induite par une augmentation massive du taux des hormones de stress. Pleurer est nocif pour les nouveau-nés ; cela restaure la circulation fœtale, et augmente le risque d'hémorragie intraventriculaire et de divers autres problèmes. La première violation, le pire des cas, pour tous les nouveau-nés, est la séparation d'avec sa mère, son habitat normal. Cette réponse et son impact sont passés en revue dans un long article d'Allan Shore (2001).

« ... la réponse psychobiologique du bébé aux traumatismes est composée de 2 schémas séparés de réponse – l'hypervigilance et la dissociation. » (Perry et al)

« ... dans l'hypervigilance, le système nerveux sympathique est brusquement activé de façon importante, avec augmentation du rythme cardiaque, de la pression sanguine, du tonus et de la vigilance, la détresse de l'enfant se manifestant par des pleurs, puis des hurlements... cet état de « détresse frénétique », ce que Perry appelle « peur panique », étant connu comme une stimulation ergotropique... avec sécrétion de taux excessifs des principales hormones de stress... résultant dans un état hypermétabolique du cerveau.

...la dissociation est le stade suivant de la réaction en réponse à la terreur, avec engourdissement et évitement, ... un état de conservation et de manque, une réponse parasympathique qui survient dans les situations où la personne n'a ni aide ni espoir... une réponse métabolique qui est utilisée pendant toute la vie, par laquelle l'individu se déconnecte pour « conserver son énergie »... une conduite dangereuse de survie où l'individu feint d'être mort.

Dans cet état passif de profond détachement, le taux des opioïdes endogènes est élevé, ce qui entraîne l'immobilité et l'arrêt des cris de détresse de l'enfant. Le tonus vagal augmente considérablement, avec baisse de la pression sanguine et du rythme cardiaque... dans cet état, tant les composantes du système sympathique dépensant de l'énergie que celles du système parasympathique économiseur d'énergie sont activées au niveau du cerveau de l'enfant... (provoquant) des altérations biochimiques chaotiques, un état toxique neurochimique pour le cerveau en plein développement de l'enfant. » (Shore, 2001).

Lorsque le petit retrouve son habitat normal (le corps de sa mère), on constate une augmentation rapide de la température et du rythme cardiaque. « Les appels de détresses liés à la séparation » ont été particulièrement bien documentés chez les rats (Alberts, 1994). On a constaté des appels de détresse similaires chez les bébés humains placés dans des berceaux, ces bébés passant jusqu'à 10 fois plus de temps à pleurer que les bébés placés contre la peau de leur mère (Michelson et al, 1996). De plus, les pleurs des bébés placés en peau à peau avaient une tonalité tout à fait différente, et il a été suggéré qu'ils pouvaient avoir pour objectif d'obtenir l'aide de la mère de l'aide pour atteindre le sein et téter (Christensson et al, 1995).

On a montré que ce comportement de protestation-détresse pouvait modifier la structure cérébrale dans le sens d'une moins bonne adaptation, avec des conséquences sur le comportement futur. La séparation induit des changements dans l'efficacité fondamentale des systèmes (McKenna, 1993). La séparation précoce peut induire des différences majeures dans la susceptibilité aux pathologies induites par le stress (Hofer, 1994). Les origines de nombreuses déviations comportementales sont inconnues ; certaines pourraient-elles être en rapport avec les violations de notre agenda inné ? (Kjellmer et Winberg, 1994).

Paradigme occidental et paradigme originel

Il nous faut comprendre le paradigme biologique originel pour les soins à l'enfant, et pourquoi notre paradigme occidental est devenu ce qu'il est.

Sur le plan de l'évolution, Homo sapiens est extrêmement immature à la naissance. Le volume de son cerveau ne représente que 25% de son volume à l'âge adulte, contre 45% chez les chimpanzés, et encore davantage chez tous les autres mammifères. On estime que c'est un compromis, la conséquence du rétrécissement de la filière pelvienne suite à la station debout, rendant impossible le passage d'un crâne plus volumineux. Le cerveau poursuit donc sa croissance après la naissance. Homo sapiens a donc dû développer des mécanismes pour gérer cette immaturité. La naissance prématurée n'est pas une aussi mauvaise nouvelle pour le petit humain que pour d'autres espèces animales, tant que l'enfant bénéficie de son habitat normal.

Certains estiment que le petit humain, avec son cortex cérébral développé, ne peut pas être comparé aux autres animaux. Toutefois, les études anthropologiques démontrent le contraire. Homo sapiens a été un chasseur cueilleur tropical pendant 3 millions d'années. Les changements ont débuté il y a environ 10.000 ans, avec le début de l'agriculture, mais il existe encore des peuplades de chasseurs cueilleurs tropicaux, qui ont été étudiées par les anthropologues (Lozoff et Brittenham, 1979). Une chose commune dans toutes ces peuplades est le fait que les nouveau-nés et les bébés sont constamment portés, ils dorment contre leur mère, leurs pleurs reçoivent une réponse immédiate, les mises au sein interviennent toutes les 1 à 2 heures, et l'allaitement se poursuit jusqu'à 2 ans. Pendant les 100 dernières années, ce comportement millénaire (soins attentionnés et portage) est devenu un comportement dans lequel l'enfant est laissé seul (mise à l'écart), séparé de sa mère, ses pleurs étant ignorés, nourri toutes les 4 heures (comme les animaux nidificateurs), avec un lait industriel (fait à partir du lait d'une autre espèce) et d'autres substituts introduits très rapidement. Lozoff et al (1977) estiment que ces modifications altèrent l'initiation de la relation mère-enfant, qui peut être modifiée au-delà des capacités d'adaptabilité du bébé.

Semmelweis a identifié les infections comme étant une cause de mortalité maternelle, et à la fin du 19^{ème} siècle les infections étaient une cause reconnue de mortalité chez les prématurés. Tarnier et Budin en France ont développé et mis en œuvre le placement en couveuse pour protéger les nouveau-nés vis-à-vis des infections, et les ont faites en verre pour que la mère puisse voir son enfant et participer aux soins. Un allemand nommé Coonez a exporté ce concept aux USA, mais en a exclu la mère. Au fur et à mesure que les soins aux enfants se sont institutionnalisés dans les hôpitaux américains, les mères ont de plus en plus été exclues comme étant la cause des infections chez les nourrissons. Comme les mères étaient exclues, l'alimentation au lait industriel est devenue un moyen pratique, et bientôt essentiel, de nourrir les enfants. Cette évolution sociale était finie à la fin des années 1950. C'est seulement au début des années 1960 que l'on a commencé à faire des études randomisées sur de nouvelles méthodes de soin. Les couveuses et l'alimentation au lait industriel n'ont jamais fait l'objet de telles études.

Le résultat en est notre paradigme occidental. Le nouveau-né est généralement vu comme totalement impuissant, et ayant besoin d'aide pour tous ses besoins. Lorsque l'enfant est né à terme, on considère que la mère peut subvenir à ses besoins après avoir été informée par l'équipe soignante, mais lorsque l'enfant est un prématuré, le personnel soignant pense qu'il doit enlever l'enfant à sa mère et subvenir à tous ses besoins pendant une longue période.

Notre étude randomisée, et ses implications pour les soins en néonatalogie

Notre culture actuelle est une de celles qui font confiance aux incubateurs, peut-être parce qu'elle ne connaît pas ses effets néfastes, et qu'elle ignore également l'existence d'alternatives. Le Portage Kangourou a été défini de façons diverses, mais ses deux principales composantes sont le contact peau à peau et l'allaitement. D'un point de vue biologique, et pendant le post-partum immédiat, le contact peau à peau représente l'habitat normal pour Homo sapiens, et l'allaitement représente la « niche », ou le comportement pré-programmé pour cet habitat. Le paradigme du portage kangourou est que la prématurité n'est pas une maladie, mais que la séparation d'avec la mère (l'habitat) fera de la prématurité une maladie. De la même façon que priver l'enfant de sa niche normale (l'allaitement et le lait maternel en tant que deux concepts séparés) rendra le prématuré malade. Dans le paradigme du portage kangourou, l'habitat original et la niche sont le point de départ des soins, auxquels nous ajoutons toute la technologie et le soutien disponibles.

Tous les ans, 5 millions d'enfants meurent, et la prématurité est soit la cause, soit un des facteurs du décès dans au moins la moitié de ces décès. Récemment, le portage kangourou (défini comme le portage peau à peau de l'enfant et l'allaitement) a été recommandé comme un moyen possible de soigner les prématurés. Utiliser la mère comme alternative à l'incubateur dès la naissance a été mis en œuvre pour la première fois dans l'hôpital d'une mission au Zimbabwe, et cette expérience a été décrite (Bergman et Jurisoo, 1994). Le taux de survie des enfants de très petit

poids de naissance est passé de 10 à 50%. Jusqu'à maintenant, ce type de portage était généralement utilisé uniquement lorsque le nourrisson était cliniquement stabilisé. Il n'existait aucune étude pour évaluer son innocuité ou son efficacité chez des prématurés dès la naissance. Notre étude randomisée a été conduite en 2000 et 2001, afin d'évaluer l'hypothèse selon laquelle le placement en incubateur donnait de moins bons résultats que le contact peau à peau (voir encadré). Elle avait pour objectif de s'assurer que la seule différence dans les soins prodigués à l'enfant était son habitat. Les bébés placés en peau à peau se sont tous stabilisés dans les 6 heures, contre la moitié des enfants placés en incubateur. Tous les bébés placés en incubateur ont eu des réponses de protestation-détresse, avec baisse de la température et rythme cardiaque et respiratoire instable. Cette étude n'était pas conçue pour rechercher un impact à long terme, et il n'existe à ma connaissance aucune étude de ce genre. Toutefois, ce qu'on peut déduire des études effectuées sur les mammifères est clair : les nouveau-nés humains séparés de leur mère ont exactement les mêmes réponses physiologiques que les autres mammifères, et tous les mammifères ayant subi une telle séparation montrent des séquelles pouvant durer toute la vie.

Comparaison entre le portage kangourou à partir de la naissance et la mise en incubateur conventionnel

Kangaroo mother care from birth compared to conventional incubator care. Nils Bergman. Perinatal Priorities, March 2003.

L'objectif de cette étude contrôlée randomisée était de comparer l'état clinique d'enfants placés en incubateur ou en contact peau-à-peau avec leur mère après leur naissance. Leur état clinique a été évalué à 6 heures, par le biais d'un score de stabilisation et des paramètres physiologiques individuels. Notre hypothèse de départ était que le contact peau-à-peau était supérieur au placement en incubateur pour les prématurés nés avec un poids de 1200 à 2199 g.

Cette étude a été effectuée dans un centre hospitalier de niveau deux ayant un service de néonatalogie et une unité obstétricale de niveau un, le tout constituant un service maternel et néonatal. Toutes les mères qui étaient susceptibles d'accoucher d'un enfant pesant entre 1200 et 2199 g ont été identifiées. Tous les enfants des mères ayant accepté de participer ont reçu les soins standards pendant les 5 premières minutes de vie, période pendant laquelle on évaluait si l'enfant était éligible pour l'étude. Les enfants (40 enfants et leur mère) étaient ensuite répartis par tirage au sort en 2 groupes. Les nouveau-nés du groupe intervention ont été placés nus contre la poitrine nue de leur mère pendant 6 heures, les nouveau-nés du groupe témoin étant placés en incubateur pendant cette période. Tous les autres soins, observations et procédures ont été identiques dans les deux groupes.

On a constaté que :

tous les enfants ont eu besoin de soins intensifs pendant les 6 premières heures ;

le score de stabilisation mesuré pendant les 6 premières heures était plus élevé chez les enfants en peau-à-peau ;

la température moyenne pendant la première heure de vie était plus élevée chez les enfants en peau-à-peau ;

les enfants placés en incubateur étaient hypothermiques pendant la première heure, en dépit du fait que la température dans les incubateurs était de 36,5°C.

Ces résultats confirment l'hypothèse de départ, à savoir que le contact peau à peau est supérieur à l'incubateur pour les nouveau-nés de petit poids de naissance.

Le portage kangourou est généralement pratiqué avec des nouveau-nés stabilisés. Cette étude montre que le contact peau à peau débuté immédiatement après la naissance, à la place de la mise en incubateur, est à la fois sûr et efficace pour les enfants nés avec un poids de 1200 à 2199 g. Cela permet de recommander l'utilisation du portage kangourou dès la naissance, en particulier dans les pays en voie de développement où il n'y a pas d'incubateurs. Même dans les pays où des incubateurs sont disponibles, comme en Afrique du sud, le portage kangourou pourrait être préférable.

Définir le Portage Kangourou en termes de besoins physiologiques fondamentaux

Le Portage Kangourou a été défini de différentes façons, mais ses deux composantes essentielles sont le contact peau à peau et l'allaitement. D'un point de vue biologique, en post-partum immédiat, l'habitat normal du petit Homo sapiens est le corps de sa mère, et l'allaitement représente la « niche », le comportement pré-programmé pour cet habitat.

L'habitat fait plus que subvenir aux besoins nutritionnels. Dans l'habitat utérin, il est évident que l'oxygénation est assurée par le biais du placenta et du cordon ombilical, qui pourvoient aussi à la nutrition ; l'utérus garantit également la chaleur et la protection. Ce sont les quatre besoins biologiques fondamentaux. Les recherches effectuées ces dix dernières années sont fortement en faveur du fait que le c'est le contact peau à peau en soi, habitat normal du nouveau-né humain, qui subvient à ses besoins, et non la mère ou les services de santé. L'oxygénation de l'enfant est améliorée par le contact peau à peau, au point que ce dernier est utilisé avec succès pour traiter des détresses respiratoires. Les enfants qu'on sort de leur incubateur pour les mettre en peau à peau présentent une augmentation de leur température, et la stabilité de cette dernière est nettement améliorée (6 ? Fifer, 1994). La nutrition est améliorée, grâce au respect de la capacité de la mère à allaiter et au respect de la capacité de l'enfant à se nourrir. Les enfants nés à terme après un accouchement non médicamenteux qui sont laissés sur la poitrine de leur mère sans être dérangés vont tous prendre spontanément le sein dans l'heure qui suit la naissance, sans aucune aide (7 ? Shore, 2001). Les stimulations que le nouveau-né donne à la mère quand il est contre sa peau déclenchent chez la mère un comportement de maternage et de protection. L'immunité de l'enfant est améliorée de façon encore visible au bout de 6 mois (8 ? Emerson, 1998). D'autres effets positifs du contact peau à peau sur la mère sont, entre autres, un attachement plus fort à l'enfant, et une meilleure guérison des émotions négatives liées à l'accouchement prématuré.

Les remarquables capacités du nouveau-né

L'un des comportements essentiels à la survie du petit mammifère est l'allaitement. Le nouveau-né, y compris le nouveau-né humain, a juste besoin d'être au bon endroit pour pouvoir téter correctement : contre la poitrine de sa mère. Lorsqu'il tète, le nouveau-né respire mieux, se réchauffe mieux, se nourrit mieux, et il est protégé. L'allaitement permet à tous les besoins fondamentaux du petit d'être satisfaits au mieux.

Pendant les 10 à 14 premières semaines, la croissance du cerveau est déterminée génétiquement. Par la suite, cette croissance est un processus actif, avec croissance des axones et des dendrites. Chaque neurone crée des milliers de synapses en se développant dans toutes les dimensions, ce développement étant stimulé par les sensations et les expériences. Le fœtus a le sens de goût et celui de l'odorat très développés. Un nouveau-né peut reconnaître l'odeur du lait de sa mère de celle du lait d'une autre femme, à partir de la mémoire acquise pendant la vie intra-utérine. A la naissance, il utilise son odorat pour se diriger vers le mamelon.

A 30 semaines d'âge gestationnel, le fœtus peut reconnaître la voix de sa mère parmi les voix d'autres femmes, à partir de quelques mots enregistrés sur un magnétophone. Il peut distinguer la langue maternelle parmi plusieurs langues, là aussi à partir d'un simple mot. Le sens du toucher et les sensations kinesthésiques sont bien développées aussi. Après la naissance, l'enfant cherche activement à avoir la plus grande surface possible de son corps en contact avec la peau de sa mère (7). Les stimulations tactiles facilitent le passage des informations affectives entre la mère et l'enfant, et cela détermine le développement des schémas cérébraux. Le langage de la mère et de l'enfant est constitué de signaux sonores émis sous l'influence du système nerveux automatique des deux parties. C'est la base d'un bon développement de l'enfant. A sa naissance, ses perceptions sensorielles n'ont aucun « filtre », il expérimente pleinement toutes les sensations. Au fur et à mesure qu'il se développe, il apprend à « modérer » les apports sensoriels.

A la naissance, le nourrisson humain a davantage de synapses dans son cerveau qu'à n'importe quel autre stade de son développement. Le développement est un processus qui consiste à supprimer certaines synapses et à en développer d'autres, pour créer des « chemins » neuraux. Ces derniers pourront être bons ou mauvais, en fonction des sensations et expériences vécues par le nouveau-né. Les prématurés et les nouveau-nés ont un système nerveux qui n'a pas la capacité d'affaiblir les signaux sensoriels. La sur-stimulation de n'importe lequel de ses sens sera

vécu comme douloureuse par le nouveau-né. Les hormones de stress augmentent sa perception de la douleur. Le résultat est similaire au scorpionisme par le parabuthus, un empoisonnement potentiellement mortel.

Les complications survenant pendant la naissance affectent la personnalité, les capacités relationnelles, l'estime de soi, et les schémas de comportement plus tard dans la vie (8 ? Emerson, 1998). S'il s'ajoute le rejet par la mère et l'absence d'attachement, on constate une forte corrélation avec un comportement criminel et violent. La création de nurseries dans les hôpitaux et l'augmentation de la fréquence des séparations précoces d'avec la mère sont corrélés à des troubles de l'attachement, à l'abandon par la mère, et à l'augmentation des comportements d'addiction (besoins oraux du bébé non satisfaits).

Bien que sur le plan biologique on affirme que le nouveau-né est extrêmement immature, c'est une erreur d'en déduire que son incapacité est totale. Cette immaturité est relative ; il est immature par rapport à nous et à notre habitat, parce que le nouveau-né humain arrive dans un habitat nécessitant des capacités qu'il doit acquérir. Mais « notre » habitat d'adultes n'est pas l'habitat du nouveau-né. Lorsqu'il est placé dans l'habitat conçu pour lui, le nouveau-né humain fait preuve de remarquables capacités. La relation habitat-niche décrite par Albert et d'autres biologistes prend en compte le fait que l'organisme en développement est totalement équipé des circuits neurologiques correspondants aux comportements qui permettront à ses besoins fondamentaux d'être satisfaits. Ces besoins sont satisfaits lorsque l'habitat est adapté, le terme « niche » définissant la façon dont l'organisme exploite les ressources de son habitat grâce à ses capacités propres.

Les comportements d'auto attachement (qui amènent à la prise du sein pour la première fois) chez le petit humain, décrits par Widstrom (1987) et Righard (1990), sont maintenant bien connus. En termes biologiques, ce comportement est appelé « initiation », et c'est un neurocomportement inné, différent du comportement de maintien de l'allaitement. Ce comportement intervient dans une « période critique », un moment unique pendant lequel un événement déterminé doit survenir pour s'exprimer pleinement, et cette période est vitale pour le développement optimal de l'organisme.

Etat d'organisation et de séparation

Il est particulièrement important de prendre en compte le fait que la tétée que nous observons et que nous qualifions comme « l'allaitement » n'est que l'expression physique d'un neurocomportement inné et global qui n'est vu que pendant une courte période. D'un point de vue biologique, l'allaitement est la totalité du « programme nutritionnel », et sa réussite dépend du fait que l'enfant est dans un habitat adapté. De plus, ce programme nutritionnel nécessite le séjour constant et ininterrompu de l'enfant dans l'habitat prévu pour lui par la nature : le corps de la mère. Il s'exprime par le biais d'hormones spécifiques et de réponses du système nerveux autonome, qui surviennent nuit et jour. Le comportement observé entre les « tétées » fait aussi partie de ce programme nutritionnel. Cela peut aussi être décrit comme un « état d'organisation », et le programme **NIDCAP** nous en a appris beaucoup sur le sujet, bien que dans un contexte technologique.

L'état d'organisation se réfère au niveau d'éveil de l'organisme, qui, pour le bébé, va du sommeil profond aux hurlements, en passant par divers stades d'éveil. Le nouveau-né a absolument besoin de la présence de « cycles » adéquats, avec des périodes de sommeil pas trop profond, des périodes d'éveil pour les tétées, les pleurs et le stress étant évités autant que possible. Ce type optimal de cycles n'est observé que chez les bébés qui sont contre leur mère, tout particulièrement lorsque le contact peau à peau est maximal.

Restaurer le paradigme originel

Ces constatations doivent nous amener à poser un nouveau paradigme. Le seul besoin de l'enfant né à terme est d'être dans son habitat naturel, à savoir la mère ; non pas la mère comme pourvoyeuse de soins, mais la mère comme pourvoyeuse de contact peau à peau. L'enfant né à terme est raisonnablement robuste, le prématuré est fragile. Le besoin qu'a le prématuré de son habitat naturel est encore plus important que celui de l'enfant né à terme. Notre paradigme actuel voit l'incubateur comme l'habitat normal du prématuré, et le biberon comme moyen normal de le nourrir ; nous avons défini des normes pour le rythme cardiaque et la température, qui sont adaptées à l'incubateur. Nos « valeurs normales » devraient être redéfinies.

Dans nos services médicaux, nous devons reconnaître la place centrale de la mère en tant qu'habitat dont le bébé a absolument et désespérément besoin. Nous avons besoin de prendre en compte les capacités du nouveau-né à subvenir à ses propres besoins. Nous avons besoin de repenser nos services hospitaliers, et de réviser leurs pratiques, afin de nous assurer que le soutien nécessaire est apporté à la mère pour qu'elle puisse fournir à l'enfant son habitat normal, et aider le prématuré à subvenir à ses besoins. Cela implique de reconnaître que les capacités neurodéveloppementales ne sont pas forcément liées au développement physique de l'enfant. Le prématuré dispose du même programme neurodéveloppemental que les enfants nés à terme ; à cause de son immaturité physique, il a juste besoin d'aide. Cette aide doit lui être apportée, mais pas en l'enlevant de son habitat naturel et en violant sa programmation innée.

Le paradigme du Portage Kangourou se fonde sur le fait que la prématurité n'est pas une maladie, mais que la séparation d'avec l'habitat naturel (la mère) rendra le prématuré malade. De même que supprimer l'accès à la niche (l'accès au sein, l'allaitement et l'alimentation avec le lait maternel, vus comme concepts séparés), rendra le prématuré malade. Dans le paradigme du Portage Kangourou, le respect de l'habitat et de la niche naturels constitue le fondement des soins, auxquels seront adjoints le soutien et la technologie disponibles.

Le Portage Kangourou respecte le paradigme originel pour les soins aux enfants :

- Le contact peau à peau avec la mère est l'habitat requis du petit humain, un droit fondamental du nouveau-né.
- L'allaitement exclusif est essentiel à sa santé physique, neurologique et mentale, avec un impact pendant toute la vie.
- Prodiguer le soutien qui permettra à TOUS les nouveau-nés de rester contre leur mère devrait être une priorité universelle de santé publique.

Aider un prématuré à téter correctement

Ce qui est décrit ci-dessus est très différent des pratiques de haute technologies en vigueur actuellement, dans lesquelles la séparation mère enfant est acceptée comme normale et nécessaire. Dans notre culture occidentale, le nourrisson est habituellement considéré comme totalement impuissant, et ayant besoin d'aide pour tous ses besoins. Lorsque l'enfant est né à terme, la mère est vue comme la personne subvenant à ses besoins. Lorsque l'enfant est prématuré, le personnel soignant estime qu'il doit enlever l'enfant à sa mère pour subvenir à ses besoins. Les arguments que je présente ici montrent que c'est faux. Le seul besoin de l'enfant né à terme est d'être placé dans l'habitat adéquat, qui n'est pas la mère en tant que personne assurant les soins, mais la mère en tant que pourvoyeuse de contact peau à peau.

L'enfant né à terme est raisonnablement robuste. Le prématuré est fragile. Au vu des connaissances actuelles sur le comportement du nouveau-né (allaitement, réaction de protestation – détresse), et dans la mesure où l'allaitement et le contact peau à peau compensent l'immaturité du nourrisson, il est tout à fait logique de penser que le contact peau à peau est encore plus essentiel pour les prématurés. S'il en est privé, cela induit une réponse de « protestation-détresse », avec un taux de glucocorticoïdes 10 fois plus élevé que la normale (Modi, 1998). De tels taux sont toxiques pour les prématurés, et ils ont aussi un puissant effet inhibiteur sur le tractus digestif. Il y a sécrétion de somatostatine, qui a un important effet inhibiteur sur tous les aspects du fonctionnement du tractus digestif, avec abaissement de toutes les hormones bénéfiques pour le tractus digestif, ainsi que des hormones de croissance.

Les mammifères naissent avec un seul objectif : être allaités.

Un nouveau-né est un être totalement développé, et très compétent !

Le cerveau fœtal est conscient !!

Le nouveau-né est programmé pour téter :

- le fœtus sait avaler entre 16 et 20 semaines
- il a des mouvements de succion entre 26 et 28 semaines
- à partir de 36 semaines de gestation, il est capable de téter.

Schéma de Persson (15) pour l'allaitement du prématuré :

Etape 1 : le contact peau-à-peau doit être continu et débiter dès la naissance

Etape 2 : prendre le temps nécessaire ; c'est le bébé qui donne le rythme

Etape 3 : état d'organisation – attendre que l'enfant soit en stade d'éveil alerte

Etape 4 : sentir le sein – cela se fait automatiquement si le sein est exposé

Etape 5 : le goût – un prématuré a besoin d'un peu plus longtemps pour s'y mettre

Etape 6 : la prise du sein – elle peut être difficile pour un grand prématuré

Etape 7 : téter – cela requiert peu d'efforts, en-dehors de la prise du sein

Lorsque l'enfant a commencé à prendre le sein, veiller à profiter de tous les moments où il est en éveil alerte pour lui donner l'opportunité de téter.

Téter au sein et téter au biberon peuvent sembler similaires, mais c'est en fait TRES différent. Téter au biberon est stressant pour un prématuré. Les prématurés peuvent être mis au sein, même dès 26 semaines d'âge gestationnel, mais ils ont besoin d'aide.

La pratique d'allaitement lorsque l'enfant n'est jamais séparé de sa mère est très différente de celle que nous considérons comme « normale » dans notre culture occidentale. Tout d'abord, cette pratique est totalement déterminée par l'enfant, et non par la mère, et chaque enfant est unique. Un bébé qui peut choisir lui-même à quelle fréquence il va prendre le sein depuis le début va mettre en place une « routine » d'allaitement ; il prendra le sein toutes les heures, toutes les deux heures au plus, avalera tout le lait qui coulera après un seul réflexe d'éjection, ce qui convient tout à fait à la faible capacité de son estomac, et lui apporte ce qu'il faut de calories et de nutriments pour une ou deux heures au plus, et il gèrera efficacement son état cyclique d'organisation. C'est la pratique d'allaitement constatée dans presque toutes les cultures non occidentales.

En conclusion

L'allaitement est une stratégie cruciale de survie pour le nouveau-né humain, et c'est un comportement qui dépend entièrement d'une programmation cérébrale limbique, qui dépend elle-même du fait que l'enfant est dans son habitat normal : le corps de sa mère. Toute séparation a pour résultat un programme neurodéveloppemental différent du programme normal, et potentiellement néfaste. En conséquence, le contact avec le corps de la mère est spécifiquement nécessaire à partir du moment de la naissance, et il devrait être continu.

Références