Les Cahiers du nouveau-né n° 6

Un enfant, prématurément

Stock

« LES CAHIERS DU NOUVEAU-NÉ »

Publication pluridisciplinaire issue, à l'origine, des réflexions du G.R.E.N.N. *, « Les Cahiers du nouveau-né » sont ouverts à tous ceux qui se sentent *personnellement* ou *professionnellement* concernés par la naissance.

Accoucher, Naître, sont devenus beaucoup plus sûrs que par le passé. Les professionnels qui jouent un rôle dans ces événements importants ont à réaliser un difficile équilibre : perfectionner sans cesse leur habileté qui reste essentielle dans ces métiers manuels, assimiler les progrès techniques efficaces, tout en se gardant bien d'étouffer la part de l'humain, la place ménagée à l'expression des émotions, à la genèse des relations.

Équilibre menacé, car le vertigineux essor technique contemporain pèse de tout le poids de sa logique interne pour faire pencher la balance vers l'excès, vers l'*hyper*médicalisation.

C'est ainsi par exemple que des techniques utiles dans certains cas pathologiques précis tendent souvent, dans un souci de prévention, mais par le biais d'extrapolations parfois hâtives, à être généralisées à l'ensemble des cas normaux où leur application peut alors avoir de sérieux inconvénients et même — paradoxalement ? — comporter des dangers propres.

De plus certaines de ces illusions modernes sont tellement séduisantes qu'elles peuvent convaincre le législateur de l'intérêt de leur généralisation, et le juge, de la faute qu'il y aurait à ne pas les adopter.

Pour faire la part des choses dans cette complexité, une réflexion critique permanente est indispensable ; la pluridisciplinarité, qui a ses exigences, ses difficultés et aussi ses limites, permet de prendre le recul nécessaire.

C'est dans cet esprit que « Les Cahiers du nouveau-né » poursuivent leur réflexion, à la fois technique et humaine, à la fois critique et constructive.

Vous pouvez participer à cette réflexion et à cette évolution en écrivant à l'adresse suivante :

« Les Cahiers du nouveau-né »
Éditions Stock
14, rue de l'Ancienne-Comédie
75006 Paris

* Groupe de recherches et d'études du nouveau-né. Pour plus de détails, voir « Naître... et ensuite ? », p. 9.

Dans la même collection :

Cahier n° 1-2 : NAÎTRE... ET ENSUITE ?

Cahier n° 3 : D'AMOUR ET DE LAIT...

Cahier n° 4 : CORPS DE MÈRE, CORPS D'ENFANT

Cahier n° 5 : L'AUBE DES SENS

Pour plus de détails, voir p. 307.

Comité de Rédaction
des « Cahiers du nouveau-né » :

Anne BOUCHART - Marie-Claire BUSNEL
Catherine DOLTO - Charles COHEN-SALMON
Bernard FONTY - Marianne HERBINET-BAUDOUIN
Étienne HERBINET - Jean-François HUSSON
Laurent LE VAGUERÈSE - Michel ODENT
Danielle RAPOPORT - Bernard THIS

UN ENFANT, PRÉMATURÉMENT

Ouvrage collectif sur la prématurité
sous la direction de

Laurent LE VAGUERÈSE *

* Psychiatre et psychanalyste, attaché à l'hôpital Antoine-Beclère, pavillon Jean-Dalsace, Clamart, chargé de cours à Paris VII.

Photo de couverture de Valérie Winckler.

Tous droits réservés pour tous pays.
© 1983, Éditions Stock.

Sommaire

PRÉMATURITÉ : ROUVRONS LES DOSSIERS 9

PRÉVENIR LA PRÉMATURITÉ

Elya
(Chantal Birman) 15

Prévention de la prématurité
(Émile Papiernik) 25

Prématurité et respect du symptôme
(Michel Odent) 31

La prématurité, un fléau social : mythe ou réalité ?
(Nicole Mamelle) 39

Naître pour vivre
(Maurice Titran) 53

Le symptôme prématurité
(Laurent Le Vaguerèse) 69

UN TEMPS POUR NAÎTRE

D'hier à aujourd'hui : les temps de la grossesse
(Françoise Loux) 81

Étrange, en somme
(Anne Bouchart-Godard) 97

« Enfant pas mûr, enfant pas cuit »
(Jacques Gélis) 105

Chronobiologie, environnement et néonatologie
(Maurice Stupfel) 123
Et si l'inconscient calculait la date de la naissance ?
(Monique Bydlowski-Ravier) 143

ACCUEILLIR LE PRÉMATURÉ

Chloé
(Béatrice Berger) 151
Les Petits Poucets
(Etienne Herbinet, Jean-Claude Risse) 161
Prématurité et créativité
(Michel Odent) 177
Accueillir et informer
(Odile de Bethmann) 183
À l'autre bout du monde : accueillir le prématuré
(Edgar Rey Sanabria) 197
Réanimation et handicaps
(Danièle Valleur et Pierre Satgé) 207
« Et s'il a un handicap ? »
(Danièle Truscelli, Annie Ollivier, Danielle Rapoport) 217

TABLE RONDE 231
Liste des participants 273

Courrier 275
Résumés des textes en français et en anglais 285
Titres des *Cahiers du nouveau-né* déjà parus 307

Prématurité : Rouvrons les dossiers

Avec ce nouveau numéro des « Cahiers du nouveau-né » l'équipe du comité de rédaction aborde à son tour et autrement un sujet qui demeure particulièrement brûlant, celui de la prématurité. On ne peut guère, en effet, ouvrir une revue, un journal, un livre parlant de la naissance sans que ce thème soit abordé et abondamment commenté. Cet état de fait traduit sans doute assez bien l'inquiétude latente qui plane aujourd'hui sur les femmes enceintes et sur la grossesse. Celle-ci nous est souvent décrite comme un parcours plein d'embûches où tout faux pas peut être à l'origine d'une catastrophe irréversible.

Certes, chaque femme, à un moment ou à un autre, peut imaginer à l'avance, et souvent pour conjurer le sort, le drame que constitue la naissance d'un enfant au mieux « inachevé » et qu'il faudra garder durant des semaines en couveuse, au pire malade, mal formé, et, qui sait, peut-être gravement atteint dans ses fonctions neurocérébrales. Mais responsabilité ne veut pas dire culpabilité. C'est pourtant à ce dérapage que l'on assiste progressivement.

L'histoire, et singulièrement celle de la médecine, vient à sa manière en témoigner. Du temps où celle-ci en était à ses balbutiements, la naissance, la maladie et la mort étaient présentes au quotidien et vécues par tous, à la fois dans la crainte et dans la communauté. Petit à petit la médecine a progressé et s'est trouvée chargée par la société de gérer la maladie et la naissance et d'*exclure la mort*. Cette responsabilité a pesé de plus en plus lourd sur les épaules des médecins. Ils ont alors été tenus pour les responsables, non

seulement des maladies et des morts qu'ils ne parvenaient pas à enrayer, mais aussi tenus pour coupables de n'avoir pas su éliminer totalement de notre vie cette dimension menaçante et pourtant tout à fait essentielle.

La médecine n'est pas toute puissante, il est temps de s'en rendre compte. Car tenter de le masquer conduit alors à chercher des coupables. De plus en plus, les médecins, placés en position d'accusés ont tendance à rejeter ce fardeau sur les patients eux-mêmes. Cette donnée est sensible dans la perception que nous avons aujourd'hui du fait même d'être malade. Ainsi, placés dans cette situation, on n'est plus comme avant « souffrant », mais malades et accusés de l'être, y compris du fait des incidences financières de la maladie sur la communauté.

Soulever cette question de responsabilité, grosse de sentiments de culpabilité potentielle que médecins et patients se renvoient, aborder différemment la question de la prématurité, nous a conduits à affronter une certaine angoisse qui, bien que peu explicitée, était présente au cours de la table ronde que nous avons organisée en juillet 1982. Celle-ci nous a suivis comme elle suit sans doute bon nombre de femmes enceintes et leur compagnon. *Elle témoigne de notre refus de considérer la prématurité comme la sanction obligée d'une conduite coupable. Elle traduit notre souci d'ouvrir le sujet des naissances prématurées et de l'aborder dans toute la complexité qui préside à leur survenue.*

La prématurité nous interroge, elle interroge les médecins comme elle interroge les femmes et les couples. Il faut savoir saisir la chance de cette interrogation, même si elle nous dérange. Une femme a des contractions. Qu'est-ce que cela veut dire ? Que peut-on faire pour aider, pour écouter cette femme ? Dans ce cas-là, que signalent ces contradictions ? Le corps de la femme s'est-il trouvé forcé par la vie, par son inconscient, par son épuisement au travail, ou par tout autre chose ? Elle seule, au bout du compte, peut le dire si on l'écoute, et non si on la contraint. Et comment l'aider à comprendre ce qui jaillit ainsi en elle et s'y manifeste ? Peut-on, doit-on, apaiser ce corps qui s'agite, ou au contraire accepter de voir cet enfant sortir à

* Cf. intervention de J. Gélis au cours de la table ronde.

un moment où personne apparemment ne l'attend ni ne souhaite qu'il sorte ?

La réponse à toutes ces interrogations n'est ni simple ni unique. Celles qui sont passées par là témoignent, dans ce numéro, de leur désarroi, de leurs souffrances, et tentent de dire aussi ce qui les a aidées à faire cette traversée, et ce qui les a blessées, meurtries au plus profond d'elles-mêmes. Les médecins s'interrogent, et avec eux des historiens, des psychanalystes, des spécialistes en chronobiologie, des sociologues. Chacun à sa façon apporte sa pierre à la compréhension de l'ensemble invitant le praticien à s'accorder un moment de réflexion sur des gestes, devenus automatiques.

Un temps pour naître ? Quel est ce temps, quels sont ces repères qui reviennent dans nos vies au moment où nous nous y attendons le moins, et que depuis toujours les hommes ont cherché à connaître en consultant les astres ?

Le temps de naître du prématuré ne nous invite-t-il pas, à sa façon, à nous pencher sur lui ? Faut-il donc à tout prix le maîtriser, ce temps ? Peut-être nous fait-il simplement signe, signe que quelque chose est là, à découvrir et non à masquer.

Mais le voilà ! Il est sorti bien avant l'heure annoncée et prévue. Tout s'agite et se bouscule tout à coup ; les repères vacillent ; ceux du temps, des soucis des dernières semaines qu'on avait cru pouvoir consacrer aux ultimes préparatifs. Il est là, si petit, si fragile, il est né, à peine vu, on l'emmène ! Stop, pourquoi l'emmène-t-on ? Est-ce vraiment sûr que ce soit nécessaire, indispensable ? Ce nouveau-né ne serait-il pas mieux, beaucoup mieux parfois, simplement enfoui dans les bras chaleureux de sa mère ? Oui ou non, a-t-il besoin de cette assistance médicale que tout le monde s'emploie à lui prodiguer ? Là encore, les réponses sont multiples. Des enfants pour lesquels chacun affirmait, il y a peu de temps encore, qu'ils relevaient d'unités de soins intensifs, se révèlent au contraire susceptibles d'être gardés, pour leur plus grand bénéfice, auprès de leur mère. Des expériences et des témoignages présents dans ce Cahier en font foi. D'autres, au contraire, ayant souffert bien avant de naître, ont besoin, et de manière impérative, qu'on les aide médicalement à passer cette étape difficile.

Mais, là encore, les choses peuvent se passer de bien des façons différentes. Qu'elle ait donné naissance à un enfant prématuré n'est pas un motif valable pour rejeter, voire accuser, cette mère, plongée dans le plus profond désarroi, car c'est précisément alors qu'il faudra l'aider le plus ; et le père donc... ! et l'enfant ! Le fait d'être malade et soumis aux machines qui le font vivre ne l'empêche pas d'être un être vivant attentif, guettant le contact, à l'affût d'une parole, d'une caresse, de quelque chose qui soutienne son envie de vivre. Nous ne voulons pas non plus esquiver le problème de la douleur, celui de la souffrance de tous, face à ce tout petit pourcentage d'enfants qui garderont inscrites dans leur corps les marques de cette étape de leur vie ; à eux aussi nous tenterons de voir ce que nous pouvons leur apporter.

Tout au long de ce Cahier, bien des points de vue s'affrontent. Comment ne pas souligner que des divergences subsistent ? La table ronde qui nous a réunis a donné lieu à des échanges parfois vifs entre ses différents participants, mais tous ont accepté de mettre en question leur savoir, d'interroger leur pratique, pour lutter contre toute tentation de routine. Ce numéro, comme les autres, expose quelques réflexions et voies de recherche possibles, sans cacher les points d'ombre. Nous espérons qu'il aidera chacun de ceux qui le liront à progresser dans leur recherche personnelle. Nos théories ne sont peut-être, comme le dira le professeur Manciaux à propos des statistiques, que ces réverbères auxquels s'accrochent les ivrognes pour ne pas tomber. Sachons en accepter les limites et nous servir de ces bâtons tordus pour avancer malgré tout.

Laurent Le Vaguerèse

Prévenir la prématurité

Elya

Chantal BIRMAN *

« Oh ! là ! là ! Pourquoi bouges-tu autant, bébé ? Tu sais bien que je n'ai pas le temps, encore trois gardes et je te promets de faire attention à moi... à toi...

« Bébé, je vais pouvoir être enfin enseinte... Les copines, au boulot, elles ne s'y trompent pas, elles me disent : " Quand on te regarde marcher, Chantal, on ne dirait vraiment pas que tu es enceinte de bientôt sept mois. " Tu sais, bébé, c'est pourtant pour toi que je bosse à en crever. Parce que c'est vrai qu'en ce moment j'en crève ! C'est trop lourd, mon ventre, ma tête, mes seins, mes jambes qui montent et qui descendent cet escalier cent fois par jour, pour une perfusion à reposer, un examen à noter, une femme à consoler parce qu'elle aussi elle en crève devant son tout-petit, alors qu'elle a tout fait... mais alors tout, pour le consoler !

« Fait pas bon être une sage-femme enceinte à la Maternité des Lilas !

« Faut que je te dise que j'ai pris le maximum d'heures pour toucher le maximum pendant mon congé de maternité. On va pouvoir déménager. Yaëlle et toi, vous aurez une chambre pour vous. Ça vaut le coup, parce que, tu sais, ton papa et ta maman, ils sont un peu tendus en ce moment, ta sœur se réveille facilement, surtout quand on aimerait se retrouver tous les deux.

« Bon, voilà la copine qui vient prendre la relève, je

* Sage-femme à la maternité des Lilas, Paris.

termine les derniers papiers, en retard, comme d'habitude.

« La maison est tout à côté de la maternité. Quand je pense qu'il y en a qui, en plus, doivent se taper une heure de métro !

« J'ouvre la porte, un grand cri de joie m'accueille : " Maman ! ", et une petite boule toute ronde se jette sur mon ventre, sur toi, sur moi, sur qui, au fait ? Pas le temps d'y penser... On s'embrasse partout, c'est doux, c'est chaud, on s'aime... Voilà, zut, ça pouvait pas durer, comme je suis accroupie, c'est la crampe. Mon Dieu, tous ces moments d'amour qui s'interrompent douloureusement ! Avant de me redresser, ramassons les provisions que je viens de faire en passant devant l'épicerie, et qui m'ont échappé. Claude sort de la cuisine, il m'embrasse, la crampe est toujours là. J'ai du mal, moi, à l'embrasser... Il m'entraîne dans la cuisine. Sur la table, un superbe bouquet de fleurs et ça sent bon ! Ma parole, il a fait un ragoût ! En plus, la petite est baignée, il n'y a plus qu'à la coucher.

« Je sens bien que mon visage devrait s'illuminer, que je devrais dire " C'est super ! ", mais zut ! les projos intérieurs ne s'allument pas, et de ma bouche, un truc bien terne s'articule, du genre " Ça tombe bien, parce que je suis épuisée. " Alors, évidemment, en réponse à si peu d'enthousiasme, j'ai droit au fameux : " T'en verras pas beaucoup, des mecs comme moi ! " Hum, le niveau baisse, et je vois bien que j'y suis pour quelque chose... Si je me pose cinq minutes, ça va sûrement remonter. Vite, une chaise. STOP.

« Claude prend Yaëlle dans ses bras et la couche. Il revient : " Espérons qu'on va pouvoir être tranquilles ! " Mais non. " Maman, ze veux que tu viennes. " J'y vais. C'est vrai que, depuis hier, elle n'a pas eu son compte de tendresse maternelle. Alors la petite histoire, les mille caresses, et comme ça va faire un quart d'heure que je suis assise près du lit de ma chérie, v'là l'autre qui recommence à pédaler comme un fou. Qu'est-ce que tu bouges, toi, aujourd'hui ! Bon. Je sens bien que je ne suis plus à rien : ni à toi qui par miracle t'endors, ni à toi qui pédales, ni à toi et ton ragoût, ni à moi... Je le mange sans avoir faim, ce ragoût, j'attends trop de pouvoir me coucher... Ça y est, j'y suis, il y est aussi. " Tu sais, il n'a pas arrêté de bouger aujourd'hui. Regarde. " Il regarde, il touche mon ventre,

mais l'autre n'arrête pas. Moi qui croyais m'endormir aussi sec, c'est raté. Tout le monde s'est endormi, sauf moi et ce bébé qui, d'un dernier coup de pied sur la vessie, déclenche un crac bizarre dedans, qui me fait faire pipi au lit. Je me lève, je vais aux toilettes, ça coule, et quand je reviens au lit, ça coule toujours. Bon, je suis vraiment trop fatiguée, je me couche, bourrée de garnitures. On verra ça demain...

« Le réveil sonne, c'est l'heure d'aller bosser. Je m'habille. Je change mes trois garnitures, je les sens. C'est de l'eau...

« J'attrape mes espadrilles, c'est moins fatigant de monter et de descendre les escaliers avec les espadrilles, j'avale debout un bol de café et je fonce au boulot. Dans ma tête, ça n'arrête pas de dire " C'est de l'eau, c'est de l'eau ", et quand j'arrive devant la maternité, ça gueule : " Mais, Chantal, C'EST DE L'EAU ! "

« Je crie " NON ", là, devant ces escaliers, et je pleure, et je pleure.

« La chambre 25 est libre, c'est une chance, un coup de bol, une chambre seule. Je pleure toujours quand je le dis aux copines... Carrément, Babette, toi, tu dis : " Bon, ben, y a pas d'illusions à se faire, ça veut dire : pas de sage-femme pour la journée, c'est nous qui allons nous coltiner le boulot en plus du nôtre. »

« Je préviens Claude. J'ai un col long, fermé, postérieur, et pas de contractions. Eh oui ! pas une seule petite contraction. Alors je refuse cette perfusion. Oui, je suis largement une menace d'accouchement prématuré, je suis même devenue en quelques minutes la plus grosse MENACE de tout le service, mais mon utérus est souple, touchez si vous voulez pas le croire. La perfusion, c'est pour empêcher les contractions, et des contractions, j'en ai pas. Trop logique, le raisonnement, ça les chiffonne sacrément que je ne veuille pas de traitement à ce moment-là. Par " chance ", ça s'éclaire dans la journée ; en plus de l'eau, il y a du sang. Voilà, nous y sommes tous, c'est un placenta praevia. L'échographie confirme.

« Pour toi aussi, bébé, ça se complique, car qui dit accouchement prématuré plus placenta praevia dit bébé hyper-fragile.

« Il est temps que la science te revienne, ma vieille, parce que, jusqu'à présent, on ne peut pas dire que tu as été vraiment à la hauteur de ta noble culture. Même mainte-

nant que tu parles avec F... pour lui réclamer une place dans son service à M..., qu'est-ce qui te prends de lui demander : " En combien de temps le risque des membranes hyalines est écarté ? " Lui, il te répond : " Mais enfin, madame, tout dépend du rapport L/S ! " On ne peut pas dire que tu ne l'as pas cherchée, celle-là. Ce que tu as moins cherché, c'est que le thème du staff du lendemain à M..., c'est l'" incompétence des sages-femmes des Lilas ". Ouaf, ouaf ! Ça, je l'ai su, parce qu'une de vos internes pédiatres malgré les " lacunes " des sages-femmes des Lilas, a accouché chez nous, et que c'est bien connu que chez nous, on cause.

« Bref, ben justement, M. F..., mon rapport L/S, il est plus que minable. Il te garde une place. Au revoir, monsieur, merci encore, je vous suis très reconnaissante.

« Ça y est, j'ai des contractions, c'est parti pour les perfusions. Douze jours de perf.

« Et puis ce matin, on ne peut plus rien faire. Le terme aujourd'hui est sept mois et deux jours, le poids estimé par les échographistes, de seize cents grammes ; en fait, tu pesais deux kilos.

« Le comble, c'est que je m'étais crevée pour rien. Il m'a manqué trois gardes pour être payée à plein temps !

« Autant, pour mon premier accouchement, j'ai accepté, malgré ma révolte, que cet utérus douloureux me domine complètement, autant, cette fois-ci, ce n'était plus possible. Alors, à trois centimètres de dilatation, Dominique m'a fait une péridurale. À propos, Dominique, tu fais comme si c'était ton enfant, pas de réanimation si ça ne va pas. Les pédiatres le disent bien, que les parents devant une naissance à haut risque sont euthanasiants. Voilà, encore une fois confirmé. Mais, voyez-vous, une grossesse, ça peut toujours se recommencer, tandis qu'un handicapé psychomoteur, c'est à vie... Vous comprenez ? Non. Justement, ça, vous ne le comprenez pas, vous me l'avez d'ailleurs suffisamment expliqué.

« Ça y est, ça pousse. Je me redresse, et c'est à cette seconde-là que j'ai eu l'angoisse la plus forte, bébé. Devant moi, il n'y avait pas de ventre sur quoi pousser. " Domi, Valérie, Claude, je n'ai pas de ventre... je pousse sur rien... "

« Plus tard, ils me diront que l'angoisse était passée cinq sur cinq. Quelques secondes après, un petit bout de tête

sortait, et Valérie me faisait un clin d'œil que je n'ai pas compris. " Tu sais, Chantal, quand j'ai vu ses cheveux apparaître, je ne saurais pas te dire pourquoi, j'étais sûre qu'il allait bien. "

« Te voilà dehors. Tu t'appelles Elya. Et tu rampes sur mon ventre à la recherche du sein. Tu es si beau ! SI BEAU...

« Te voilà gigotant dans la couveuse, tu regardes partout et ton regard, il est tranquille, calme, se posant sur chaque être, chaque chose, avec cette force de vie que je ne suis pas loin de trouver surnaturelle.

« L'équipe du S.A.M.U. arrive et en quelques minutes, te voilà déguisé (eh non, ce n'est pas un déguisement, puisque je ne te reconnais plus) ; te voilà devenu plus petit, tout petit, au milieu des fils et des machines. On attache tes pieds et tes mains pour la première fois et, quand les magiciens t'emmènent, c'est fini, tu fais partie des machines, mon enfant.

« Le pédiatre du S.A.M.U. revient me dire : " On le met sous oxygène pour le transport, par mesure de sécurité, mais, vraiment il n'en a pas besoin. Ce que je peux vous dire, c'est qu'actuellement, sur le plan respiratoire et neurologique, il est parfait. " Merci d'être remonté pour me le dire, vous n'étiez pas obligé, merci de cette gentillesse en plus, qui fait de vous un être humain. Merci, cette toute petite phrase dite à ce moment-là, je ne l'oublierai jamais.

« Claude et Suzanne vous suivent en voiture. Claude revient me dire le soir : " Tu sais, j'ai trouvé ça formidable qu'à l'époque d'Auschwitz, du Cambodge, il y ait des gens qui s'associent pour sauver les tout petits bébés. Mais tout cela est si fragile, ça tient à un fil, un fil électrique... Il suffirait de peu, de très peu pour qu'on décide que c'est inutile, que ça s'arrête. C'est le contraire de la barbarie que je viens de voir à M... "

« Le premier jour où je t'ai vu, dans cette cathédrale de la civilisation, j'ai pourtant beaucoup pleuré. Le seul fil, Elya, que je comprends pour tous les bébés du monde, c'est celui, tout chaud et palpitant, de leur cordon. Oui, j'ai compris avec ma tête la nécessité que tu sois là, mais l'autre " tête ", mon corps, ton corps, ils ne comprenaient rien à ce vide. C'est comme si, pour la première fois de ma vie, la folie avait une forme, un visage, une odeur. Elle a été là, tout

près de moi, dans moi. J'ai cherché pendant ces cinq semaines de ton hospitalisation, de toutes mes forces, de tout mon lait qui diminuait chaque jour, les gouttes de musique qui seraient mon blues, notre harmonie, ta chanson.

« Petit bonhomme, du bout des doigts, deux heures par jour, je libère tes pieds, tes mains attachés. Je masse ton dos rouge. Chaque jour, je suis là de plus en plus impuissante devant les bleus des piqûres qui s'agrandissent, devant tes cheveux qu'on tond. Plus les jours passent, et plus le vide s'agrandit entre nous.

« Ce ne sera que la veille de ton départ que tu auras le goût du lait dans ta bouche. J'étais là et j'ai demandé à l'aide-soignante la permission de te mettre au sein. C'était bien mon sein, c'était bien toi qui tétais, mais c'est pourtant à ce moment-là que j'ai compris que ton vécu et le mien, pendant ces cinq semaines, avaient été trop lourds pour tous les deux. Nous étions trop loin l'un de l'autre, c'était cassé. En même temps, c'est aussi à ce moment-là que je crois bien avoir respiré pour la première fois.

« Le lendemain matin, j'arrivais avec le couffin, Yaëlle et ma sœur Noëlle, et, après un dernier examen pour eux, véritable exercice de voltige pour toi, nous nous sommes sauvés.

« Après les deux premières semaines, tu découvrais, craintif et étonné, qu'on pouvait te toucher sans t'examiner, s'approcher sans te piquer, te donner le sein ou le biberon sans te gaver. Tu dormais beaucoup, j'avais l'impression que tu récupérais des montagnes de fatigue. Des copines, dans la façon qu'elles avaient de te prendre, de te regarder, m'ont beaucoup aidée. Moi, j'avais peur de toi... Qui étais-tu ? Qu'allais-tu me demander ? Saurais-je te comprendre et surtout te répondre, moi qui étais si paumée ? J'avais perdu confiance en moi, mais c'est surtout à toi que je ne faisais pas beaucoup confiance. Je guettais dans les squares, dans la rue, les autres bébés qui étaient nés en même temps que toi. Il n'y avait pas à dire, tu avais deux mois de moins. Mais ce qui me faisait le plus peur, c'étaient ces cinq semaines de séparation pendant lesquelles je ne savais presque rien sur ce que tu avais vécu. Quelles que soient les circonstances, je sais maintenant qu'il est absolument fondamental que les mères soient hospitalisées avec leurs enfants. Une épreuve douloureuse, difficile, ça

peut se vivre ensemble. Une séparation, c'est un vécu de fantasmes qui n'a rien à voir avec la vie.

« Quand tu as eu huit mois, nous étions déjà des costauds tous les deux. Toi plus que moi, d'ailleurs, puisque j'ai encore eu besoin d'un examen psychomoteur, fait par un spécialiste, pour m'en convaincre. Dès que je suis entrée dans cet endroit, j'ai su que j'avais fait une erreur. D'autres mères étaient là, portant des enfants de deux ans dans leurs bras. Elles s'acharnaient à récupérer têtes et membres qui, au moindre de leurs mouvements, retombaient par-ci par-là. Regards perdus de désespoir et de solitude, je vous ai vus et je ne dirai jamais plus " les progrès de la science ".

« Nous entrons dans un petit bureau où le professeur Chose, un assistant, un interne, une infirmière, une assistante et un psychologue nous attendent. Dans cette ambiance propre à la confidence, je n'explique rien, parce que je n'ai plus rien à dire.

« Par contre, mes mots se bousculent pendant et après l'examen que vous faites à Elya. Pourquoi cette brutalité, pourquoi l'avoir terrorisé, et pourquoi calculez-vous son temps de récupération en me le jetant dans les bras ? Vous ne comprenez donc jamais rien. Vous êtes même à l'abri de votre propre connerie. Fallait le faire.

« Là, dans la voiture qui nous ramène à la maison, je te promets pour toujours : " C'est fini, mon bébé... Jamais plus... "

« Aujourd'hui, tu as deux ans et demi. Tu es un enfant formidable.

« De cette toute petite histoire, il nous reste ton humour. Mais, avec toi, je ne sais plus si l'humour est une façon d'être à distance l'un de l'autre ou complètement ensemble.

« Une certitude profonde et puissante est née en moi, elle s'appelle " Elya, je t'aime ". »

En lisant le texte de ce témoignage chacun, spontanément, se pose cette question : comment éviter que de tels drames ne se produisent ? Les femmes qui accouchent prématurément sont-elles différentes des autres femmes, et qu'est-ce qui les distingue de celles-ci ? Que peut-on faire pour elles ? C'est cette façon d'aborder les problèmes qui a été au centre de la démarche d'une grande partie du corps médical, à travers le monde, ces dernières années. Le professeur Papiernik fut l'un des pionniers en ce domaine. Pour lui, le but de tout médecin recevant une femme enceinte doit être de l'amener à effectuer dans sa vie les changements nécessaires à sa nouvelle condition, changements qui varient d'une femme à l'autre. Mais la question se pose de savoir si le médecin est toujours à même de dire en quoi doit consister cette évolution, en quoi doit consister ce changement. Ne prend-il pas en compte surtout une certaine dimension du problème ? M. Odent, de son côté, ouvre une autre voie. Celle-ci met davantage l'accent sur la dimension, pour lui essentielle à respecter, d'une économie materno-fœtale que la mise en place des thérapeutiques habituelles risque de perturber. Mais ne devons-nous pas alors nous interroger sur le danger qu'il y aurait à trop vouloir « laisser faire », et le médecin a-t-il, dans cette perspective, encore un rôle à jouer et lequel ?

Prévention de la prématurité

Émile PAPIERNIK *

Il est possible de diminuer le nombre des naissances prématurées, nous commençons à avoir suffisamment d'arguments pour affirmer que la politique de prévention proposée depuis 1969 a été efficace.

Cette réussite ne tient pas à l'emploi d'un geste simple, d'une thérapeutique panacée. Elle ne devient efficace que si la proposition de prévention est prise en charge par la femme enceinte. La prévention de la prématurité est nécessaire encore à ce jour. On avait pensé que l'apparition des médicaments bêta-mimétiques allait rendre inutile tout effort de prévention. Sans méconnaître les services éminents rendus par ces produits, il faut bien reconnaître que dans de nombreux cas (la moitié, au moins) on ne peut pas s'en servir car la femme arrive trop tard, avec un accouchement trop avancé, ou du fait d'une véritable contre-indication maternelle.

La prévention est nécessaire malgré les progrès très remarquables de la prise en charge néonatale des enfants nés trop tôt. Nous avons appris que les naissances des prématurés devraient être encore plus surveillées que les naissances des enfants à terme. Il en résulte une nette augmentation des césariennes et une nette amélioration de l'état des enfants. Les services de néonatologie continuent à recevoir beaucoup d'enfants nés trop tôt. Les progrès de la néonatologie sont fascinants. Cette évolution n'est pas sans

* Gynécologue accoucheur. Chef de service à l'hôpital Antoine-Beclère, à Clamart.

poser de problèmes. L'analyse méticuleuse de ce qui se passe dans les équipes les plus avancées montre que les nouveau-nés de très faible poids de naissance (moins de mille cinq cents grammes ou moins de mille grammes constituent une clientèle de plus en plus importante de services de néonatologie, alors qu'il y a peu de temps ils étaient abandonnés à leur sort. Cette évolution retentit sur les durées de séjour, sur les coûts, d'une façon non négligeable. Malgré toutes les précautions, les soins les plus évolués ne peuvent éviter complètement les séquelles graves dans ces groupes de poids en particulier, et les meilleures équipes pensent que 10 pour 100 des survivants de ce groupe de moins de mille cinq cents grammes vont porter des séquelles lourdes.

La prévention reste à faire dans bien des lieux et on ne peut qu'être profondément étonné de voir paraître en 1981 des études d'épidémiologie descriptives donnant exactement les mêmes résultats que celles publiées dix ans et vingt ans auparavant (Berkowitz, 1981) ; c'est-à-dire qu'on retrouve les mêmes éléments appelés facteurs de risque : la prématurité est plus fréquente chez les pauvres, les mal informés ; elle atteint les très jeunes femmes, les célibataires. Il existe des facteurs dits médicaux comme l'antécédent d'accouchement prématuré, les antécédents d'interruption de grossesse avec curetage, des risques pendant la grossesse comme les métrorragies. Bien sûr, en cas de placenta praevia, d'hydramnios ou de gémellité, le risque est nettement plus élevé. Ces publications confirment bien que ce que nous avons pu montrer avec d'autres reste inconnu dans bien des pays et en particulier aux États-Unis. Toutes ces publications descriptives nous rappellent que la prématurité est une maladie ayant un très fort gradient [1] social, sans nous proposer la moindre explication de ce phénomène frappant.

La politique de prévention a reposé sur deux actions complémentaires. L'une est la reconnaissance des facteurs de risque, l'autre est la volonté de s'en servir. Nous avons mieux appris à mesurer les facteurs de risque de la prématurité en montrant qu'il y avait une relation entre la

1. Gradient : taux de variation de la prématurité, en fonction, ici, du niveau social. *(N.d.l.R.)*

vie quotidienne et l'apparition de contractions utérines. L'interrogatoire méticuleux des femmes qui venaient d'accoucher trop tôt m'avait révélé que certains gestes de la vie quotidienne pouvaient déclencher un accouchement prématuré. J'avais ainsi reconnu les effets d'un déménagement, d'un long trajet en voiture, les effets d'activités comme l'aménagement de la chambre du futur nouveau-né, mais surtout j'avais pu mettre en évidence l'importance déclenchante du travail pénible des femmes employées à l'extérieur, des longs trajets pour se rendre au travail. Cette première démonstration apportée dans l'étude pérénitale de Haguenau — Papiernik (1973) par l'analyse d'une population parisienne (Estryn M., 1978), et surtout ce qu'apportent Nicole Mamelle et Philippe Lazar (1980), par la recherche sur les conditions de travail de trois mille femmes enceintes — toutes ces études montrent que la prématurité augmente avec la pénibilité des tâches, augmente avec la durée hebdomadaire du travail salarié. Cette redécouverte vient préciser en termes d'aujourd'hui ce qu'avait déjà démontré Adolphe Pinard, et qui a été retenu dans la proposition d'un arrêt de travail inclus dans la Protection maternelle et infantile ensuite, depuis 1945.

L'effet déclenchant du travail physique ne contredit pas ce qu'on savait des facteurs médicaux. Nous avons montré, Mamelle et Lazar également, que ces facteurs de risque se conjuguaient c'est-à-dire qu'un effort physique modéré qui ne ferait rien de mal à une femme enceinte normale pouvait avoir les conséquences les plus graves quand il existait un antécédent d'accouchement prématuré, c'est-à-dire probablement un col moins résistant.

Nous avions montré aussi que la surveillance soigneuse de la longueur du col en cours de grossesse était un indicateur précieux de risque — le raccourcissement ou l'ouverture étant associé à des taux plus élevés de prématurité.

C'est progressivement et avec certaines difficultés que nous avons mis au point une technique d'action préventive.

Parmi les difficultés, la principale a été, comme souvent, la tentation technique. Nous avons cru à un moment que l'augmentation importante de la proposition de cerclage du col allait résoudre le problème.

Nous avons dû déchanter et, après avoir soigneusement

mesuré nos actions, nous avons été amenés à admettre que l'extension des indications de cerclage n'apportait pas de bénéfice et pouvait entraîner des inconvénients pour la femme. Il nous a fallu rebrousser chemin et prendre une attitude plus modérée. La réalisation d'un essai thérapeutique contrôlé a été essentielle à cette réduction de la proposition purement technique (P. Lazar, 1981).

Nous avons mis du temps à comprendre que l'essentiel de notre action passait par la prise de conscience de la femme et par sa décision de modifier sa façon de vivre. La femme peut apprendre de l'institution qu'elle a des prédispositions défavorables ; elle admet ce terme plutôt que celui, barbare, proposé par la tradition épidémiologique de « facteurs de risque ». Elle peut s'élever contre l'injustice d'avoir un utérus malformé ou une béance cervico-isthmique, mais elle sera obligée d'accepter le fait comme elle accepterait, faute de pouvoir y remédier, de voir apparaître chez elle une hypertension artérielle. Elle demande alors ce qu'il est possible de faire pour réussir sa grossesse quand même, malgré cet obstacle, ce handicap. C'est là que l'information transmise par l'équipe de la consultation prénatale sur l'importance des gestes de la vie quotidienne deviendra essentielle.

Les femmes enceintes, pour la première fois, ne savent pas interpréter les perceptions provoquées par des contractions utérines. C'est une raison fréquente de l'excès de prématurité pour la première grossesse. La consultation prénatale sera le moment où il faut expliquer à la femme que ce qui peut être perçu comme pesanteur basse en arrière est en fait une contraction. C'est là qu'il faut lui faire découvrir le fait que cette perception anormale n'a lieu que le soir après la journée de travail ou lors de certains gestes, comme soulever, porter, courir.

La réponse à la proposition de prévention traduit l'attitude de la femme concernant la réussite de sa grossesse. Elle traduit aussi sa position dans la société et les tensions auxquelles elle est soumise. Il arrive qu'une situation conflictuelle puisse exister entre l'envie de réussir sa vie professionnelle et la nécessité de s'arrêter de travailler souvent proposée par un médecin ; ou bien, plus souvent, la femme enceinte ne veut pas accepter de limitation à son activité, voulant rester normale, pas malade.

Il est bien évident que les femmes les moins déterminées,

celles qui ne sont pas sorties encore de la situation d'ambivalence du début de grossesse, peuvent manifester clairement leur absence d'envie de faire tout pour avoir cet enfant.

La femme établit une transaction entre ses différents désirs ou entre ses désirs et les nécessités sociales impérieuses. La transaction est plus ou moins favorable à l'évolution sans échec de sa grossesse.

La société a un rôle, bien sûr, sur la façon dont cette transaction se joue. Dans les pays scandinaves, quand l'arrêt de travail est très précoce, à vingt-quatre semaines de grossesse (cinq mois), les négociations sont courtes et la fréquence de la prématurité nettement plus faible que dans le sud de l'Europe où l'arrêt de travail avant la naissance est bien plus tardif (à trente-quatre semaines en France).

L'évolution actuelle des envies légitimes des femmes de réussir pleinement une carrière professionnelle ou même seulement de garder leur emploi va à l'encontre de leur désir de réussir un enfant.

L'employeur ne peut pas considérer que l'enfant est fait pour lui ; la concurrence est claire et va se manifester par un conflit ouvert, par une limitation de la promotion des femmes qui auront résisté aux intérêts de l'employeur, par une réticence de l'employeur à embaucher des femmes.

Ainsi la prématurité mélange curieusement prédisposition et désir, personne et société. C'est pourquoi la compréhension de son mécanisme déclencheur a été si longue à venir, c'est pourquoi la prévention en est encore si insuffisante.

L'analyse des résultats actuels de la prévention montre des résultats très encourageants. Elle révèle une réduction de l'ordre de la moitié des cas de prématurité observée dans toutes les institutions qui ont bien voulu lancer cette politique et affirmer leur volonté de prévention comme un de leurs objectifs principaux. Cette réduction s'accompagne clairement d'une nette diminution du gradient social. L'effet ainsi obtenu pouvait être prédit, la prématurité résiduelle se limitant de plus en plus aux cas vraiment irrépressibles expliqués par des raisons médicales non réductibles. Il persiste de très grandes différences géographiques, et aussi sociales, quand la prévention n'a pas été proposée.

Éléments de bibliographie

BERKOWITZ G.S., *An epidemiologic study of preterm delivery,* Am. J. Epidemiol.1981, 113 (1), 81-92.

DEBRÉ R., JOANNON P., CRÉMIEU-ALCAN M.T., « Enquête internationale sur la mortalité fœto-infantile » (organisée sous les auspices du Comité d'Hygiène de la Société des nations), *Revue d'hygiène* n° 1, janvier 1934, 6-42.

DEBRÉ R., JOANNON P., CRÉMIEU-ALCAN M.T., « Enquête internationale sur la mortalité fœto-infantile. Résultats de l'enquête », *Revue d'hygiène* n° 2, février 1934 (tome LVI), 81-123.

DEBRÉ R., JOANNON P., CRÉMIEU-ALCAN M.T., « Enquête internationale sur la mortalité fœto-infantile. Enseignements de l'enquête », *Revue d'hygiène* n° 3, mars 1934 (tome LVI), 161-205.

ESTRYN M., KAMINSKI M., FRANC M., FERMAND S., GERSTLE F., « Grossesse et conditions de travail en milieu hospitalier », *Rev. franç. gynéc.*, 1978, *73,* 10, 625-631.

KAMINSKI M., PAPIERNIK E., *Multifactorial study of the risk of prematurity at 32 weeks of gestation II : A comparison between an empirical prediction and discriminant analysis,* J. Perin. Med., 1974, *2,* 37-44.

MAMELLE N., MUNOZ F., COLLIN D., CHARVET F., LAZAR P., « Fatigue professionnelle et prématurité, 16es Journées nationales de médecine du travail, Clermont-Ferrand, 1980.

PAPIERNIK E., « Le coefficient de risque d'accouchement prématuré », *La Presse médicale,* 1969, *77,* 793-794.

PAPIERNIK E., « Fatigue et résultat de la grossesse », *in Vers une grossesse sans risque,* Monaco II, Nestlé-Guigoz, 1973, 214-220.

PAPIERNIK E., KAMINSKI M., *Multifactorial study of the risk of prematury at 32 weeks of gestation I : A study of the frequency of 30 predictives characteristics,* J. Perin. Med., 1974, *2,* 30-35.

PINARD A., « Note pour servir à l'histoire de la puériculture », *Bull. Soc. méd. publique et hyg. profes.*, 1895, XVIII, 326.

Prématurité et respect du symptôme

Michel ODENT *

Faut-il prévenir l'incident ou respecter le symptôme ? Rarement la question est posée en ces termes. Il est de bon ton habituellement de prôner une attitude préventive active et d'interpréter sans discussion la baisse du taux de prématurité des années soixante-dix comme une conséquence d'habitudes médicales nouvelles :

— multiplication des consultations prénatales ;
— repos au lit, ou même hospitalisation en cours de grossesse ;
— recours quotidien à des drogues apparues récemment dans la pharmacopée (drogues ß mimétiques diminuant la contractibilité utérine, hormones à action progestative, etc.) ;
— cerclage du col...

Le médecin et le public croient à la raison d'être et à l'efficacité de la prévention individuelle de la prématurité.

Dans un tel contexte il semble utile d'évoquer la stratégie d'un service où le symptôme prématurité apparaît comme délibérément respecté :

— utilisation nulle des drogues ß mimétiques et des produits hormonaux ;

* Gynécologue accoucheur. Chef de service à l'hôpital de Pithiviers (45 300).

— pas de cerclage du col (ou un pour mille accouchements, afin de ne pas contredire les indications formelles posées préalablement par d'autres) ;
— pas de repos au lit ;
— pas d'hospitalisation préventive ;
— jamais nous ne parlons de l'état du col (col trop court, trop mou, trop entrouvert...) ;
— lorsqu'une gestante évoque « ses contractions », nous donnons un sens à l'activité utérine (l'utérus n'est pas un muscle inerte »... « Une contraction est peut-être une stimulation positive pour le bébé »...) ;
— jamais d'arrêts de travail imposés : mais si une femme a un travail considéré comme peut gratifiant et pénible, nous n'hésitons pas à aller au-devant de sa demande ;
— jamais d'examens complémentaires si la conduite à tenir n'a aucune chance d'être influencée par les résultats (échographies...) ;
— nous réduisons le nombre de consultations aux quelques séances obligatoires, dans la mesure où la future mère ne manifeste aucun sujet d'inquiétude ; au contraire nous cherchons à multiplier les occasions de fréquenter la maternité (visite des salles de naissance ; groupes chantants autour du piano ; réunions entre gestantes et accouchées, etc.) afin de rendre les lieux et les membres de l'équipe aussi familiers que possible.

Il est un peu artificiel de chercher à raconter l'historique de notre démarche. En effet, parallèlement, nous avons, d'une part, commencé à nous interroger sur l'accouchement prématuré en tant que symptôme et, d'autre part, nous avons appris à douter de l'utilité et de l'efficacité des mesures préventives conventionnelles. Nous avons pris conscience de la prématurité en tant que symptôme en 1976. Un accouchement prématuré le jour même où le père de l'enfant partait au Guatémala nous a mis sur la voie. À la même époque, la lecture de la thèse de Laurent Le Vaguerèse [1] a achevé cette prise de conscience. Par la suite quelques exemples de « morts in utero » consécutives à des menaces d'accouchement prématuré traitées par des

1. LE VAGUERÈSE Laurent, *Éléments pour une approche psychanalytique du problème des prématurés et de la médecine de réanimation néonatale,* thèse de doctorat en médecine, 1976.

moyens mécaniques et de fortes doses de drogues ß mimétiques nous ont conduit à penser que le respect du symptôme-prématurité aurait pu être bénéfique. *Tout se passe comme si le besoin de naître allait parfois de pair avec l'impossibilité de survivre dans l'utérus.* Notre scepticisme vis-à-vis des mesures préventives conventionnelles s'est progressivement renforcé au cours de ces dernières années. Nous avons très vite compris que l'accouchement prématuré était exceptionnellement un phénomène lié à l'état du col de l'utérus. Certains travaux ont étayé notre conviction en suggérant que la menace d'accouchement prématuré intéresse habituellement l'ensemble de l'économie materno-fœtale. Nous pensons aux travaux de Jung et Titze [1] tendant à montrer, par l'étude des « rhéobases », que la menace d'accouchement prématuré intéresse à la fois les systèmes neuro-musculaires lisses et striés. Nous pensons aussi à des travaux comme ceux d'A. Jolivet et J.-P. Gautray [2] — objectivant une relation entre les variations des taux de stéroïdes du liquide amniotique et l'approche de l'accouchement, que celui-ci soit prématuré ou à terme. Il en est de même de la découverte récente dans le sang du cordon d'une substance inhibitrice de la transformation du cortisol en cortisone [3] (qui entrerait en compétition avec la II HSD, enzyme catalysant la transformation du cortisol en cortisone) : tout permet de penser que l'élévation du taux de cet inhibiteur précède le début du travail.

La diminution de l'activité respiratoire fœtale (confirmée dans l'espèce humaine par les examens échographiques) dans les heures qui précèdent le travail spontané induit les mêmes interprétations.

Les raisons de nos réticences à utiliser des drogues ß mimétiques sont multiples et difficiles à analyser. Elles sont en partie liées à nos interrogations sur l'« éveil » des fonctions sensorielles fœtales. Nous avons été troublés par une rencontre avec Inge Flehmig [4] qui prétend recon-

1. Ces travaux ont été judicieusement rappelés par IRMANN, de Strasbourg, dans le *Bulletin officiel de la Société française de psychoprophylaxie obstétricale,* n° 68.
2. I.N.S.E.R.M., mars 1970, p. 111 à 120.
3. PEARSON-MURPHY, B.E., *Am. J. Obstet. gynecol.,* 1981, 139, 353-358.
4. Institut für Entwicklungsneurologie, Hambourg.

naître, par leur sensibilité cutanée, les enfants qui ont séjourné dans un utérus paralysé par des ß mimétiques. Nous avons aussi été plusieurs fois surpris de constater à quel point ces médications, par leurs effets secondaires, semblent perturber le bien-être de certaines femmes enceintes.

Quant à notre réticence à imposer des séjours au lit pendant la grossesse, elle a pour origine notre scepticisme vis-à-vis de l'efficacité d'une telle prescription, mais aussi une interrogation sur la privation sensorielle que cela pourrait représenter pour le fœtus. Tout permet de penser que le sens kinesthésique (et en particulier le système vestibulaire), se développe précocement pendant la vie utérine. Le nerf correspondant est « myélinisé », c'est-à-dire fonctionnel, dès la vingtième semaine. Le sens qui assurera l'équilibre peut être considéré comme le plus fondamental de tous. On peut même penser que nos relations avec l'espace, avec la terre, précèdent les relations interindividuelles. Nous passons notre vie à défier la pesanteur et à rechercher du plaisir en stimulant le système vestibulaire. Il est évident qu'un système aussi constant et aussi ancien sur le plan phylogénétique doit jouer un rôle sensori-moteur de premier plan. Nous sommes surpris que, jusqu'à présent, les accoucheurs n'aient jamais pris conscience de toutes les conséquences possibles d'un repos au lit imposé. Il faut ajouter que notre conception actuelle de la physiologie de l'accouchement donne d'autres raisons de craindre *a priori* les effets de l'immobilisation prolongée. On comprend de mieux en mieux aujourd'hui que l'effort physique exige la sécrétion d'endorphines et que l'entraînement à l'effort facilite cette sécrétion. Dans la mesure où le système des « opiacés endogènes » semble fortement impliqué dans le processus de l'accouchement, on peut entrevoir d'autres aspects négatifs du repos au lit pendant la grossesse. D'une façon générale, il peut paraître surprenant que le repos au lit prolongé soit une prescription aussi fréquente pendant la grossesse, alors qu'aucune étude n'en a jamais démontré les effets positifs. Tout se passe comme si le médecin avait besoin de coucher la mère, non seulement pendant l'accouchement, mais même déjà pendant la grossesse. La prescription de drogues paralysant l'utérus est un autre aspect de ce besoin d'éliminer la mère.

Ainsi notre attitude vis-à-vis de la prématurité est peu conforme aux idées divulguées depuis quelques années.

Avec un certain recul, il nous a paru utile d'évaluer les taux de prématurité correspondant à notre pratique. Dans un but de simplification et de rapidité des calculs, nous avons retenu tous les nouveau-nés dont le poids de naissance était inférieur à deux kilos cinq cents :

— pour les 1 000 naissances ayant précédé le 31 décembre 1973 : 49 prématurés ;

— pour les 1 000 naissances ayant précédé le 31 décembre 1980 : 25 prématurés.

Bien entendu il y a un parallélisme avec l'abaissement concomitant du taux de mortalité périnatale (de 14 à 9 pour 1 000).

Ces chiffres pourraient être longuement discutés avant d'être interprétés. On pourrait s'interroger en particulier sur les effets possibles d'un recrutement devenu peut-être qualitativement différent et beaucoup plus diversifié sur le plan géographique. Tout en sachant que, dans la deuxième série, certaines femmes, après avoir manifesté leur intention de venir dans notre établissement, ont accouché prématurément dans un centre plus proche de leur domicile, il convient de souligner que le nombre absolu de prématurés demeurant dans notre secteur est passé de 19 à 10. Avant le 31 décembre 1973, le recrutement était strictement local et le nombre annuel de naissances était d'environ 500. La deuxième série correspond à une période où un recrutement extérieur important s'est ajouté au recrutement local et où le nombre de naissances a été d'environ 900. Cette baisse de taux de prématurité est générale. Elle se situe à la même époque dans tous les pays d'Europe occidentale. Ce phénomène est d'interprétation difficile. L'incidence positive d'une attitude médicale active peut être mise en doute. Nous serions tenté de souligner qu'à la même époque les habitudes et la législation concernant l'interruption de grossesse ont rapidement évolué. Lier les deux phénomènes, c'est sous-entendre que parmi les femmes sollicitant consciemment un avortement, une proportion significative élevée aurait été autrefois vouée à l'interruption involontaire prématurée de la grossesse. C'est également au cours de cette dernière décennie que

l'image du nouveau-né s'est brusquement transformée. Le phénomène Leboyer, cette profonde résonance mondiale d'une succession d'œuvres d'art destinées à un large public, a vraisemblablement contribué à donner un autre sens à la grossesse et à l'accouchement.

La prématurité et les recherches portant sur celle-ci n'ont pas intéressé seulement les médecins praticiens. Tous ceux qui ont une responsabilité dans l'organisation de la vie sociale se sont penchés sur cette question. Le plus souvent ils ont appuyé leur réflexion sur des données statistiques ; mais les conclusions pratiques que l'on peut tirer de telles études ne permettent pas, si l'on veut en respecter l'esprit, comme le fait N. Mamelle, une diffusion systématique. La voie à tracer se fraye à travers deux écueils également menaçants : le premier, celui d'une récupération à des fins démagogiques, qui en ignorait les subtilités ; le second, qui conduirait au dépistage d'individus plutôt qu'à la reconnaissance de situations qu'il serait souhaitable, autant que possible, de modifier.

La prématurité, un fléau social : mythe ou réalité ?

Nicole MAMELLE

« Moins d'enfants prématurés en France, grâce à la prévention sociale et à l'information. » « Prématurés — le travail en trop ? » « Les causes sociales au premier rang dans l'étiologie de la prématurité. » « Les longues semaines de travail, cause de naissances prématurées. » « L'environnement pèse lourd sur la grossesse. »

Ainsi titraient un certain nombre de quotidiens ou hebdomadaires de la grande presse au cours de ces derniers mois !

Le fait n'est pas nouveau : A. Pinard faisait observer à l'Académie de médecine en 1895 « que le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée deux ou trois mois pendant sa grossesse est supérieur d'au moins trois cents grammes à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à son accouchement ».

La nouveauté réside plutôt dans la prise de possession du fait « prématurité » par les mass media comme d'un cheval de bataille pour alerter les pouvoirs publics sur l'existence d'une responsabilité collective dans la survenue d'une pathologie qui « coûte » cher — « coût » exprimant aussi bien les décès consécutifs à la prématurité, les handicaps et séquelles neurologiques immédiates que les troubles psychomoteurs mineurs de révélation plus tardive.

Les jalons posés par A. Pinard sont relativement tombés dans l'oubli pendant plusieurs décennies aux cours desquelles les énergies se concentrèrent sur la compréhension des phénomènes physiopathologiques et la recherche de techniques d'interruption du « travail » lorqu'une menace d'ac-

couchement prématuré s'est déclarée. Et c'est peut-être parce que la technicité médicale a permis d'obtenir une réduction notable du taux de prématurité en France ces dernières années, mais que cette technicité a, semble-t-il, atteint un niveau d'efficacité maximal, que resurgissent les causes sociales de la prématurité. E. Papiernik a certainement été le promoteur de ce regain d'intérêt, avec la diffusion de son « C.R.A.P. » — « coefficient de risque d'accouchement prématuré » — incluant des facteurs socio-économiques et professionnels à côté des classiques facteurs personnels, anamnésiques et gravidiques (9) [1]. Les chercheurs de l'I.N.S.E.R.M. (Institut national de la santé et de la recherche médicale) prirent alors la relève avec leurs enquêtes « épidémiologiques », nationales et régionales.

La diffusion des résultats épidémiologiques, la crédibilité qu'on veut bien leur accorder, mais aussi les interprétations multiples auxquelles ils sont assujettis conduisirent à cette prise de possession des « chiffres » par la presse, et aux titres variés que je citais en avant-propos.

Les pouvoirs publics, parallèlement à cette flambée d'informations diffusées de toute part, mettaient en chantier des groupes de travail (ministère de la Santé et ministère du Travail et de la Participation) destinés à proposer des « mesures sociales » de prévention de la prématurité.

Mon propos, ici, est de tenter de faire le point des connaissances actuelles, bien que sachant que toute progression dans la connaissance conduit à soulever de nouvelles interrogations et que ma tentative risque de décevoir le lecteur avide de réponse sûre et définitive.

Avant d'inventorier les différents éléments sociaux connus comme intervenant dans l'étiologie de la prématurité, j'apporterai une précision terminologique qui achèvera de jeter le trouble dans l'esprit du lecteur attentif : l'épidémiologie est une science d'observation et non d'expérimentation, et en tant que telle, doit bien souvent renoncer à l'attitude « explicative » d'une relation *de cause à effet* entre l'exposition à un « facteur étiologique » et la survenue d'une maladie (ici la prématurité), pour adopter une attitude « pragmatique » qui vise à mettre en évidence

1. Voir les « Éléments de bibliographie » en fin de chapitre.

des « facteurs de risque » permettant de dépister des groupes d'individus à « haut risque de survenue de la maladie », de façon à proposer des mesures de prévention. Ainsi devra-t-on plus attribuer aux éléments qui suivent une valeur d'indicateur de risque que de facteur causal.

Le niveau socio-culturel ? Les différentes enquêtes épidémiologiques (4-5-10) s'accordent pour attribuer un risque d'accouchement prématuré de 1,5 à 2 fois plus important chez les femmes migrantes que chez les françaises ; parallèlement, elles mettent en évidence un gradient de taux de prématurité en fonction de la catégorie socio-professionnelle du chef de famille, dont les variations seraient dans un rapport de 1 à 3 environ : 4 pour 100 de naissances prématurées chez les cadres, 6 pour 100 chez les employés, 7 pour 100 chez les contremaîtres et ouvriers qualifiés, 10 pour 100 chez les ouvriers spécialisés et manœuvres. Dans notre enquête spécifique sur le thème « mode de vie et grossesse » (6-7) nous insistons, pour notre part, sur le rôle du niveau économique de la famille appréhendé en tenant compte du cumul des ressources en provenance des deux conjoints, le taux de prématurité augmentant régulièrement au fur et à mesure que le niveau de revenu diminue *(fig. 1)*. D'autres auteurs (2) considèrent que le niveau d'études est un meilleur indicateur de risque de prématurité. Il est clair que tous ces éléments sont liés, qu'il convient de les analyser simultanément pour rechercher les plus importants d'entre eux ; par exemple, ce n'est pas l'origine non française qui est en tant que telle un facteur de prématurité mais plutôt le caractère d'immigration qui s'accompagne le plus souvent d'un bas niveau socio-économique et donc d'un niveau de ressources limité. En reprenant le thème de mon avant-propos, je dirais que vraisemblablement aucun de ces facteurs ne peut être considéré comme à l'origine de la prématurité, et chacun d'entre eux ne peut être cité que comme indicateur de risque, comme moyen de repérer les femmes à risque plus élevé d'accouchement prématuré. En ce sens, l'étude de Jean Dreyfus (2) apporte un élément d'explication par son observation de la décroissance plus faible, au cours de la dernière décennie, du taux de prématurité chez les couples de niveau d'études primaires que chez les autres, malgré

une politique de prévention égale pour tous, ce qui refléterait une plus grande difficulté d'accès à l'information et aux soins des catégories les plus défavorisées. Il est en effet admis que ce sont ces dernières qui viennent le plus tard en consultation à la maternité.

Ainsi, la question se pose de savoir quel pourrait être le facteur causal se cachant derrière le bas niveau socio-économique ou culturel ? une hypothèse peut être, comme nous venons de le dire, un moins bon accès aux circuits de soins, par manque d'information. Une autre hypothèse alternative ou complémentaire pourrait être la fatigue professionnelle ou familiale de ces femmes, en sachant que les femmes d'ouvriers spécialisés, si elles travaillent, ont toute chance d'être, elles aussi, ouvrières, et d'avoir des conditions de travail fatigantes auxquelles s'ajoutent les travaux ménagers, bien entendu sans aide familiale ?

Par notre enquête auprès de trois mille cinq cents femmes (7), dont la moitié ont exercé une activité professionnelle pendant leur grossesse, nous nous sommes attachés à répondre à cette interrogation : existe-t-il un lien entre le mode de vie et la prématurité ?

L'activité professionnelle ? La première réponse, confirmée par d'autres travaux est que l'exercice d'une profession ne peut être retenu « en soi » comme un facteur de risque de prématurité, les femmes au foyer présentant un taux de naissances prématurées légèrement supérieur aux autres (8 pour 100 contre 6 pour 100 environ dans notre enquête). Cependant, parmi les femmes qui « travaillent », on distingue des catégories professionnelles exposées à un risque de prématurité plus élevé que les autres : il s'agit des employées de commerce, des personnels des services médico-sociaux, des ouvrières spécialisées et personnels de service qui atteignent un taux de 10 pour 100 ; ces résultats sont confirmés par différentes enquêtes nationales (10) et régionales (7). L'idée d'un travail « en trop » ou d'un travail « trop fatigant » préjudiciable à l'issue de la grossesse peut donc, dans une première approche, être retenue.

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à quantifier la fatigue professionnelle et familiale à partir de la description très précise du poste de travail (postures, travail

sur machine, répétitivité des tâches, charges physiques, environnement), et des conditions de vie journalières (charge familiale, charge ménagère, transports, voyages, fatigues exceptionnelles) et nous avons montré que chez les femmes exerçant une profession, le cumul des sources de fatigue a une incidence sur le taux de prématurité qui passe de 3,3 pour 100 chez les femmes travaillant dans les meilleures conditions possible (et c'est le cas quatre fois sur dix), à 11,5 pour 100 lorsque les sources de fatigue s'accumulent les unes aux autres (cela concerne moins de deux femmes sur dix) *(fig. 2)*.

Un autre élément qui paraît jouer un rôle dans l'accroissement du risque de prématurité est la durée excessive du travail : il existe une augmentation régulière du risque lorsque la durée hebdomadaire du travail s'accroît (3 pour 100 pour un travail à temps partiel, 5 pour 100 entre vingt-cinq et trente-cinq heures hebdomadaires, 6 pour 100 entre trente-cinq et quarante heures, 10 pour 100 entre quarante et quarante-cinq heures, 12 pour 100 au-delà de quarante-cinq heures).

Par ailleurs, il n'est pas surprenant de constater que l'augmentation du taux de prématurité avec le cumul des sources de fatigue professionnelle existe à un moindre degré en l'absence de risque médical qu'en présence d'un tel risque.

Notre analyse, prenant en compte l'ensemble des facteurs socio-économiques ou culturels et la fatigue professionnelle telle qu'elle a été définie, permet de dire que la fatigue joue un rôle prédominant par rapport aux classiques facteurs sociaux. Ainsi avons-nous peut-être trouvé un facteur explicatif, ou du moins ayant un meilleur pouvoir explicatif que le niveau socio-économique ou culturel ?

L'activité familiale ? Le taux élevé de naissances prématurées observé chez les femmes au foyer ne paraît pas pouvoir être expliqué par un « excès » de fatigue familiale ou ménagère, ainsi qu'une simple analogie avec la fatigue professionnelle aurait pû le suggérer. Loin de nier l'existence d'une telle source de fatigue, on peut penser qu'un travail ménager librement organisé peut ne pas avoir les mêmes effets néfastes sur la grossesse qu'une fatigue professionnelle subie, consécutive à un travail planifié sans

tenir compte des réactions physiologiques de l'organisme et de ses modifications dues à l'état de grossesse. Il faut d'ailleurs noter le taux particulièrement élevé des primipares au foyer ne présentant aucun facteur de risque médical : 13 pour 100. Ce chiffre, à lui seul, indique qu'on ne peut « accuser » la surcharge de travail ménager comme facteur de prématurité chez les femmes au foyer.

Différentes hypothèses ont été soulevées pour tenter d'expliquer cet excès d'accouchements prématurés des femmes au foyer : en particulier on peut retenir l'idée que ce ne sont pas les « mêmes » femmes qui exercent une activité professionnelle ou non, c'est-à-dire qu'elles ne présentent pas le même « profil » ethnique, socio-économique, culturel, médical ou psychologique ; la prise en compte successive de ces facteurs concomitants conduit au même résultat (quel que soient l'origine ethnique ou le niveau socio-économique du chef de famille, la femme au foyer conserve un risque d'accouchement prématuré plus élevé que les autres). Cela suggère une tentative d'interprétation : le travail de la femme conduisant à élever le niveau économique du ménage, et vraisemblablement à permettre une meilleure prise en charge tant personnelle que médicale de la grossesse (on ne peut négliger la composante psychologique bénéfique de l'exercice d'une profession et la facilité d'accès aux circuits d'information et de soins qu'elle permet), ne serait pas préjudiciable à l'issue de la grossesse, dès lors que la femme ne se trouverait pas soumise à une accumulation de sources de fatigue professionnelle pendant un nombre d'heures hebdomadaires excessif.

Les transports ? L'observation faite par E. Papiernik (8) concernant l'effet néfaste des transports n'est retrouvée ni à Lyon (7) ni à Haguenau (1) malgré les très longs trajets effectués fréquemment dans cette région. En l'absence d'enquête ponctuelle, on peut quand même supposer qu'il s'agit d'un problème très spécifique de la région parisienne.

La prévention de la prématurité ? S'agissant de la femme enceinte exerçant une activité professionnelle, nos résultats ouvrent une voie nouvelle à la prévention de la prématu-

rité : celle-ci n'est plus seulement entre les mains des obstétriciens, elle incombe pour partie aux médecins du travail dont le rôle pourrait être de « définir » des postes de travail à « haut risque » et de proposer des mesures d'allégement des conditions de travail aux femmes se trouvant sur des postes préjudiciables à l'issue de leur grossesse.

Quelles mesures d'allégement peut-on suggérer ? un changement de poste de travail peut être envisagé, mais il est généralement mal ressenti par les femmes ; un allongement du congé prénatal, sans motif médical, ne peut être tenu comme une méthode de prévention efficace « à coup sûr » ; en effet, le taux de prématurité anormalement élevé (12 pour 100), observé chez les femmes ayant arrêté tôt leur activité professionnelle en cours de grossesse, sans motif médical apparent, peut faire craindre qu'un congé anticipé, généralisé et légalisé, ne place certaines femmes dans une situation de femme au foyer, situation qui s'accompagne, on l'a vu, d'un risque relativement élevé d'accouchement prématuré.

On peut penser, par ailleurs, qu'une femme présentant un risque d'accouchement prématuré et mise médicalement en congé à six mois de grossesse se reposera effectivement, alors que celle qui verra arrêter légalement son activité professionnelle sans qu'un risque ait été dépisté pour son enfant mettra son congé à profit pour effectuer de nombreuses tâches préparatives (réfection d'appartement par exemple), voire de longs voyages.

En revanche, la réduction du temps de travail accordée par certaines conventions collectives allant dans le sens d'une réduction de la prématurité et au vu de nos résultats concernant le travail à temps partiel, la solution pour moi serait plutôt l'octroi d'un crédit d'heures pendant la grossesse (réduction de la durée journalière ou du nombre de jours de travail hebdomadaire ou arrêts de travail planifiés) aux femmes travaillant dans des conditions pénibles. Je verrais, à cette solution, l'avantage de responsabiliser davantage les femmes, allant vers une meilleure prise en charge de la grossesse par la femme elle-même. Le congé prénatal à six mois « pour toutes » serait au contraire, à mon sens, une médicalisation outrancière de la grossesse et la négation d'une possibilité de conciliation entre travail et maternité. Il est intéressant de souligner que, en l'absence

de toute information relative à la prématurité et aux risques de certains métiers, les femmes interrogées lors d'une enquête récente déclarent souhaiter comme mesure d'allégement de leurs conditions de travail pendant la grossesse, une réduction de la durée hebdomadaire plutôt qu'un allongement du congé prénatal.

Enfin, on sait qu'un allongement du congé maternité, risquant d'être préjudiciable à l'emploi des femmes, n'est pas vraiment souhaité par elles et qu'à tout prendre devrait alors être discutée l'autre solution d'un allongement d'un congé postnatal.

S'agissant de la femme enceinte au foyer, la solution en terme de prévention n'est pas simple, dans la mesure où les facteurs de risque de prématurité ne semblent pas être du même ordre que chez la femme qui exerce une profession : il ne s'agirait pas tellement d'allégement du travail ménager mais plutôt de la recherche d'une meilleure prise en charge de la grossesse par la femme, d'un meilleur accès à l'information et aux circuits de soins, mais aussi peut-être de la mise en place d'un système d'encadrement psychologique de ces femmes, vraisemblablement plus sujettes, du fait de leur isolement, à l'angoisse de la naissance.

Je dois dire, pour terminer ce tour d'horizon des connaissances concernant l'influence du mode de vie professionnel et familial sur la grossesse, qu'au fur et à mesure que nous progressons dans la compréhension du phénomène « prématurité », de nouvelles interrogations sont soulevées :

- Peut-on dire avec certitude que la fatigue professionnelle est une « cause » de prématurité ? Je ne saurais l'affirmer. Peut-on espérer que la réduction du temps de travail des femmes travaillant dans des conditions pénibles, conduira à une réduction de leur risque d'accouchement prématuré ? Pour tenter d'y répondre, nous menons actuellement une enquête dans cinquante entreprises de la région Rhône-Alpes dont le but est d'évaluer l'efficacité d'une telle mesure de prévention. Même si la réponse est affirmative, je ne saurais dire si la mesure est efficace parce que les femmes ont été moins longtemps soumises à la fatigue, ou parce que nous avons pris leur problème en considération, les conduisant elles-mêmes à mieux prendre en charge leur grossesse.

• Peut-on imaginer qu'il existe une « cause » de prématurité spécifique de la femme au foyer et en particulier de ces « primipares sans risque médical » ? Peut-on imaginer qu'une approche moins organicienne, plus psychologique du problème permettrait d'y répondre ?

Ainsi, je termine, comme je commençais cet article, en disant qu'il nous reste encore bien des étapes à franchir avant d'affirmer comprendre le phénomène « prématurité ».

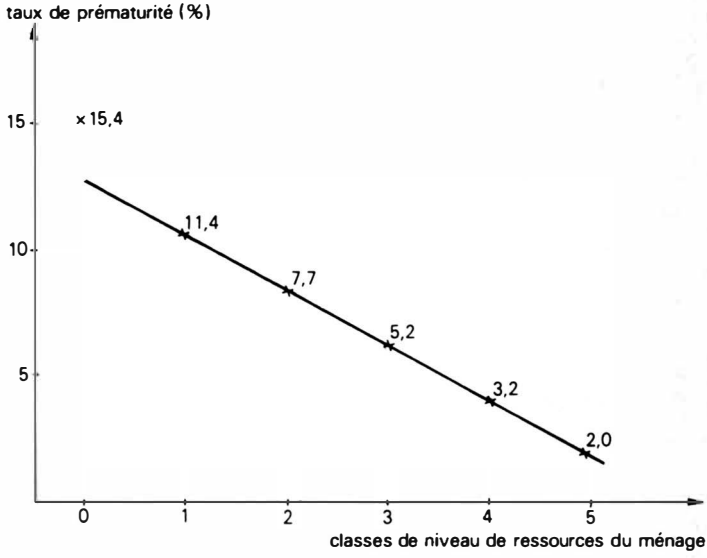

Figure 1.

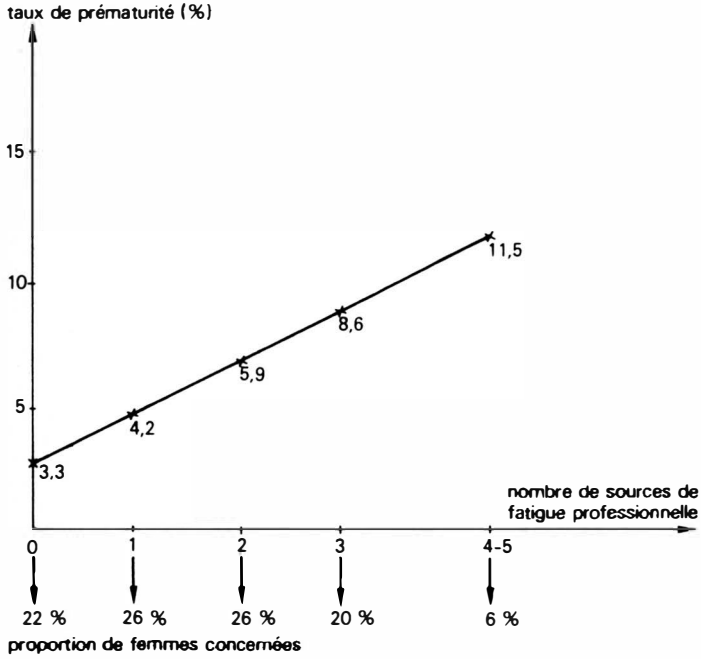
taux de prématurité (%)
15
10
5
11,5
8,6
5,9
4,2
3,3
nombre de sources de fatigue professionnelle
0
1
2
3
4-5
22 %
26 %
26 %
20 %
6 %
proportion de femmes concernées

Figure 2.

Éléments de bibliographie

1. COLLIN D., « Les relations entre la grossesse et les conditions de vie sociale et professionnelle des femmes », *Vie sociale* n° 10 et 11, p. 617-623.
2. DREYFUS J., WINISDOERFFER G., COLLIN D., PAPIERNIK E., GUÉGUEN S., LAZAR P., « Les facteurs de risque persistants de prématurité dans l'enquête de Haguenau 1971-1977, 9es Journées nationales de médecine périnatale, Perpignan, Éd. Arnelle, 1980.
3. ESTRYN M., KAMINSKI M., FRANC M., FERNAND S., GERSTLLE F., « Grossesse et conditions de travail en milieu hospitalier, *Rev. franç. gynéc.*, 1978, *73*, 10, 625-631.
4. GOUJARD J., « Discussion au sujet des facteurs de risque de prématurité », 6e Congrès européen de médecine périnatale, Vienne, 1978, 150-153.
5. KAMINSKI M, BLONDEL B.K., BREART G., FRANC M., DU HAZAUBRUN C., « Issue de la grossesse et surveillance prénatale chez les femmes migrantes. Enquête sur un échantillon représentatif des naissances en France en 1972 », *Rev. épidém. santé pub.*, 1978, *26*, 29-46.
6. MAMELLE N., DREYFUS J., Van LIERDE M., RENAUD R., « Mode de vie et grossesse. » *J. Gyn. Obst. et Biol. Repr.* 1982, *11*, n° 1, 55-63.
7. MAMELLE N., MUNOZ F., COLLIN D., CHARVET F., LAZAR P., « Fatigue professionnelle et prématurité, 16es Journées nationales de médecine du travail, Clermont-Ferrand, 1980. *Archives de maladies professionnelles*, 1981, *42*, n° 4, 205-216.
8. MASSE N., PAPIERNIK E., « Conditions de vie et éducation de la femme enceinte », *Vers une grossesse sans risque*, Monaco II, Éd. Nestlé-Guigoz, 1973, p. 211-220.
9. PAPIERNIK E., « Coefficient de risque d'accouchement prématuré (C.R.A.P.) », *Press. méd.*, 1969, *77*, n° 21, 793-794.
10. RUMEAU-ROUQUETTE C., *Naître en France. Enquêtes nationales sur la grossesse et l'accouchement*, Éd. I.N.S.E.R.M., 1979.

Comme le montre l'article de N. Mamelle, le taux de prématurité varie en fonction des catégories sociales ; les plus touchées sont les catégories les plus pauvres. M. Titran, qui travaille dans la région de Roubaix, se trouve régulièrement en contact avec ces hommes et ces femmes qui vivent dans des conditions économiques et sociales précaires. Aux difficultés propres à leurs conditions matérielles de vie, s'ajoute une incapacité des médecins à les comprendre et à leur venir en aide de manière efficace. Cette incompréhension peut les conduire à mettre en cause le droit même de ces femmes à faire des enfants dans ces conditions. M. Titran dénonce les effets cachés de ce glissement et souligne au contraire les effets positifs résultant d'un soutient du désir de maternité de ces femmes enceintes. Cette démarche vise à maintenir ensemble la mère et l'enfant et à permettre une écoute attentive des besoins réels en proposant des solutions possibles pour les parents. Mais à quel moment cette démarche, forcément volontaire, rencontre-t-elle de façon incontournable la réalité socio-économique de ces familles ?

Naître pour vivre

Maurice TITRAN *

Les mamans et les enfants issus des milieux les plus défavorisés dont nous allons parler ici ne posent en fait aucun problème interne spécifique. Tout un chacun placé dans les mêmes circonstances vivrait les mêmes choses. Pour la grande majorité des familles, cette expérience d'une naissance prématurée ne sera pas destructive grâce à leurs possibilités d'adaptation et à leurs références culturelles. En milieu très défavorisé, les possibilités d'adaptation sont faibles, les références culturelles sont totalement différentes des nôtres. Ce travail d'accueil et de guidance peut sauver beaucoup d'enfants issus de milieux défavorisés. Généralisé à tous, il permet de mieux accepter cette période difficile.

Dans sa thèse inaugurale de doctorat en médecine, thèse de médecine, Lille, 1982, « Les conditions de la grossesse et de la naissance dans les milieux sous-prolétaires de la région de Roubaix », le docteur José Thauvoye compare le pronostic obstétrical et la morbidité périnatale entre un groupe de 196 femmes issues des milieux les plus défavorisés et un groupe témoin constitué par 9 076 femmes (cette étude a été réalisée dans la maternité Paul-Gellé à Roubaix, service du professeur Crépin, service du docteur Delahousse et du docteur Decocq de 1975 à 1979).

Les chiffres sont éloquents. Ils montrent :

* Pédiatre assistant à l'hôpital de Roubaix (59).

TAUX DE PRÉMATURITÉ

	Enfants nés de femmes très défavorisées en 1978-1979		*Population témoin*	*Enfants de milieu d'immigrés vivant à Roubaix en 1978*
	Effectifs	Pourcentage		
Taux de prématurité	24/196	12,24 %	4,1 %	3,09 %

RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN [1]

	Enfants nés de femmes très défavorisées en 1978-1979		*Population témoin*	*Enfants de milieu d'immigrés vivant à Roubaix en 1978*
	Effectifs	Pourcentage		
R.C.I.U.	20/196	10,20 %	3 %	0,61 %

1. Le retard de croissance intra-utérine se dit d'un enfant nouveau-né qui, compte tenu de son terme, présente un poids situé bien en dessous de la moyenne des poids des enfants d'un terme identique. Il existe trois causes essentielles : les causes maternelles, les causes annexielles (placenta, cordon), les causes fœtales.

ENFANT DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

Poids	*Population défavorisée*	
	Effectif	Pourcentage
— de 2 500 g	25	12,76 %
— 2 500 g à 3 999 g	165	84,18 %
— 4 000 g et plus	6	3,06 %
TOTAL	196	100 %

Nous voyons donc que l'enfant nouveau-né, issu des milieux les plus défavorisés, a plus de risques que n'importe quel autre de naître prématurément. Il a aussi plus de risque d'être atteint d'un retard de croissance intra-utérin. Il risque donc plus de subir un transfert précoce dans un service de néonatologie.

Cela nous amène donc à nous poser deux questions :

Y a-t-il un facteur social qui prédispose à la naissance prématurée ou à la naissance pathologique ?

Ces enfants, issus des milieux les plus défavorisés, sont-ils plus souvent et plus gravement malades que les autres, ou bien les transfère-t-on plus volontiers en service de néonatologie ?

Il y a quelques années, on incriminait comme cause de prématurité le travail que la mère effectuait en dehors de chez elle et qui s'ajoutait donc à la fatigue du travail à la maison. Avec le même naturel, les médecins affirment maintenant que le chômage pourrait créer la même situation à risque. Des causes opposées seraient donc capables de produire le même effet. Ne serait-il pas temps de rechercher, au-delà des apparences et de trouver les véritables raisons qui, toute pathologie obstétricale exclue, permettraient peut-être de comprendre pourquoi certaines grossesses s'interrompent prématurément.

Ces raisons semblent être de trois ordres : physiopathologiques, sociales et psychologiques.

Nous n'entrerons pas dans le débat purement médical qui dépasse le cadre de cet article, et nous tenterons de cerner les deux autres aspects.

Nous devons d'abord faire une première remarque : dans les milieux les plus défavorisés, la déclaration de grossesse [1] intervient tardivement, le plus souvent après le troisième mois. Cette déclaration, qui ouvre les droits de la mère aux prestations sociales et aux aménagements de travail et d'horaires si nécessaires, dresse, du fait de son retard, un premier obstacle pour le médecin, placé alors dans l'incapacité de déterminer le terme exact de cette grossesse. Il est en effet plus sûr de déterminer avec précision le terme d'une grossesse quand elle est au tout début en corrélant les renseignements cliniques (interrogatoire et examen gynécologique) avec les examens complémentaires : échotomographie précoce.

1. Le certificat médical par lequel la mère informe la caisse d'Allocations familiales et la caisse de Sécurité sociale de son début de grossesse. Déclaration obligatoire avant le troisième mois de grossesse et instituée à l'origine essentiellement pour lutter contre l'avortement clandestin.

Mais la question de fond est celle-ci : s'agit-il d'un « oubli » ou cette dissimulation est-elle volontaire, et dans ce cas quelles raisons poussent les mères à cacher leur grossesse ?

Y aurait-il pour elles danger à ce que nous sachions ? On ne peut s'empêcher de penser ici à l'attitude de certains travailleurs sociaux et de certains médecins qui, en milieu défavorisés, ne parlent que contraception, interruption volontaire de grossesse (volontaire pour qui ?) ou stérilisation par ligature des trompes, plutôt que prévention de prématurité ou hygiène de la grossesse. Il est d'ailleurs curieux de constater que le moment où ces mères semblent le plus à l'écoute, sinon en demande des techniques contraceptives, est justement le moment de la grossesse.

Un odieux quiproquo risque alors de s'installer : la mère toujours très ambivalente vis-à-vis de cette grossesse en parle avec beaucoup de réticence et peu de joie à un interlocuteur des services sociaux ou médicaux. Elle sait déjà, pour l'avoir vécu, toutes les difficultés qu'elle a rencontrées pour l'accueil et l'éducation des aînés ; elle sait aussi, mieux que tout autre, la peur et le pronostic réservé qu'inspire à tous, y compris à elle-même, le développement de ses grands enfants. Celle qui est isolée et parfois abandonnée dans un milieu qu'elle comprend mal, sans rapport avec les anciens et sans racine profonde, a naturellement besoin, à ce moment de la vie, de rencontrer compréhension, encouragement et surtout de partager avec quelqu'un cet espoir « sensible » qu'elle a en elle.

Et, pourtant, elle ne provoquera souvent par ses paroles que le dépit de son interlocuteur qui voit dans cette nouvelle grossesse une source supplémentaire de tracas administratifs, de problèmes sociaux, de risques à partager. Elle percevra la crainte engendrée par ses propos, et progressivement la conversation va glisser sur un terrain neutre, la mère percevant la réprobation non exprimée de son interlocuteur, à tout le moins son manque de convivialité pour cette nouvelle grossesse ; elle-même étant peu sûre de la désirer fondamentalement, le discours va changer d'objet sans que l'on puisse définir qui a fait le premier pas, qui a fui vers une issue moins « impliquante ». Toujours est-il que, petit à petit, on va parler moins de naissance, rarement d'être vivant, donc sensible et en formation, plus

de contraception, et enfin plus du tout de naissance mais uniquement de contraception.

Tout se passe comme si chaque matin dans un sanatorium on expliquait aux malades porteurs de tuberculose excavée qu'il eût suffi pour eux de bénéficier en temps opportun d'un vaccin par le B.C.G.

Qui oserait proposer à un malade atteint de tétanos déclaré la simple administration d'un vaccin ?

C'est ce qui se passe journellement, toutes propositions gardées, pour ces femmes des milieux pauvres.

Non, cela est odieux ; si une femme vient un jour nous parler de sa grossesse, si cette femme est issue des milieux les plus défavorisés, si le quotidien représente pour elle un drame que nous ne saurions ni partager ni même entrevoir, le moment n'est plus pour nous au discours, il est maintenant à l'écoute. Écoute attentive et bienveillante quelle que soit la situation, écoute qui pourra devenir le prémisse de la relation consciente et gratifiante de cette mère vis-à-vis de son enfant.

En effet, la première motivation qui peut inciter une mère à donner à l'enfant en formation dans son ventre le meilleur état de santé possible est sans doute engendrée par la qualité de l'accueil dont elle-même devrait déjà être l'objet.

C'est la qualité de l'accueil qui conditionnera l'acceptation par la mère de l'aide technique que nous lui proposons, c'est par lui que la mère devient demandeuse et utilisatrice de soins.

À partir de là, certains des multiples problèmes soulevés ou exacerbés par cette nouvelle grossesse vont pouvoir être abordés, discutés, résolus peut-être ?

Cette aide, si aide il y a, que nous apportons lors des consultations prénatales, bien souvent sous forme de conseils ou de prescriptions, ne prendra réellement toute son efficacité que si elle est transposable, pour une part au moins, dans la vie quotidienne.

Pour ce faire, nous avons découvert qu'il était souvent indispensable, au début du moins, de réaliser les consultations en présence du travailleur social qui était le mieux admis dans la famille. Il se trouve alors placé en position d'interlocuteur privilégié par rapport au problème que la famille rencontre à ce moment-là. Son rôle n'est certainement pas de nous donner toute l'information dont il dispose

sur l'ensemble des problèmes de cette famille, mais bien plus de relativiser nos préceptes et conseils, de telle sorte qu'ils gardent un minimum de bon sens, dans un milieu culturellement si différent, quand il s'agira de les appliquer au quotidien.

Par la suite, il serait idéal que ce soit ce même interlocuteur qui garde une relation privilégiée, toujours avec la famille bien sûr, mais aussi et surtout avec les autres équipes médicales qui interviendront à la naissance de l'enfant et au cours de sa croissance.

En supposant qu'il y ait un risque réel d'accouchement prématuré ou un risque réel de retard de croissance intra-utérin, le thérapeute sollicité ne doit pas se contenter de traiter la cause mais, plus ici que jamais, il se doit, sur un mode déculpabilisant, d'étudier avec la mère l'effet que cette cause risque de produire sur l'enfant à venir.

On n'est pas un mauvais enfant si on est expulsé précocement d'un utérus porteur d'une béance cervico-isthmique. On n'est pas un mauvais enfant si on ne peut pas prendre chaque jour le poids requis à cause de l'excès de nicotine ou d'alcool dans lequel on baigne en permanence. On n'est pas un mauvais enfant si la période de formation intra-utérine n'est constituée que d'une suite de temps sans rythme où aucune caresse ni aucun discours ne viennent déjà annoncer l'attente dont on est, et l'accueil dont on sera l'objet.

Le risque est grand toutefois à cette période d'être considéré comme un mauvais enfant, agresseur de sa mère dont il compromet la santé, l'amenant à de nombreuses consultations médicales ou, parfois pire, à de nombreux rendez-vous manqués. Agresseur aussi des équipes médicales et paramédicales qui ne sont pas du tout prêtes à risquer ou à partager l'échec, le non-effet, souvent le non-suivi de leurs préceptes thérapeutiques.

À ce titre, il n'y a pas que ces mamans pour lesquelles il existe une discordance entre l'effet qu'elles ont sur le thérapeute et la raison pour laquelle elles viennent le consulter.

Si, en suite de couches, on interroge toutes les mamans sur le déroulement de leur grossesse, on s'aperçoit que nombre d'entre elles ont reçu pendant la gestation des médicaments destinés à faire disparaître des contractions utérines ressenties par elles (tocolyse ambulatoire).

Quand on discute avec ces mamans après la naissance de leur enfant, naissance qui, bien souvent, s'est déroulée après la trente-huitième semaine de gestation, très peu d'entre elles, une sur dix environ, nous parle spontanément de ces médicaments (comprimés ou suppositoires) qu'elles ont cependant pris chaque jour. Bien plus, quand on leur demande si à leur avis la grossesse s'est déroulée normalement, neuf sur dix répondent « oui ».

Il existe donc une grande proportion de femmes enceintes qui, lors des consultations prénatales, allèguent une symptomatologie qui pour elles correspondrait à une pathologie de la grossesse, mais qui n'intéresserait pas l'enfant qu'elles portent sans que cela soit dit clairement. Une seule fois nous avons entendu une mère nous dire : « Pour moi la grossesse s'est très mal passée. Pour lui (le bébé), il n'y a vraiment eu aucun problème. »

Cette symptomatologie est, bien sûr, suffisamment angoissante pour que ces femmes en parlent à leur accoucheur, qui prescrit alors une thérapeutique en n'insistant sans doute pas assez sur l'impact exact de ce médicament qui, bien souvent, ne réussira qu'à faire disparaître un symptôme.

Il n'est plus très étonnant, alors, de voir apparaître des « échecs thérapeutiques », dès l'instant où on se contente d'un traitement symptomatique, puisque la véritable cause reste souvent non connue à l'exception des causes obstétricales évidentes.

Il est évident que plus la femme consultant pendant sa grossesse sera issue d'un milieu culturellement proche de celui de son interlocuteur, plus son discours risque d'être au moins entendu sinon compris. Si, au contraire, la future mère est issue d'un milieu culturellement différent, moins son discours risque d'être pris en compte. Et pourtant une anecdote mérite ici d'être rapportée. Il nous est très fréquemment arrivé de rencontrer des femmes issues des milieux sous-prolétaires, qui présentaient des métrorragies du premier trimestre. Certaines d'entre elles affirmaient avec beaucoup de naturel que ces hémorragies étaient provoquées par la perte d'un jumeau.

Ce discours était rarement entendu et, s'il l'était, il n'entraînait que l'apparition d'un sourire amusé sur les lèvres du médecin. Et pourtant, ce même observateur, muni maintenant d'un échotomographe, a découvert qu'ef-

fectivement certaines métrorragies du premier trimestre étaient secondaires à l'élimination d'un jumeau. Y aurait-il donc une sensibilité particulière de certaines femmes vivant certaines circonstances ? Ou le bon sens populaire précéderait-il par son intuition certaines découvertes scientifiques ?

Étudions maintenant les raisons qui concourent à faire transférer en période périnatale dans les services de pédiatrie les enfants issus des milieux les plus défavorisés.

Des prétextes médicaux sont souvent allégués :

— soit il existe une prématurité,

— soit il existe un retard de croissance,

— soit il existe une pathologie ou une circonstance de venue au monde tellement extraordinaire qu'elle confine à la pathologie par son caractère extravagant.

La prématurité est beaucoup plus fréquente en milieu défavorisé et beaucoup plus difficilement réductible comme en témoigne ce que nous en avons dit. En sachant que, même dans les maternités convenablement équipées, c'est, à poids et à terme égaux, l'enfant issu de milieu défavorisé qui sera plus facilement transféré.

En effet, le dossier obstétrical accuse déjà un lourd passif en témoignant de la longue liste de tous les rendez-vous non honorés et des directives thérapeutiques qui ont rarement été suivies. De plus, l'enfant séjournant en maternité ne peut le faire qu'au lit de sa mère, même si le lit de l'enfant est remplacé par un incubateur, et les femmes issues des milieux pauvres restent très peu de temps en maternité ; certaines sortent même quelques heures après l'accouchement pour retourner s'occuper des autres enfants qui sont à la maison, et qu'elles ne peuvent ou ne veulent confier à quiconque !

Le retard de croissance va subir le même sort, pour les mêmes raisons, avec en plus la facilité de la décision qui sera emportée puisque ici la mère est franchement « coupable » : elle fume, elle boit...

La pathologie existante ou la pathologie dont on craint l'apparition s'expliquent par la situation devant laquelle est placé l'accoucheur ; toutes les situations de risque obstétrical connu sont souvent rassemblées :

— grossesse à terme imprécis,

— rupture prématurée des membranes négligée,

— arrivée de la mère à un stade avancé de travail,
— risque infectieux élevé.

Tous les facteurs de risque concourent à créer une pathologie ou à mettre en place une stratégie médicale coordonnée pour diminuer le risque, stratégie dans laquelle on retrouve le transfert de l'enfant nouveau-né.

D'autres fois, l'accoucheur n'a pas assisté à l'accouchement : l'enfant est né à domicile et c'est pour traiter une hypothermie qu'il est alors directement adressé par les services de secours d'urgence, pompiers, police secours, S.M.U.R., vers le service de pédiatrie.

En effet, il en est de la naissance comme de tous les grands événements. Rarement un incident isolé est à lui seul responsable de ce qui va se dérouler. Bien souvent, il s'agit d'un enchaînement d'une foule d'incidents qui surviennent successivement. Le processus est rarement inexorable, faut-il encore disposer de moyens qui, au moment clé, vont permettre au destin de se sceller dans un immédiat positif mais aussi dans un avenir positif.

Il est bien d'empêcher les enfants de mourir, il est mieux de leur permettre de vivre, sans oublier que vivre c'est d'abord être accepté et accueilli.

Mais accueilli, tu le seras, bébé, dans le service de pédiatrie ! Là tu y seras surveillé, pesé, mesuré, quantifié, soigné, ponctionné, alcalinisé, réchauffé, oxygéné, resucré, antibiosé, transfusé, perfusé, radiographié, lavé, habillé, alimenté... aimé ? Peut-être...

Au moins y seras-tu plaint !... Déjà d'avoir une mère, un père, des frères et sœurs comme ça ! Pourtant tes frères et sœurs, quand ils sont nés, ont eu le même traitement que tu as maintenant, bébé, et, je me rappelle, tu leur ressembles tellement, combien on a hésité à les rendre à tes parents ; comme toi on hésitera aussi, et même que, si c'est l'hiver, comme ton frère, tu iras attendre en pouponnière le printemps avant de rentrer chez toi. Là, au moins, tu y seras à l'abri...

Et pendant ce temps, la mère est seule dans la maternité. Parfois, elle peut encore occuper le lit du service de gynécologie, ce lit où elle a séjourné des semaines pour traiter une menace d'accouchement prématuré ! Si on désire que s'établisse un lien entre la mère et l'enfant, il est alors urgent que les équipes pédiatriques prennent effectivement, et j'allais dire affectivement, contact avec ces

mères. Il faut aller leur parler de leur enfant. Il faut leur remettre la photo du bébé si ça n'a pas été fait au moment du transfert. Il faut leur permettre d'allaiter, il faut les écouter, répondre à leurs questions, susciter parfois celles qu'elles n'osent formuler.

D'autant que l'attitude de la mère reste quelques heures après la naissance de son enfant franchement ambivalente.

De quel courage insensé ces femmes devraient-elles disposer pour puiser au fond d'elles-mêmes toutes les forces qui sont indispensables à rassembler pour permettre l'accueil de leur enfant, surtout, comme nous l'avons dit précédemment, si la mère n'a jamais trouvé au cours de sa grossesse un seul interlocuteur bienveillant !

Cela nous permet peut-être de mieux comprendre les raisons qui font que les enfants issus de ces milieux défavorisés sont à la fois plus souvent exposés aux risques de prématurité et plus souvent transférés dans un service spécialisé. Dans l'idéal, il faudrait alors que ces services hyperspécialisés et techniques prennent conscience que, certes, les possibilités de survie organique de l'enfant relèvent spécifiquement de l'aide technique qu'on va lui apporter. Mais l'action doit être complétée par une aide morale sensible et adaptée, à apporter à la famille d'origine.

Il faut donc que les équipes soignantes puissent se rapprocher spontanément des parents de l'enfant pour leur apporter toute l'assistance, toute l'aide et toute la compréhension qu'ils sont en droit d'attendre. Or, à ce moment, les membres de la famille se présentent vis-à-vis des équipes soignantes dans leur état de vulnérabilité maximale. Ils risquent d'être perçus comme inutiles, puisque l'état de santé de l'enfant dépend essentiellement, à cette période, de la vie, de l'aide technique qu'on lui apporte ; ils risquent d'être perçus comme dangereux puisque souvent la prématurité ou la pathologie périnatale présentées par l'enfant auraient pu être évitées dans un milieu culturellement différent.

Or, au même moment, dans l'esprit des parents, risque de se dérouler le même phénomène. Tout se passe comme s'ils se jugeaient insuffisants et surtout inefficaces vis-à-vis de l'enfant qu'ils viennent de faire naître au monde. Ils vont donc tout naturellement le confier aux équipes jugées par

eux comme seules compétentes. Ce faisant, ils risquent de n'avoir pour leur enfant qu'un attachement « théorique » et on ne sera donc pas étonné de retrouver ultérieurement ces enfants en hospitalisation itérative pour le moindre bobo, le moindre rhume : les parents confient l'enfant à ceux qui savent ce qui est bon pour lui, avec le risque évident des hospitalisations répétées, des placements itératifs pouvant aboutir au délaissement de l'enfant, parfois aux sévices.

Tout se passe comme si le lien mère-enfant, qui s'est constitué d'une manière très ténue à la naissance, n'avait pas encore eu ni le temps ni les moyens de se renforcer, surtout si, à la moindre alerte, l'enfant est confié à quelqu'un d'autre : ce lien va se distendre jusqu'à la rupture. Les parents amplifient leur sentiment d'incompétence puisqu'ils sont sans cesse obligés d'avoir recours à d'autres pour répondre au moindre problème de santé de leur enfant. L'angoisse générée par le symptôme de l'enfant, cependant aimé, s'avère absolument insupportable, puisque rendue inassumable à l'origine.

Ce type de problème se rencontre très fréquemment et une seule attitude nous a permis, jusqu'à présent, d'en minimiser les conséquences. Nous essayons de nous comporter, pendant le temps de l'hospitalisation de l'enfant en période périnatale, comme s'il s'agissait purement et simplement d'un placement.

Pour qu'un placement soit toléré par l'enfant, sa famille d'origine et son milieu d'accueil, il faut qu'il soit préparé, accompagné et suivi.

Il faut tout d'abord faire prendre conscience aux équipes médicales et paramédicales hospitalières qu'elles ne sont que le prolongement purement « technique » des bons soins que, naturellement, la famille d'origine est prête à apporter à son enfant si on lui en laisse la possibilité. Le besoin naturel d'échange affectif de ces équipes doit être canalisé non seulement vers l'enfant qu'elles soignent, ce qui est constant, mais surtout vers la famille d'origine de l'enfant, ce qui est rare dans les milieux très défavorisés. Ce sont les parents d'origine qui doivent sentir, auprès de ces spécialistes auréolés de tout leur savoir et donc de tout leur pouvoir, toute la confiance et la convivialité à laquelle ils ont droit.

Il faut ensuite préparer les familles à recevoir cet accueil.

Jamais, elles ne doivent se sentir dépossédées par rapport aux équipes de leurs rôles de parents vis-à-vis de l'enfant.

Il faut encore les accompagner pendant tout le temps que durera l'hospitalisation, les encourager et leur donner véritablement les moyens de rendre à leurs enfants les visites indispensables, en sachant que, pour certaines familles, le moindre déplacement représente une difficulté quasiment insurmontable sans aide adaptée. Par exemple, prise de transports en commun ou surveillance des autres enfants pendant la durée de la visite.

Il faudra enfin encourager toutes les initiatives qui viseront à permettre à l'enfant son retour au domicile d'une manière adaptée aux problèmes matériels que pose un enfant de deux kilos et demi : en particulier, chauffage, carreaux aux fenêtres, layette, etc.

De toute façon, si cette « hospitalisation-placement » est indispensable, il faudra éviter de confondre vitesse et précipitation. Dans toute la mesure du possible, l'enfant nouveau-né, avant d'être transféré, devra avoir été vu et reconnu par sa mère et par son père.

Avant de procéder à la séparation, une photo de l'enfant est réalisée et remise aux parents qui, pendant ce temps, sont clairement informés des raisons pour lesquelles leur bébé doit être transféré. Ces raisons ne peuvent, et ne doivent, être que médicales, à l'exclusion de toute raison sociale. En effet, si pour des raisons spécifiquement sociales l'enfant nouveau-né doit être transféré en période périnatale, sa place n'est pas dans un secteur d'hospitalisation. Le risque est trop grand à cette période de la vie de discréditer l'image que les parents pourraient avoir de leur enfant.

Si possible, le père doit accompagner son enfant pendant le transfert, ce qui lui permettra de faire connaissance d'emblée avec le service et le « personnel d'accueil ».

Si l'état de santé de l'enfant le permet, pourquoi ne pas le maintenir quelques heures au lit de sa mère ?

Par la suite, la mère, « orpheline de son enfant », recevra chaque jour dans sa chambre en maternité la visite du pédiatre et des puéricultrices qui se mettent alors à sa disposition pour l'informer et répondre à toutes les questions qu'elle peut être amenée à formuler vis-à-vis de son enfant.

Dès le troisième jour, si l'accouchement s'est déroulé par

voie basse, au cinquième jour s'il s'est déroulé par césarienne, les visites de la mère à son enfant sont encouragées. Dès que l'enfant est sortable de l'incubateur, les premières mises au sein ont lieu.

Pendant ce temps, le « personnel d'accueil » médical et paramédical est informé des difficultés qu'ont dû inévitablement surmonter les parents pour permettre à leur enfant de vivre, de telle sorte que l'accueil de ces derniers par le service devienne possible et surtout gratifiant.

La mère étant sortie de la maternité, la guidance est poursuivie à son domicile, ou dans l'hôtel maternel, ou dans le foyer où elle vit, dans la nouvelle structure d'accueil qui l'héberge ; les préparatifs matériels et psychologiques rendus nécessaires par la sortie de l'enfant, maintenant proche, se terminent.

Les parents viennent rechercher leur enfant, le travail de guidance se poursuit sans oublier la rétro-information à faire parvenir au service d'accueil qui a besoin de savoir le devenir de cette famille pour lui permettre de recevoir encore mieux d'autres enfants à naître.

Le temps n'est plus où toute la réflexion doit être centralisée sur les moyens techniques à mettre en œuvre pour être capable d'accueillir un enfant qui vient au monde en détresse. Il faut y ajouter une réflexion qui permettra de réintégrer au mieux cette jeune vie dans la vie qui lui a donné le jour.

La manière dont les psychanalystes abordent les questions, au-delà des comportements, au-delà des faits, au-delà de ce qui est dit et de ce que pourraient dire les chiffres, peut-elle contribuer à éclairer de façon complémentaire cette question si complexe de la prévention de la prématurité ? Jusqu'à en ébranler le fond même, y a-t-il quelque chose à prévenir et de quelle nature serait-ce ?

Les travaux de psychanalystes peuvent-ils aider les femmes et les médecins à mieux comprendre ce qui se déroule lorsque l'enfant paraît... trop tôt ?

L. Le Vaguerèse met en cause la notion de « compréhension » pour rappeler la spécificité du fonctionnement de l'inconscient.

La prématurité serait un symptôme, signe ouvrant sur une multiplicité de sens sous-jacents. Mais les sentiments inconscients découverts peuvent-ils être utilisés par les médecins sans les conduire à s'écarter de ce qui constitue la spécificité de leur discipline ?

Le symptôme prématurité

Laurent LE VAGUERÈSE

« La notion de compréhension a une signification très nette. C'est un ressort dont Jaspers a fait, sous le nom de " relation de compréhension ", le pivot de toute sa psychopathologie dite générale. Cela consiste à penser qu'il y a des choses qui vont de soi, que par exemple, quand quelqu'un est triste, c'est qu'il n'a pas ce que son cœur désire. Rien n'est plus faux. Il y a des gens qui ont tout ce que leur cœur désire et qui sont tristes quand même... Cette " relation de compréhension ", c'est justement ce dont la psychanalyse est le plus éloignée, par tout son mouvement, par toute son inspiration, par tout son ressort, par tout ce qu'elle a apporté, par tout ce vers quoi elle nous conduit, par tout ce en quoi elle doit nous maintenir [1]. »

Oui, si la psychanalyse m'a appris quelque chose, c'est, comme le dit si bien Lacan, que rien ne va de soi. C'est dommage, car, je l'avoue, cela m'aurait bien arrangé. Hélas, tout me pousse au contraire à douter, à interroger, à questionner. Or il faut bien dire que, de ce côté-là, la psychanalyse a mauvaise presse. On l'assimile en effet volontiers à un procédé permettant d'avoir réponse à tout. C'est de tout le contraire qu'il s'agit.

En ce qui me concerne, c'est le champ de la médecine et de la maladie que j'ai choisi d'explorer. Celui de la naissance aussi, qui, dans l'articulation qui s'y opère de la vie et de la mort, du savoir conscient et de l'inconscient, et de bien d'autres choses comme la sexualité, la parenté, la

1. Jacques LACAN, *Le Séminaire sur les psychoses*, « Introduction à la question des psychoses », Le Seuil, Paris, 1981, p. 17.

douleur, etc., constitue un fabuleux fourmillement de questions multiples et toujours si fécondes.

Ces questions, je les ai remuées pendant pas mal d'années, d'abord comme analysant, puis comme analyste. C'est-à-dire pas autrement que comme quelqu'un qui s'interroge sur lui, sur son comportement, et qui cherche à travers le témoignage des autres à en comprendre davantage et éventuellement à faire partager aux autres ce qu'il a lui-même glané de son côté. Rien de plus. D'une certaine manière, certains soubresauts de la société m'ont aidé à y voir plus clair. Pas seulement la grande marmite que furent mai et juin 1968, mais tout le remue-ménage des années 70 où l'on causait de la libération de la femme, d'accouchement sans douleur, de pouvoir médical, d'avortement, etc.

Pouvait-on imaginer une autre approche de la maladie, une autre approche de la naissance, de l'enfant, du couple, une autre organisation de la société, un autre rapport au savoir ? Ces questions furent brûlantes pour moi, et elles le demeurent, comme elles demeurent, je l'espère pour encore beaucoup de gens. Peut-être seulement en fait-on moins état aujourd'hui qu'hier. Quoi qu'il en soit, ces questions et ma progression dans les études médicales m'ont un beau jour conduit à écrire une thèse que j'ai alors choisi de centrer sur la question de la prématurité. Ce travail, sur lequel s'appuie ce texte, se terminait sur une question : la prématurité est-elle un symptôme ? Plusieurs années se sont écoulées depuis que j'ai posé cette question, et je crois que le mieux que je puisse faire actuellement, c'est de la poser à nouveau dans son actualité.

Avant d'aller plus loin dans sa mise à jour, il faut river quelques jalons qui, j'espère, permettront de comprendre ce qui suit. Je n'opère pour ma part aucune distinction entre la maladie organique et la maladie psychique. Je m'explique. Pour l'opinion commune, il est habituel de classer les maladies en deux groupes : le groupe des maladies organiques et le groupe des maladies psychiques. On y ajoute en général un troisième groupe : celui des maladies psychosomatiques, qui tiennent à la fois de l'une et de l'autre en ce qu'elles auraient un support organique, mais un déterminisme psychique.

Pour peu qu'on s'y attarde, cette classification ne tient pas debout. Les maladies « psychiques » ont — c'est

l'évidence — un support organique. La maladie mentale, ça fonctionne avec des acides aminés, et les maladies « organiques » sont autre chose que la rencontre, par exemple, d'un virus et d'un individu donné. Je crois que personne ne soutiendrait plus autre chose aujourd'hui.

En résumé de ce premier point, la distinction entre maladies organique et psychique m'apparaît peu convaincante, et je préfère considérer la maladie comme un point d'interrogation, une question adressée à tous les systèmes de compréhension et qui n'est jamais recouverte par aucun (médical, psychanalytique, social, politique, religieux, etc.), question qui d'ailleurs ne se pose pas tellement aux tenants du savoir (c'est, je pense, dans ce sens que Lacan a utilisé le terme d'épistémosomatique), mais que le malade se pose à lui-même, qu'il pose à ses proches, à ses ascendants, à ses descendants, cherchant un écho à ce qui le submerge, le bouleverse, et peut aller jusqu'à le conduire au seuil de la mort.

À l'époque où j'écrivis cette thèse et posai pour la première fois cette question, les choses étaient sans doute moins claires dans mon esprit qu'elles ne le sont maintenant. Cependant l'idée que la prématurité pouvait être un symptôme me paraissait d'une grande banalité et je ne doutais pas un instant d'être le énième à l'avancer. J'espérais simplement aller un peu plus loin que les autres ou au moins avancer des éléments quelque peu différents, me servir de cette idée de base comme d'un tremplin pour progresser. La levée de boucliers qui s'ensuivit me fit rapidement déchanter. Certes, le prématuré avait auparavant intéressé les psychanalystes ; simplement, ils n'avaient pas touché au problème de son origine, préférant axer leur travail sur les effets de la réanimation sur le comportement ultérieur des enfants nés prématurément. Il m'est difficile de résumer en deux lignes les critiques [1] que j'ai été amené à adresser à ce type de travail. Disons qu'il m'a semblé ne pas être marqué de l'essentiel de ce qui fait l'interrogation analytique, et se rapprocher plus du travail des psychologues expérimentalistes et des éthologues. Travail certes intéressant, mais contestable s'il est fait par des psychanalystes, car il y a alors tromperie sur la marchandise.

1. L. Le Vaguerèse, *op. cit.*, p. 29.

Mais qu'entend-on par symptôme ? Plutôt que de tenter d'expliciter rapidement (trop rapidement) ce qu'est un symptôme au sens psychanalytique du terme (il n'existe d'ailleurs pas de définition simple et universelle de ce concept), je préfère dire ce que pour moi ce n'est pas. La notion de symptôme s'oppose d'emblée à deux autres : celle de traumatisme et celle de causalité réduite.

Pour bien marquer la différence entre symptôme et traumatisme, prenons pour exemple ce qui centre notre propos, à savoir la prématurité. Référons-nous à cette histoire si banale de cette femme qui accouche prématurément à la suite d'un événement donné, soit par exemple la mort de l'un de ses proches. Si l'on raisonne en termes de traumatisme, nous dirons que Mme X a accouché prématurément en apprenant la mort de ce parent et ce, du fait du choc affectif, de l'émotion douloureuse qu'elle a pu alors éprouver. On voit que cette notion de choc, de traumatisme donc, introduit simultanément une forme de relation de compréhension, sur laquelle j'ai ouvert ce texte. Car, à l'évidence, cette manière de lier la mort de ce parent à la naissance de l'enfant laisse de côté la compréhension profonde de ce phénomène, écarte de multiples questions. Raisonner de cette manière reviendrait à dire que toute femme enceinte apprenant la mort d'un proche accouchera à condition que l'émotion soit suffisamment forte. On raisonnerait alors en termes d'énergie, de quantité. Mais ce type d'exploration laisse intactes les questions : pourquoi le fait d'apprendre la mort d'un parent doit-il entraîner un accouchement, quelles relations existaient-elles entre la mère et la personne décédée : amour, haine, indifférence, ambivalence, etc. ? Dans quel réseau compliqué de signifiants cette mort et cette naissance se sont-elles inscrites ? Il faut prendre en compte toute cette somme de données que seul un travail de repérage de longue haleine pourrait avoir quelques chances de mettre partiellement à jour, pour que les « choses » prennent leur place et ne continuent pas trop à se bousculer entre elles, resurgissant ainsi au moment où l'on s'y attend le moins, et de façon pas toujours agréable pour les protagonistes. J'ai pris l'exemple du décès, on pourrait en choisir bien d'autres ; un, en particulier, que je voudrais souligner au passage : celui des dates anniversaires. Certains analystes, comme B. This et M. Bydlowski, ont, chacun à leur façon, montré l'importance, dans le

déclenchement de certains processus, des dates anniversaires de naissance et de mort. Ce travail, par ailleurs tout à fait intéressant, ne doit pas, à mon sens, nous faire oublier qu'on ferait une grave erreur à simplement partir à la découverte de telles « coïncidences ». Celles-ci, au fond, ne sauraient constituer que des signes nous invitant à chercher un peu plus loin dans la direction indiquée par elles : elles aident à poser un peu plus clairement le problème, mais n'en constituent pas la solution.

Parler de la « solution » nous amène d'ailleurs à avancer notre deuxième point de réflexion, à savoir ce qui sépare la notion de symptôme, de celle de causalité réduite. En effet, parler de la solution revient à poser que cette solution existe, et qu'elle est unique à poser, qu'il suffit en somme de la trouver pour que tout aille pour le mieux dans le meilleur des mondes (possibles). La clinique nous amène à ce sujet à une certaine modestie. Certes, il existe pour toute question des interprétations qui se révèlent centrales, incontournables, décisives, structurales ou tout autre mot que l'on voudra bien trouver pour exprimer cette notion. Mais, comme Freud l'avait pour sa part déjà largement montré, tout symptôme est surdéterminé ; ce qui signifie en clair que, comme pour un nœud dans une pelote de fils, il faut en tirer plusieurs pour que le nœud se défasse ; encore n'est-on pas sûr qu'il ne se soit pas subrepticement reconstitué un peu plus loin, pendant qu'on était en train de s'affairer sur le précédent, tout pêcheur à la ligne en sait quelque chose ! Autrement dit, il n'existe pas une explication possible à un symptôme, fût-ce pour une personne bien précise, encore moins y en a-t-il d'un même symptôme pour des personnes différentes.

C'est pourtant, bien entendu, dans cette direction, cette dérive naturelle que ce que j'ai pu avancer il y a quelques années s'est trouvé tiré. Ce que la plupart de ceux qui ont lu ma thèse ont retenu à propos du symptôme prématurité, c'est que celui-ci s'enracinait dans l'ambivalence de la mère vis-à-vis de la naissance de cet enfant à naître. En termes simples cela veut dire que la mère peut éprouver vis-à-vis de cet enfant tout à la fois le désir qu'il vive et celui qu'il meure, et que cette ambivalence peut aboutir à ce compromis qu'est le symptôme prématurité. Certes, il ne s'agit pas de reculer sur ce point ; il s'agit encore moins de dire que les mères ne sont qu'amour et désir de vie pour leur enfant ;

chaque femme, au cours de la grossesse, s'est sentie à un moment ou à un autre soumise à une telle interrogation. Est-il besoin de souligner que cela ne les a pas toutes conduites à accoucher prématurément, et c'est heureux. Seulement, il s'agit d'utiliser cette hypothèse avec prudence et discernement. D'abord, disons quelques mots de terminologie. Une notion traîne dans la tête de beaucoup : celle de pulsion de mort, que Freud opposa à celle de pulsion de vie. Rappelons pour mémoire que cette pulsion de mort n'a rien à voir avec le souhait de meurtre [1].

Pourquoi donc cette prudence ? Eh bien, tout d'abord, pour ne pas tomber dans le piège préalablement dénoncé : celui de la relation de compréhension. En effet, cette ambivalence, si elle apparaît de manière fréquente et accentuée chez les mères de prématurés, s'appuie elle-même sur des « motivations » qui ne sont en rien transposables d'une mère à l'autre. Autrement dit, les sources de cette ambivalence sont multiples et variées, et il faut les découvrir peu à peu avec la mère ; ce qui signifie que parler d'ambivalence à propos de la prématurité n'est utile que dans la mesure où l'on arrive à décrypter les éléments sur lesquels elle s'appuie. Ensuite, parce que l'ambivalence ne saurait constituer une clé passe-partout et, que bien d'autres signifiants peuvent intervenir et nous surprendre. Encore une fois, il faut savoir si l'on veut ou non comprendre, se laisser subvertir, se laisser surprendre par ce que l'on ne soupçonnait pas, ou vouloir donner des leçons.

Avant de poursuivre, disons un mot à ceux qui ne se sentiraient pas concernés par cette notion d'ambivalence, et se demanderaient pourquoi une mère pourrait éprouver un souhait de mort vis-à-vis de son enfant. Nous pourrions donner bien des motifs, donnons-en seulement un. La naissance d'un enfant nous pousse vers notre propre mort, nous faisant sauter une génération, comme d'ailleurs c'est le cas involontairement pour la génération qui nous précède. Cela seul suffirait à nous rendre ambivalent et bien des histoires, bien des drames familiaux, reposent sur la difficulté que nous avons à accepter cet inévitable-là. Mais,

1. J'avais, à l'époque du premier numéro des *Cahiers du nouveau-né,* tenu à le faire préciser à Françoise DOLTO au cours de son intervention à laquelle on se référera utilement. (*Cahiers du nouveau-né,* n° 1-2.)

c'est vrai, il peut s'agir de bien autre chose, et on n'en finirait pas d'énumérer toutes les possibilités, toutes les motivations qui peuvent contribuer à alimenter cette ambivalence ; on n'en finirait pas, car elles sont trop nombreuses et parce que cela présente peu d'intérêt dans la mesure où il faut chaque fois partir à leur recherche au départ, et écouter chacun avec son histoire, ses difficultés, ses signifiants dans l'entrelacs desquels cette grossesse prend sa place. Mais le plus grand péril, c'est celui représenté par ceux qui, s'emparant d'une telle conclusion, viendraient dire aux mères venant d'accoucher prématurément, ou sur le point de le faire : « Si vous avez des contractions, si vous avez eu un enfant prématuré, c'est parce que vous ne vouliez pas vraiment de cet enfant, parce que vous ne le vouliez qu'à moitié. » Oui, c'est un grand danger, mais il faut expliquer d'abord pourquoi.

La première réaction est de dire que, si cela ne marche pas, c'est qu'il s'agit d'une interprétation sauvage. J'avoue, un peu par provocation, vouloir ignorer que ça existe, les interprétations sauvages. Une parole interprétative, ça vient justement « comme ça », le plus souvent sans qu'on l'aie concoctée pendant des mois, ça surgit dans le moment parce qu'alors pour un instant tout se tient, avant que ça ne reparte un peu dans tous les sens. Non, la seule chose qui me rebute dans l'interprétation sauvage, c'est la sauvagerie, soit dit autrement l'agressivité sous-jacente. On comprend qu'elle puisse surgir à un moment ou à un autre d'une relation bloquée entre un patient et un médecin, soit que celui-ci se sente dépassé, agressé par le surgissement de cet enfant à un moment qu'il juge dangereux, donc angoissant, soit qu'il se trouve soumis d'une manière ou d'une autre à un questionnement auquel il se sent incapable de répondre, subverti par la question en acte, une menace, qui lui est posée, soit d'une tout autre façon encore. On comprend qu'il puisse alors lui arriver de se défendre avec la première arme venue. Simplement, c'est une erreur, et cela ne saurait être érigé en règle à suivre.

Mais si nous prenons le cas où cette parole est prononcée en dehors de tout sous-entendu de menace, pourquoi ne peut-elle pas alors être opératoire ? Qu'est-ce donc qui s'y oppose ? Pour répondre à cette question, il faut se pencher sur une distinction que Freud a faite il y a bien des années, et qui consiste à distinguer ce qui est inconscient de ce qui

n'est pas conscient. Certes, la terminologie n'aide pas à la classification des choses. C'est la raison pour laquelle, d'ailleurs, Freud plus tard demandera qu'on utilise les initiales I.C.S. pour parler du système inconscient (en français). Oui, système, car c'est bien de cela qu'il s'agit, et dont la principale caractéristique n'est pas d'être inconscient, mais de fonctionner d'une certaine manière, qui n'est pas celle du conscient, et d'être protégé de ce dernier par la censure. Cette représentation imagée a quelque peu vieillie, mais elle reste encore suffisante pour souligner qu'à partir du moment où ce n'est pas le fait d'être inconscient qui caractérise ce système, mais bien d'autres raisons, on peut mieux comprendre que ce n'est pas en tentant de manière abrupte et selon le peu qu'on en a compris de le rendre conscient, que les choses seront changées. Il s'agit de plus que cela. Prenons un exemple : je respire « sans y penser » ; et ce « sans y penser », bien que n'étant pas conscient, n'a rien à voir avec l'inconscient. Tous les gens auxquels je ne pense pas, tous les faits qui ne sont pas immédiatement présents à mon esprit ne sont pas pour autant inconscients, du moins au sens que Freud donne à ce terme. En revanche, ce qui m'agit, ce dont je ne veux pas entendre parler, cette mémoire subtile de tout ce que je ne peux pas oublier, et qui, pourtant, ne m'est pas présent consciemment, et qui ne se manifeste que par des rêves, des lapsus, des actes manqués, tout ce qui, à ma grande stupéfaction, guide ma vie sur une autre voie que celle que j'imaginais, oui, tout cela c'est l'inconscient, ou ça se trouve plus ou moins directement en rapport avec lui. Pour nous résumer, disons qu'il s'agit d'un système complexe qu'il faut un peu de temps et une certaine pratique pour percer à jour et faire bouger. Il est inutile, voire dangereux, de vouloir à tout prix en ignorer la complexité, car les résultats ne peuvent être alors que désastreux. Souhaitons que cette mise au point, ou plutôt ce rappel, invite chacun à une certaine prudence ; souhaitons qu'elle ouvre sur une compréhension moins automatique des choses, comme, je le crois, tous les articles de ce *Cahier* nous y invitent.

Un temps pour naître

En abordant la prévention de la prématurité de diverses manières, nous avons senti combien il nous fallait relativiser aussi cette norme des neuf mois de gestation humaine, que ce soit au travers de la notion de prématurité-symptôme à respecter, au travers d'une distinction entre naissance prématurée, nouveau-né de faible poids et fœtus déjà atteint d'un retard de croissance intra-utérin.

Des temps différents se dessinent, se rejoignent parfois, s'opposent quelquefois.

Il semble que temps individuel, temps social et temps de la nature se disjoignent de plus en plus à l'heure actuelle, au profit d'un temps scientifique qui se voudrait universel.

L'homme et la femme diffèrent dans leur rapport au temps ; là où l'homme est conduit seulement par le temps de la vie, la femme, elle, est soumise à une double horloge. Pour elle, outre ce temps, règne celui de sa vie génitale. Temps des règles, temps d'avoir un enfant, et de ne plus en avoir, temps-durée de la gestation.

Lorsque l'enfant naît prématurément quelque chose fait alors surface ; le temps est bouleversé ; la femme et l'enfant, projetés dans leur temps singulier, perdent alors contact avec les références au temps commun.

Une ethnologue, F. Loux, nous fait part de son expérience personnelle de désorientation, et nous rappelle à cette occasion la richesse des repères de l'ancien temps où les rythmes naturels et saisonniers constituaient la base du temps social et culturel.

D'hier à aujourd'hui : les temps de la grossesse

Françoise Loux *

Attendre un enfant... l'expression évoque d'elle-même une idée de temps. La relation souvent conflictuelle que chacun — chacune — d'entre nous entretient avec le temps se trouve sans doute cristallisée au moment de la grossesse : le passé de sa propre enfance et le futur de ce que sera l'enfant attendu s'y trouvent mêlés, dans un temps suspendu, tendu, vers l'échéance de la naissance. Il n'est, alors, pas étonnant qu'une naissance avant terme entraîne une perturbation de ce rapport temporel. Cette perturbation est peut-être d'autant plus forte que, dans la société urbaine, le temps est vécu de façon monocorde, les rapports entre le temps et la météorologie, le temps et les saisons, se sont distendus. Or autrefois, comme sans doute maintenant, la grossesse est un moment où la femme retrouve souvent des racines très anciennes de rapport avec l'univers, d'unisson avec la nature. D'où une série de contradictions, de ruptures même.

Un tel mal-être, occasionné par le vacillement des repères temporels, je l'ai éprouvé lors de la naissance — très avant terme — de mon dernier enfant. Il s'est emparé si violemment de moi que, cinq ans après, les effets n'en sont peut-être pas entièrement dissipés. D'où les difficultés à écrire cet article, et la forme sinueuse, cahotante entre le passé et le présent qu'il a inévitablement prise presque à mon insu.

* Ethnologue, musée national des Arts et Traditions populaires, Centre d'ethnologie française.

Mon travail d'ethnologue rend sans doute encore plus complexe ces rapports avec le temps. La façon dont je pratique mon métier, m'enracine dans le concret du présent en avivant chez moi une sensibilité à des détails de la vie quotidienne en apparence insignifiants, mais d'une importance symbolique certaine. C'est ainsi que le simple fait de s'habiller, de se laver les mains avant d'entrer dans le service où mon enfant était hospitalisé a rapidement été pour moi beaucoup plus qu'un acte machinal ou une simple pratique d'hygiène. Il s'agissait d'un véritable rituel : d'un passage, d'une purification. Mais mon champ d'étude, — et surtout son époque — la façon dont on entretenait le corps et dont on soignait les enfants dans la société rurale à la fin du XIXe siècle m'introduisent à un sentiment étrange, et parfois troublant, de distance et de proximité mêlées. Au moment de la naissance de Valentin, et peut-être surtout après, quand j'ai pu réfléchir sur tout ce que nous avions vécu, je me suis aperçue combien m'avait aidée, sans que j'y prenne toujours garde, tout ce que je savais du passé, des traditions, de l'expérience des femmes d'autrefois. Mais, parmi les nombreuses différences, Valentin vit... Les enfants d'autrefois mouraient souvent — j'ai été sensible à cette rupture, à cet isolement par rapport au temps dans lequel je me suis trouvée, plus peut-être que les femmes d'autrefois.

Je voudrais parler de cela : tout à la fois de mon rapport perturbé au temps, de l'absence actuelle de repères sociaux et cosmiques et de ce qu'il en était autrefois. Pourquoi ce mélange ? Il ne peut être question pour moi de nostalgies passéistes. Je le répète : Valentin vit, grandit bien. Cela aurait été impossible autrefois. Mais je suis très sensible à la sagesse des expériences accumulées à travers les générations. Je pense aussi que les traditions ne vivent qu'en changeant, en se modifiant selon les circonstances ou l'environnement social. Personnellement, ces traditions m'ont beaucoup appris. Je pense qu'elles devraient plus — et mieux peut-être — intervenir dans la réflexion des femmes, des médecins, du personnel soignant. On oublie généralement le savoir des grand-mères. Elles-mêmes, d'ailleurs, très souvent, doivent d'abord le retrouver, le reconnaître en elles. Les traditions anciennes ne sont pas nécessairement une référence à un passé contraignant et sclérosé : ce sont aussi — et peut-être surtout — une somme

d'expériences féminines précieuses, un terreau sur lequel construire quelque chose de nouveau.

Un temps absent

Valentin est né un jour de mars 1977, après cinq mois et demi de grossesse. Cette naissance a été brutale, imprévue, à peine préparée par une semaine sous perfusion. Il est resté hospitalisé pendant quatre mois. De toute cette période je garde un souvenir à la fois précis et désorienté : une vie à la fois très intense au niveau du quotidien mais un peu hors du temps et de l'espace. De brusques crises me faisaient parfois prendre une conscience inquiète de cet égarement. Ainsi, je me revois, lors d'une de mes premières visites à l'hôpital, au milieu du boulevard, en train de le traverser. Je me « réveille » à proprement parler : du bruit, des voitures dans tous les sens... Moi, ne sachant ni où je suis, ni où je vais, ni quand nous sommes... Désorientation complète d'un court moment, temps et espace me fuyant de concert... Les nuits également, très souvent, jusqu'au moment où, Valentin étant sorti de réanimation, j'ai pu le prendre dans mes bras — ces réveils en sueur, angoissés, ne sachant plus si la naissance avait eu lieu ou non, à quel avant ou après, à quel mois, quelle saison me référer.

Les choses se sont atténuées. Pourtant cette désorientation revient parfois, de façon fugitive, quand je suis fatiguée, harcelée ou malheureuse... il faut du temps pour retrouver le temps...

Ce n'est pas étonnant. Nous avions vécu longtemps — en tout cas les deux mois pendant lesquels Valentin a été en réanimation — dans un temps d'attente — ou plutôt dans l'absence de temps. Que signifie l'attente, l'avenir, quand la mort se profile peut-être à l'horizon ? C'était un temps brumé et blanc, ouaté pour ne pas laisser pénétrer l'incertitude du futur, un temps rythmé par les visites quotidiennes à l'hôpital où, jour après jour, une petite vie se construisait. C'était aussi un espace dont l'hôpital était le centre, auquel mon corps — non tout à fait séparé de Valentin — me reliait comme par un fil. Au fond, si j'avais également du mal à me repérer dans l'espace, n'était-ce pas qu'un accouchement prématuré crée un espace béant là où il y avait fusion ? Espace en dehors du monde, en dehors de

l'espace et du temps, ponctué par le bruit du monitoring. Mon enfant aussi était en dehors du temps et de l'espace : du blanc, de l'immobilité, ni jour ni nuit, lumière et alimentation continues...

J'ai longtemps eu peur des conséquences. Peut-être était-ce dû à une vision extérieure des choses ; peut-être mes visites et mes caresses, le changement de voix des infirmières qui se relayaient auprès de lui, un certain calme de la nuit, rythmaient-ils sa vie de façon imperceptible. Il est en tout cas évident — et je le raconte souvent à Valentin — que cette vie à l'hôpital n'était pas un espace vide. Elle était remplie d'événements, d'une infinie tendresse... Sans doute à cause de tout cela, aucune conséquence n'apparaît chez Valentin, cinq ans après, de l'uniformité de l'espace et du temps de sa petite enfance. Certes, la tentation est parfois forte d'interpréter certains refus de se coucher, certaines difficultés à s'endormir, fréquentes chez les enfants de cet âge, par rapport à tout ce passé. J'essaie de ne pas le faire.

Toutes les circonstances entourant ces premiers mois difficiles expliquent largement le trouble que je ressentais. À cela s'ajoute cependant un sentiment diffus, beaucoup moins explicitable. Je crois que tous ces troubles étaient accentués du fait que mon balancier intérieur était lui-même perturbé. Mon corps s'était fait à une attente de neuf mois et refusait violemment de la sentir ainsi interrompue : il n'a commencé à retrouver ses formes qu'au moment prévu pour la naissance.

Sur ce temps propre du corps, cette « chronobiologie » que l'on redécouvre actuellement, les traditions anciennes donnent un matériel de réflexion très riche.

Temps du corps, temps de la femme [1]

Dans la culture rurale ancienne, le temps du corps est d'abord et peut-être avant tout le temps de la femme. Elle

1. Le matériel sur lequel se fonde cette rapide démonstration est tiré des recherches que je mène au Centre d'ethnologie française (musée des Arts et Traditions populaires) sur les représentations du corps dans la société rurale du XIXe siècle, notamment à travers les collectes et les observations des folkloristes de l'époque.

est, en effet, considérée comme très proche de la nature et, plus encore que l'homme, soumise à son rythme [1]. Elle est « gouvernée » par la lune, dit-on, et fantasque, « lunatique » comme elle. Mais, par les règles, la périodicité entre dans son corps. Elle est « réglée ». Quand elle attend un enfant, cette périodicité est un moment supprimée, abolie. On considère alors cette femme « déréglée » comme capable de tout : elle peut, par exemple, avoir des désirs de meurtre ; en effet, et c'est un autre volet du rapport au temps, la femme enceinte est considérée comme faite d'attente, de désir. De là vient la croyance traditionnelle aux « envies ». La femme enceinte doit nécessairement en avoir, et ces « envies » sont nécessairement de l'ordre de l'impossible. Mais, si elles ne se réalisent pas, elles risquent de marquer de façon indélébile le corps de l'enfant.

Donc, toute la période de la grossesse est entourée de précautions. Tous les gestes de la future mère sont surveillés. Ils peuvent avoir, en effet, une influence à la fois symbolique et matérielle sur la vie de l'enfant à venir puisque mère et enfant ne font qu'un seul organisme. Par exemple, si une femme enceinte dévide un écheveau pendant sa grossesse, son futur enfant risque de naître étranglé par le cordon. Il y a donc interdiction d'un acte qui, fait dans le présent, préfigure l'avenir de la naissance. Grossesse et naissance sont ici juxtaposées, le temps est aboli.

Le chiffre neuf, les neuf mois de l'attente, devient alors le chiffre magique du corps, un chiffre de guérison, de renaissance après le temps immobile, intermédiaire, de la maladie. Ainsi [2], en Anjou, pour se guérir du mal de dents, il faut mordre neuf fois dans une noix. Pratique bizarre... à première vue éloignée de notre propos. Pourtant... « le mal de dents est un mal d'amour »... « Un enfant, une dent », dit-on souvent. Souffrir des dents et enfanter ont une connivence certaine, connivence renforcée par le fruit dans lequel on mord : la noix, ronde, fermée, contenant un fruit, comme une matrice ; or, si le nombre des morsures est

1. Sur ce point, voir le livre important d'Yvonne VERDIER, *Façons de dire, Façons de faire,* Gallimard, 1978.

2. À propos de la guérison comme naissance, voir M. CAISSON, « Le four et l'araignée », essai sur l'enfournement thérapeutique en Corse, *Ethnologie française* n° 3-4, p. 365-380.

neuf, ce n'est pas un hasard. De façon plus générale, certaines thérapeutiques, comme le recours aux neuvaines (prier pendant neuf jours ou réciter neuf prières), sont fondées sur ce chiffre.

Cette sensation différente du temps : temps lunaire rythmé par les règles, temps large d'attente de la grossesse, les femmes le possèdent encore très fortement dans leur corps. Si on laissait s'exprimer ces savoirs du corps — jusque dans le refus violent d'une attente tronquée — ne permettraient-ils pas au temps, à la durée, de se réinstaurer, au corps de retrouver son rythme profond, son rythme propre ? Pourquoi vouloir à tout prix, après une naissance trop vite venue, que le corps reprenne aussi rapidement ses formes d'avant ?

Mais, même si souvent il se fait entendre en elle, lui disant que le déroulement des jours n'est pas uniforme, le corps de la femme, ses savoirs sur le temps et la nature, ne sont pas reconnus, écoutés par la société ; le temps est beaucoup plus uniformisé qu'autrefois : les heures succèdent aux heures, les jours aux jours, les semaines aux semaines après la coupure du week-end. Autrefois, et surtout dans une société agricole, le temps n'était pas toujours le même : temps météorologique et temps chronologique se superposaient souvent.

Lors d'une grossesse interrompue, lorsque le balancier interne se grippe, quels sont maintenant les repères extérieurs qui vont aider dans la perception du temps ? À première vue, ils apparaissent nombreux dans notre société minutée, où l'on a honte de « perdre son temps ». Mais, pour que le sens du temps « renaisse », les pendules sont insuffisantes, il faut retrouver un équilibre entre le corps et la nature, retrouver en la nature un savoir que le corps ne possède plus, momentanément.

Du temps qu'il fait au temps qui passe : les temps de la nature

Autrefois, temps qu'il fait et temps qui passe étaient constamment liés dans un travail agricole pour lequel le déroulement des tâches variait suivant les saisons et dépendait du « temps qu'il fait ». Il est, certes, un lieu commun de dire que le temps ne semble pas toujours passer avec la même vitesse. Chacun possède un rythme personnel qui

varie selon les saisons. Ce temps propre, souvent revendiqué dans les loisirs, était, autrefois comme maintenant, très contrôlé socialement : il convenait, par exemple, de se lever de bonne heure et de se coucher tôt. Mais les journées de travail avaient une amplitude différente suivant les saisons et les exigences du travail agricole. Elles s'étiraient indéfiniment avec les longues journées d'été, occupées à la fenaison, à la moisson et aux soins quotidiens aux animaux. Ce découpage saisonnier du temps offrait peut-être une plus grande souplesse que le temps urbain minuté. Il laissait sans doute plus de possibilités aux rythmes individuels de se développer, plus de flexibilité était permise, et une possibilité de réadaptation plus grande quand intervenait une rupture. Nous ne savons plus épouser le temps en observant la nature et notre propre rythme corporel. Nous avons besoin d'horloges, d'un temps extérieur, découpé en rondelles toutes égales.

À certains moments calendaires, en particulier lors des gros travaux agricoles, le corps est plus fatigable qu'à d'autres moments. Il faut en tenir compte pour la conception d'un enfant. C'est une des explications du proverbe « Mariage en août, enfant morveux ». Cet enfant du mois d'août a été conçu au moment des gros travaux agricoles, au moment où les forces du corps sont épuisées, desséchées, tout à la fois par la chaleur, le travail, la veille, les fêtes. Ses parents ne peuvent lui léguer que leur épuisement ; il sera donc toujours fragile.

En certains temps, il est donc bon de concevoir, en d'autres, c'est mauvais. On n'ensemence pas non plus en n'importe quel moment. Il y a là plus qu'une simple image : le corps et la nature forment un tout, le corps doit donc suivre le rythme des saisons. Comme les végétaux, il est sensible à leur cycle. Ainsi, le printemps est une époque de fermentation, pour les plantes comme pour les hommes. « C'est en mars que le printemps chante et que le rhumatisme augmente », assure le dicton. À la poussée de la sève correspond en effet la poussée des humeurs (ce qui explique également la naissance d'enfants morveux après une conception en août). L'automne est une période nocive pour les personnes faibles, les enfants, les vieillards, les malades. « Quand la feuille monte et retombe, l'homme aussi monte et retombe.»

On ne naît pas non plus à n'importe quel moment dans le

neuvième mois qui suit la conception. La lune, qui « gouverne » tout ce qui croît dans la nature, règle aussi le moment de l'accouchement. Cette référence cosmique n'est pas la seule. Le signe de naissance détermine, ou plutôt encadre, une partie de l'avenir de l'enfant : son caractère, ses professions privilégiées, même les maux dont il souffrira et les morts qu'il risquera. Ainsi, attendre un enfant pour le mois de mars, c'est se préparer, fantasmer sur un enfant ayant les caractéristiques du Bélier, en août, cela sera le Lion, en septembre, la Vierge. Cette mise en place de l'avenir par l'astrologie existe toujours, beaucoup plus qu'on ne le croit. De façon plus générale, l'attente de la naissance, dans notre société actuelle, est toujours, d'une certaine façon, replacée dans un temps calendaire, un temps cosmique. « Ton enfant, est-il Bélier ou Taureau, puisqu'il n'est pas né à la date prévue ? », me disait M., parfois sur un ton de plaisanterie ambiguë. Le problème est que ce rapport au cosmos est maintenant devenu quasiment abstrait, détaché de l'environnement naturel, de la relation concrète entre le corps et la nature qu'établissait un travail dépendant des saisons et de la météorologie.

Temps sociaux et temps rituels

À l'intérieur de ce temps non uniforme, il y avait autrefois des repères importants — repères sociaux insérés dans le cycle végétal, dans le rythme du travail. Ces repères ponctuaient le temps, permettant sans doute de s'y raccrocher quand il vacillait. Notre société urbaine tend à oublier les saisons ou, plutôt, à ne plus les mettre qu'artificiellement en relation avec des activités particulières et différentes du corps. Certes, le dimanche, les fêtes calendaires, les vacances, marquent toujours des pauses dans la vie quotidienne. Mais ces pauses sont beaucoup moins reliées au rythme de la nature, sinon de façon ludique, et souvent extérieure. Alors, elles introduisent une nouvelle coupure, celle de l'espace : temps de travail et lieu de travail, temps de loisir et lieu de loisir sont ainsi totalement dissociés, écartelés même. Autrefois, les fêtes scellaient une certaine unité du corps : corps au travail et corps ludique. À cela correspondait une juxtaposition des divers types de temps : temps calendaire de la fête civile et religieuse du cœur de l'été ou de l'hiver (Saint-Jean ou Noël), temps de la

mémoire : commémorations individuelles (anniversaires) ou collectives (14 Juillet).

Aujourd'hui, les deux points de repère des fêtes, le météorologique et le calendaire, se retrouvent beaucoup moins souvent associés dans un ancrage du corps au sein de la nature. Personnellement, lors de la naissance de Valentin, et pendant toute la période d'attente qui a suivi, ces amarres sociales m'ont manqué. Si j'avais vécu dans une société ancienne, Pâques et le 14 Juillet auraient peut-être été des terrains solides vers lesquels me diriger, et sur lesquels reprendre souffle. J'ai dû me créer d'autres repères.

Le temps, l'avenir et la mort

Mais comment parler de temps, d'avenir, quand la mort menace à tout instant ? Là réside sans doute une différence importante entre notre société et la société d'autrefois.

Dans la société d'autrefois, la mort des enfants était familière. Cela ne signifie sans doute pas qu'elle était moins douloureuse que de nos jours. Mais elle était nommée, envisagée. On en parlait, on la ritualisait, on essayait aussi de la prévenir. De plus, on l'intégrait au temps. Les enfants étaient considérés comme proches des vieillards, des ancêtres morts. Cette conception cyclique des générations donnait un sens social à toute mort en la plaçant dans une chaîne entre les générations, une chaîne de transmission. C'est dans ce cadre que l'on peut comprendre la pratique, fréquente autrefois, de donner à un enfant le nom d'un frère ou d'une sœur morts quelques années auparavant. Parler de la mort, c'est donner au temps son poids individuel, se situer par rapport au passé, à la mémoire, à la continuité des générations, si prégnante lors d'une naissance. Parler de la mort permet aussi peut-être de parler d'avenir et des moyens justement de prévenir cette mort. La prévention paysanne ancienne, telle que les proverbes l'établissent par exemple, est très importante. Elle se fonde en partie sur l'enracinement du corps humain dans la nature. Dans ce cycle annuel, il y a des moments bons et des moments néfastes pour telle ou telle thérapeutique : « La saignée du jour Saint-Valentin fait le sang net soir et matin, et la saignée du jour de devant garde les fièvres en tout l'an. »

Les maladies n'ont pas uniquement des conséquences immédiates, leur action sur le corps peut évoluer d'une saison à l'autre : « Rhume d'hiver, santé d'été », dit-on par exemple. La santé évolue dans un continuum annuel qui suit le rythme des saisons. Bien entendu, beaucoup de conseils préventifs concernant la grossesse et l'enfantement sont relatifs à la météorologie. Il n'y avait autrefois, dans les familles paysannes, que peu de moyens pour se protéger de l'excessive canicule, des froids les plus rigoureux ou de l'humidité pénétrante. À certaines époques, les enfants fragiles sont donc particulièrement menacés : « Le soleil de mars met les enfants au tombeau. » On en revient donc au moment fondamental de la conception et à cette prévision dans la durée de neuf mois : un mariage, c'est-à-dire une conception, en août aura des conséquences neuf mois plus tard : en mai.

Retrouver des repères

Après un bref séjour à la maternité, je me suis retrouvée à la maison sans grossesse, sans enfant, plus tôt que prévu. Il m'était impossible de faire le moindre projet puisque l'avenir nous semblait fermé. Valentin n'allait pas très bien, il était en réanimation. Prise dans une culture pour laquelle la mort d'un enfant n'est plus familière, je sentais très violemment qu'envisager l'avenir en termes de mort pouvait être mortifère. Quant à la vie... personne n'osait trop en parler autour de moi. Tout ce que l'on pouvait alors faire ou dire était de vivre au jour le jour, donc sans projet par rapport au temps. Mais j'avais l'impression de me perdre, de me noyer dans cet avenir indicible qui avait presque l'éternité de la mort. Alors, sans même y penser de façon précise, en quelque sorte par sauvetage quasi instinctif, je me suis fabriqué des repères, des sortes de haltes temporelles : quinze jours, un mois, le moment du terme, celui où nous serions tous les deux sortis de la maternité après un accouchement à terme. Ces haltes m'étaient personnelles : elles ne correspondaient pas à un temps social ou traditionnel, je n'avais pas de repères autres que ceux que je me forgeais.

Ainsi, en l'absence de temps sociaux très nets concernant tout le monde, je me suis trouvée isolée par rapport au

temps et j'ai dû me forger mes propres repères, ma propre chronologie. Ces repères ont souvent été dictés par mon corps, par les étapes que ma grossesse aurait dû avoir.

Ces repères m'ont sans doute aidée à ne pas envisager l'avenir plus loin que ces haltes que je me fixais. Ils m'ont aidée à ne m'inquiéter véritablement de l'avenir qu'à partir du moment où — Valentin sorti de réanimation — cet avenir ne s'exprimait plus exclusivement en termes de vie et de mort. Alors une inquiétude diffuse s'est progressivement emparée de moi. Cela a duré longtemps, bien après sa sortie de l'hôpital. Tout ce qu'une certaine vulgarisation, un peu rapide, raconte au sujet des séquelles de la prématurité, ravivait souvent cette inquiétude. Je voulais toujours, pour Valentin, savoir ce que serait le futur, ce que serait l'avenir. Je le demandais au médecin, j'essayais de l'y engager et je n'obtenais que des réponses vagues, des réponses imprécises. Un jour, j'ai finalement compris que j'exigeais pour Valentin ce que je ne trouverais jamais, même pour n'importe quel autre enfant. Aucun médecin ne peut s'engager dans la prédiction de l'avenir. Quand j'ai eu compris cela, j'ai été plus tranquille.

L'inquiétude par rapport à l'avenir, par rapport au temps vague de l'au-delà, se calme sans doute quand on réussit à vivre dans le temps présent. Mais, en même temps, le temps présent contient en lui l'avenir. D'où mes difficultés, pendant toute cette période, à me repérer dans le rythme du temps. Difficultés accentuées sans doute du fait que mon travail est relativement indépendant de la succession des jours, des nuits et des saisons. Mes autres enfants, les départs et retours de l'école, les week-ends, ont été un ancrage dans le temps, mais les longues plages des journées me désorientaient. Les visites à l'hôpital me replongeaient souvent dans un rêve de fusion avec Valentin qui abolissait le temps et l'espace. Mes journées étaient occupées, chargées, à la limite du surmenage, avec les enfants, le travail repris rapidement, les visites journalières à l'hôpital. Mais ce temps plein n'en était pas moins un temps flou.

Ce sont des petits détails, en apparence, qui m'ont aidée à rester ancrée dans le réel. D'abord cette reprise précoce du travail. Cela n'a pas toujours été simple — et je travaille pourtant dans des conditions privilégiées. Mais mon travail m'a permis de sortir de l'isolement, d'accéder à un temps social, différent de mon temps individuel, si profondément

perturbé. Sans lui, certains jours, j'aurais pu ne pas me lever ou me recoucher après le départ de toute la famille... et perdre totalement pied dans l'irréel.

En même temps, j'avais d'autres façons de rythmer ma journée. Par elles j'ai essayé, de façon souvent peu consciente, d'introduire Valentin à l'intérieur de la maison ; sinon — surtout dans la mesure où je retravaillais — ma grossesse, la naissance auraient été complètement gommées de mon temps quotidien, et la visite à l'hôpital aurait encore beaucoup plus été un îlot de rêve.

L'allaitement, ou plutôt le tirage du lait, a été une de ces façons. Cela a été très important pour moi, je servais à quelque chose pour mon enfant. Mais, par rapport au temps, tirer le lait me légitimait dans l'état de rêve, de régression presque, que j'avais aimé lors de mes précédents accouchements, à mon retour à la maison, quand je me retrouvais dans le rythme régulier de la toute petite enfance que je revivais avec mon bébé. Il ne s'agissait pas là du temps sans frontières qui me menaçait. L'allaitement m'a aidée à retrouver un rythme, différent de celui de la vie extérieure, à m'allonger régulièrement pendant la journée en pensant à Valentin. Reprise du travail et allaitement se sont donc bien complétés pour moi. J'ai été aussi aidée par une pratique bizarre, à la limite de l'obsession. Très rapidement, je me suis mise à recopier la courbe de poids de Valentin, presque clandestinement. Je ne sais pas bien pourquoi — peur de paraître ridicule, mais aussi sans doute, besoin de préserver ce jardin secret — je n'en parlais pas à l'hôpital. Jour après jour, à la maison, je reportais cette courbe sur un graphique. Regarder la courbe me donnait des idées optimistes : dans l'ensemble, elle montait, parfois très lentement, mais jour après jour elle approchait des trois kilos fatidiques. Cette courbe de poids constituait également une sorte de calendrier sur lequel je notais rapidement les événements marquants de la vie de Valentin. Cela aussi me constituait des repères dans le temps. J'avais besoin de chiffres : un nombre de mois, une date de sortie. Ne pouvant les trouver, j'ai transposé sur un autre chiffre : le poids. Dès que Valentin s'est mis à aller mieux, un repère a également commencé à faire question pour moi : son repère de départ, son âge.

J'ai longtemps regretté de ne pas avoir marqué plus fort le temps de sa naissance : je n'ai pas osé envoyer de

faire-part, Valentin a reçu peu de cadeaux et ne les a reçus que très tard. Il n'y avait donc pas de repères familiaux de fête. Ces repères devaient-ils être ceux de sa sortie de réanimation ou de sa sortie de l'hôpital, moments auxquels la joie des autres a pu s'exprimer totalement ? À un moment, je l'ai presque pensé, d'autant plus que l'on compte souvent en « âge corrigé » quand un enfant naît en avance. C'est-à-dire que l'on donne à l'enfant non l'âge de sa naissance, mais l'âge qu'il aurait eu en naissant à terme. Les médecins et moi-même avions décidé de ne pas le faire : Valentin était né, il avait besoin de cette inscription à la fois sociale et biologique dans le temps. Je ne l'ai donc pas fait, mais en même temps — par crainte de la comparaison avec d'autres enfants, mais aussi peut-être par désir de le garder près de moi — j'avais tendance à rajeunir Valentin, à dire : « Au fond, il est encore tout petit. »

En cela, la crèche nous a fait du bien à tous les deux, en le confrontant avec d'autres enfants du même âge que lui. Chaque fois que je disais « Il est trop petit », les puéricultrices me l'ont fait remarquer en riant, en me montrant qu'il se comportait comme un enfant de son âge, que je devais réconcilier ce rapport au temps. La crèche a été un moyen de renouer les morceaux éparpillés.

Pour lui aussi, j'ai voulu que ce temps d'hôpital ne s'estompe pas dans les souvenirs, ne soit pas un temps vide, un temps de silence ou de douleur. Alors — Valentin étant déjà grand, mon inquiétude s'étant estompée — j'ai écrit notre histoire sous forme de journal, façon peut-être de récupérer et d'exorciser le temps en le revivant dans l'écriture [1].

Petit à petit, les choses vont mieux pour moi. Le temps, de jour en jour, s'estompe dans le temps uniforme du passé : je peux en parler, j'envisage de publier notre histoire, me disant que d'autres en seront peut-être aidées. En même temps, j'ai peur de ce contact brutal entre les autres et une histoire, un temps individuels. La blessure, la rupture qu'introduit une naissance avant l'heure est si forte que cela transforme profondément, que cela donne une écoute, une sensibilité, peut-être définitivement différentes.

1. Un livre de F. Loux rapportant son expérience vient de sortir aux Éditions Stock : *Une aussi longue naissance.*

Si la prématurité bouleverse les repères de la mère, elle signifie toutefois quelque chose de son temps et de son histoire, quelque chose qui la désigne comme étant cette mère-là, spécifique, de cet enfant-là, précisément.

La médecine, quant à elle, suit sa logique, une logique qui conduit à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour ramener cette mère dans le temps commun des autres femmes, un temps statistique en quelque sorte.

Ce n'est pas toujours sans conséquence. Anne Bouchart nous parle d'une jeune Martiniquaise, perdue de n'avoir pas pu donner naissance, comme c'était inscrit dans son histoire, à un enfant prématuré.

Mais comment le médecin peut-il être à l'écoute de cette dimension tout en satisfaisant aux exigences de sa fonction ?

Étrange, en somme

Anne BOUCHART-GODARD *

Françoise Loux, dans son article, nous dit combien une naissance prématurée — prématurée par rapport à l'attente escomptée de neuf mois — bouleverse l'organisation de la mère, dans le temps et dans l'espace ; cela bouleverse son organisation psychique, à la façon d'un traumatisme, à la manière d'un raz de marée, dont les dégâts ne pourront être réparés qu'avec beaucoup de *temps*.

Ces dégâts pourraient donner lieu, nous laisse-t-elle entendre, à de nouvelles constructions originales. Il ne s'agirait pas seulement de réparer, mais bien de trouver, dans de nouvelles créations, un nouveau mode d'être, un nouvel espace psychique radicalement changé.

Elle nous montre comment le chiffre neuf occupe dans la pensée collective, et plus particulièrement celle des femmes, une fonction organisatrice, s'enracinant dans le rythme naturel des saisons, et intégrant le cycle de gestation humaine.

Aux dimensions naturelle et collective-culturelle s'intrique, nous dit-elle, une troisième dimension, *individuelle*. Cette dimension propre à chacun, à chacune, est le fruit, dont la maturation se poursuit jusqu'à la mort, de l'histoire et de la préhistoire de la personne. Il s'agit de son histoire de bébé, de petite fille, bien sûr, d'adolescente, mais il s'agit aussi de ce support préhistorique à sa venue au monde : le réseau de désirs parentaux, au sein duquel elle a

* Psychanalyste, maître-assistante à l'université de Paris VII.

trouvé sa place spécifique, constitue le noyau le plus intime de chaque femme. L'héritage génétique de la réalité du corps se mêle à l'héritage, impalpable, mais tout aussi réel, que constitue ce dans quoi le bébé se trouve pris dès avant sa naissance, lui assignant une place et un destin inscrits dans son inconscient.

Il arrive que cette dimension historique individuelle vienne bouleverser l'équilibre naturel et collectif. Il arrive que cette dimension individuelle ne puisse se conformer à ce qu'on appelle les lois de la nature ni aux exigences de la collectivité. Il arrive parfois que cette réalité individuelle exige de se faire reconnaître malgré ce qui la contraint de toutes parts à se taire, et qu'elle oblige la collectivité dont la femme fait partie à écouter en elle d'autres lois.

La grossesse et la naissance de l'enfant font de chaque femme un être particulièrement exposé, à son insu, à des exigences « hors la loi », qui la traversent et la dépassent. La grossesse et la naissance sont des moments privilégiés de répétition, de réactualisation des événements préhistoriques marquant et inaugurant l'histoire. C'est ainsi que l'attente selon l'exigence interne de la femme peut ne pas être de neuf mois de grossesse, mais plus, ou moins [1]...

Pour A., l'attente de son *troisième* enfant ne devait durer que *sept mois.* Elle ne le savait pas, au début, mais cela s'est imposé à elle comme une évidence : l'accouchement commençait son travail quand elle arriva à la maternité ; elle pensait mettre au monde l'enfant dans les heures suivantes. L'équipe obstétricale estimant la gestation trop peu avancée, trouvant le fœtus trop petit, *intervient* vigoureusement pour interrompre ce qui commençait à s'agir au sein d'A., comme travail de mise au-dehors du petit être qu'elle portait depuis sept mois, et qui « en avait assez de rester là » ; elle aussi, elle en avait assez de le couver ; *ils étaient d'accord ;* seulement les médecins, eux, étaient d'un autre avis, et avec eux l'opinion occidentale raisonnable.

A. est martiniquaise. Ça lui paraît étrange et révoltant ces

1. Voir à ce sujet l'article de John Maynard SMITH, « Des constructions de l'esprit humain », in *La Recherche,* mai 1982, p. 672 : « ... lorsqu'un ami dorzé me dit que la grossesse des femmes dure neuf mois, je pense " bon, ils le savent ". Quand il ajoute : " mais dans tel clan elle dure huit ou dix mois ", je pense : " c'est symbolique ". »

médecins, ces hommes, qui se mêlent des histoires des femmes, qui empêchent que ce qui *doit* se passer se passe et qui font pénétrer dans son corps des produits ayant des effets qui la dépossèdent d'elle-même ; elle ne s'y retrouve pas ; tout ce qu'elle sait, c'est que du liquide *étranger* l'envahit, de force, et la cloue au lit. L'étranger, à ce moment-là, ne peut pas être bénéfique. Elle ravale pourtant ses révoltes, *incapable de se faire entendre.* Elle accouchera, six semaines plus tard, d'un garçon qui ne passera que quelques jours en couveuse. Tout va bien. Elle reprendra son travail à l'hôpital. A. est jusqu'alors une jeune femme bien intégrée en France.

Peu de temps après, sur son lieu de travail, on lui vole son sac, contenant un foulard, la *coiffe*. Elle retrouve son sac, mais la coiffe n'y est plus ! Sombrant dans un état délirant aigu, dangereuse pour elle-même et pour le bébé, elle doit être hospitalisée en psychiatrie, où elle restera un an.

Dans son délire, elle dit toutes sortes de choses peu compréhensibles pour des oreilles françaises, mais elle *n'entend plus* rien de ce qu'on lui dit, en français, bien sûr. À la place de ce qu'elle pourrait entendre de l'extérieur, « ça parle » et « ça chante » dans sa tête, et ça, elle l'entend et ça lui plaît. Le nom d'un homme, inconnu de sa famille, revient souvent dans son délire. Ça parle aussi de Martinique, de mer, de poissons, du temps qu'il fait là-bas, de l'heure qu'il est au pays, d'accordéon, de petit chat...

Après s'être quasiment laissée mourir de faim, elle retrouve un intérêt vorace pour la nourriture sur laquelle elle se jette, mangeant avec les mains et allant voler la nourriture des autres malades. Il faut la veiller continuellement, elle se comporte comme une toute petite fille. Puis un nouvel événement énigmatique survient : son ventre se met à gonfler, gonfler... on dirait un ventre de femme enceinte ! Son gros ventre disparaîtra au bout de... sept mois.

C'est alors que je commence des entretiens réguliers avec elle, qui n'entend rien de ce que je peux lui dire. Pour communiquer avec elle j'écris des phrases simples, je pose des questions auxquelles elle répond parfois par quelques mots, écrits aussi. Son orthographe est excellente. Je lui propose de dessiner : du papier, des crayons de couleur, elle est ravie. Ses dessins, dont elle me parle, qu'elle commente, lui permettent de me conférer une certaine

existence que je n'avais pas auprès d'elle jusqu'alors. Elle commence à pouvoir s'adresser un peu à moi verbalement ; pas tout le temps ; il y a encore souvent sa musique intérieure qui prédomine, mais un dialogue pourra s'instaurer.

C'est au fil des mois suivants que nous parviendrons ensemble à entendre et comprendre un peu de ce qui s'exprime dans son attitude et son délire. A. est née prématurément à sept mois de gestation ; elle est née *coiffée* [1] ; on lui a fait *absorber sa coiffe dans un biberon* dès sa naissance : « Ça porte bonheur et ça confère une force extraordinaire dans la vie. » Elle a été délogée du sein maternel par un « mauvais sort » ; cela venait de la première femme du père, femme jalouse, qui avait déjà deux enfants de lui. Elle était donc *troisième* enfant du père — c'est pour son troisième enfant qu'une naissance prématurée s'imposait.

La mère, rendue malade par le mauvais sort, accoucha prématurément et, atteinte de fièvre et de délire puerpéral, ne put s'occuper de sa fille ; le bébé fut baptisé en si grande hâte que sa marraine, la grand-mère maternelle, n'eut pas le temps d'aller chercher sa propre « coiffe [2] ». Le lait de la mère était empoisonné ; ce fut cette marraine-grand-mère qui la recueillit, lui donna le premier biberon avec sa « coiffe » et la sauva.

Jeune fille, elle eut quelques flirts, puis fut en proie à un grand et véritable amour. Le nom qui revenait si souvent dans son délire était celui de son aimé. Le grand amour partagé ne put se réaliser dans le mariage car le *père* intervint autoritairement pour *casser* ce lien. C'est alors que, pleine de chagrin et de révolte, elle partit pour la France, où elle rencontra son mari. Le lien avec l'objet de ce grand amour n'était rompu qu'extérieurement. Dans son « petit cœur » elle vivait quotidiennement avec lui et cela était devenu évident dès le début du délire. Elle se partageait ainsi entre France et Martinique, entre son mari et son amoureux, comme elle avait dû se partager entre sa

1. C'est-à-dire qu'elle est née encore enveloppée de ses membranes emportées avec elle dans le monde aérien.

2. On sait les différents usages et les différentes significations culturelles symboliques attachés aux « coiffes » des femmes en Martinique.

mère et sa marraine-grand-mère, comme son père s'était partagé entre la première et la deuxième femme. Elle vivait ainsi *deux temps* parallèles, deux températures, deux saisons, deux lois collectives aussi. L'attente du *troisième enfant* avait réactivé toute cette préhistoire déchirante, divisante, et il *fallait* que « ça » se répète pour annuler le temps et le traumatisme, pour devenir *mère comme sa mère*, pour intégrer sa position de fille née d'une telle situation, d'un tel père, d'une telle mère.

L'intervention de l'homme en fonction sociale médicale et, de surcroît, de l'*homme étranger,* venant briser ce mouvement identificatoire à sa mère, qui avait sens dans un monde de femmes, cette intervention, sourde à ce qui s'exprimait là d'essentiel à son histoire, s'est, semble-t-il, trouvé être un écho au choc causé par le père autoritaire interdisant l'amoureux, et cette intervention semble avoir pris un sens équivalent et complémentaire, dans l'après-coup, au vol de la *coiffe* (qui lui conférait protection et puissance extraordinaires). L'homme étranger faisait, au travers du médecin, irruption dans une organisation proche du matriarcat ; l'homme faisait irruption dans son corps de femme, y introduisant des substances étrangères ; une culture étrangère « patriarcale » s'imposait. Cette réalité lui est *intolérable psychiquement :* ne pas faire naître son troisième enfant à sept mois, comme elle était née à sept mois, ne pas pouvoir se référer à son système de valeurs socio-culturelles martiniquaises et subir l'intrusion du médical français, c'est plus de violence qu'elle ne peut en intégrer. Le vol de la *coiffe*, par la possession de laquelle on a pu l'ensorceler, et la déposséder de sa toute-puissance à résister aux dangers, vient renforcer et représenter la perte ressentie d'elle-même ; cela achève de lui faire quitter le contact avec la réalité extérieure, devenue insupportable.

Privée d'un accouchement prématuré qui lui était *nécessaire*, la structure de sens qui l'organisait se trouvant détruite, la boucle se ferme envers et contre tout : elle fait quand même *comme sa mère* un délire après la naissance de son enfant, dont elle ne pourra pas s'occuper pendant plus d'un an. C'est sa propre mère qui viendra alors s'occuper du petit troisième. Elle aura besoin de rétablir sur un mode délirant, et dans son propre corps, sa vérité interne étouffée : elle se fait à nouveau bébé mourant, puis bébé

vorace, puis femme enceinte d'un deuxième homme, celui du désir, puis devant accoucher à sept mois...

Le profond bouleversement psychique et somatique dans le cas d'A. semble donc moins lié à un accouchement prématuré, qui aurait été intégré à un réseau de sens, qu'à l'impossibilité d'assimiler l'entrave qu'a rencontrée son désir de réaliser le temps de grossesse escompté inconsciemment de sept mois. Ce sont, pour elle, les neuf mois de grossesse et l'intervention médicale pour les obtenir qui ont fait figure de traumatisme bouleversant ses repères archaïques. Le temps de mettre au monde, c'est aussi le temps de son histoire ; la norme, c'est aussi le temps que l'on a connu, soi. Et on dit, en France comme en Martinique, que les enfants nés à sept mois sont plus forts et plus intelligents, et comme doués supérieurement [1]...

A. est martiniquaise vivant en France. Elle est donc confrontée aux énormes difficultés à concilier en elle deux cultures, de même qu'elle confronte ses médecins à ce même dilemme. Elle exprime, à sa manière, comment deux cultures se concrétisent pour elle par deux lieux (deux pays) deux temps (horaires, saisons, rythmes, ambiances) et deux langues (elle devient sourde au français mais en conserve remarquablement l'orthographe. Elle a appris le créole à l'entendre, le français à l'écrire). Cela signifie peut-être aussi qu'elle doit tenter de concilier deux organisations psychosomatiques différentes.

Faute de pouvoir maintenir son équilibre en s'appuyant sur sa culture d'origine et sur son histoire, retrouvées à l'extérieur, elle est tenue de les recréer de l'intérieur, reconstruisant le monde à sa manière...

Je me demande si toute femme enceinte, accouchant, tout récemment mère, n'est pas toujours un peu « d'un autre pays », « d'une autre culture », « d'une autre langue », « d'un autre temps », tout à fait étrange, en somme...

1. Voir à ce sujet l'article de J. Gélis dans ce numéro.

Jusqu'à une époque récente la durée de la grossesse était écoutée comme un signe parlant de l'enfant à naître. Ainsi l'enfant né à sept mois était-il réputé vigoureux et fort, au contraire de celui né à huit mois. Le mieux, pourtant, était qu'il soit, tel le bon pain, « cuit à point » ; cela dépendait de la chaleur du « four maternel ». Le temps subjectif merveilleux tenait encore une grande place dans la pensée médicale.

J. Gélis, avec son talent si particulier, nous fait pénétrer dans ce monde qui marque encore profondément notre mémoire collective. Il nous invite à nous pencher aussi sur les premiers pas de l'obstétrique qui devait alors affronter le véritable fléau des mortalités maternelle et infantile.

« Enfant pas mûr, enfant pas cuit »

Jacques GÉLIS *

L'idée demeure jusqu'au XVIIIe siècle que la durée de la gestation n'est pas fixe dans l'espèce humaine. Le terme de neuf mois n'est qu'une référence idéale que la nature ne respecte pas toujours. La maturation du fœtus dépend en effet du tempérament de la femme mais aussi de conditions extérieures, diverses et fluctuantes. Dès lors, on admet aisément que les enfants puissent naître avant ou après le terme, c'est-à-dire avec une avance ou un retard pouvant atteindre plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Parce qu'elles risquent de compromettre l'honneur familial ou de perturber une succession, ce sont surtout les naissances tardives qui ont retenu l'attention des médecins et des juriconsultes ; aussi dispose-t-on, sur cette question, d'une très abondante littérature, principalement au XVIIIe siècle. La prématurité au contraire n'a guère mobilisé les plumes. Les manuels d'accouchement, par exemple, l'abordent avec timidité et souvent en même temps que la fausse couche. Le seul débat — largement théorique — que suscite la naissance avant terme concerne les chances inégales de survie des enfants nés à sept et à huit mois, les seconds étant réputés moins viables, moins dignes d'intérêt que les premiers. Quelles raisons ont pu conduire les médecins à défendre un tel paradoxe ?

La prématurité est devenue aujourd'hui un problème prioritaire, mais il n'est abordé que sous l'angle médical [1].

* Historien, assistant à l'université de Paris VIII.

Une telle approche montre ses limites, dès qu'il s'agit de rechercher, dans un but comparatif, ce qu'était autrefois le destin du prématuré. La naissance mettait, et met toujours en jeu, des comportements culturels, qui ne doivent pas être sous-estimés. Est-on bien sûr que l'image que nous avons du prématuré corresponde à celle des Français qui vivaient sous le règne de Louis XIV ou à la veille de la Révolution ? Le contexte culturel a tellement changé que le comportement d'une famille paysanne d'autrefois, à l'égard d'un « fruit » trop tôt venu, nous aurait certainement étonné.

I. LA MÉDECINE ANCIENNE ET LE PRÉMATURÉ

La nature décide

La plupart des auteurs de manuels d'accouchement du XVIIe et du XVIIIe siècle considèrent que l'enfant peut normalement naître entre le septième et le onzième mois. Dans son *Traité des maladies des femmes grosses et accouchées* [2] publié en 1668, François Mauriceau a dressé trois tableaux des différents termes de l'accouchement, à partir d'observations faites quelques années auparavant. Il n'a mentionné, précise-t-il, que « les enfants qui avaient toute sorte d'apparence de pouvoir vivre jusqu'à un âge parfait, afin de ne pas confondre les avortements avec l'accouchement » ; et la date de conception a été calculée à compter du « dernier jour que les menstrues des femmes avaient entièrement cessé de couler ». Les données rassemblées dans le troisième tableau et qui ont été recueillies directement par l'accoucheur au cours de son exercice, sont les plus crédibles [3]. Que nous apprennent-elles ? Sur 181 cas recensés, les enfants nés au cours du septième mois de grossesse constituent 1,65 pour 100 du total (trois cas), et ceux qui ont vu le jour au cours du huitième mois, 17,70 pour 100 (trente-deux cas). Près d'un enfant sur cinq (19,3 pour 100) est donc né avant terme : proportion considérable, mais probablement un peu supérieure à la moyenne ordinaire, puisque les accoucheurs étaient appelés dans les cas difficiles, et en particulier lors d'accouchements avant

terme avec complications. La durée de gestation des femmes que Mauriceau a secourues va de sept mois neuf jours à onze mois deux jours ; la durée excessive attribuée à certaines grossesses tient à n'en pas douter à la façon d'estimer la conception à partir de la cessation des règles. Mauriceau ne fait d'ailleurs que traduire l'opinion commune : il n'y a pas de terme fixe pour l'accouchement ; la nature décide ; elle seule choisit le moment pour « se décharger d'un fardeau qui l'oppresse ». Suivant le cas, le terme est avancé ou retardé, comme le souligne Mauquest de La Motte :

> « Quand je dis qu'il faut pour qu'un accouchement soit dit naturel que l'enfant soit à terme, et que ce terme est pour l'ordinaire la fin du neuvième mois de la grossesse, je n'entends pas compter neuf mois jour pour jour, mais seulement environ la fin de ce neuvième mois, n'ayant jamais remarqué que quelques jours de plus ou de moins soient d'aucune conséquence au terme de la grossesse ; je suis même bien éloigné de regarder ce terme comme une règle générale pour tous les accouchements, puisque j'appelle l'enfant être à terme depuis le commencement du septième mois jusqu'à dix, douze et même au treizième [4]. »

En considérant que le fœtus est viable à sept mois et seulement à partir de sept mois, Mauriceau et La Motte perpétuent une croyance ancienne.

Viable à sept mois, l'enfant ne l'est plus à huit

Tout en constatant que « peu d'enfants nés à sept mois survivent », Hippocrate reconnaît que les fœtus sont alors constitués en toutes leurs parties et qu'ils peuvent vivre : « Le rapport et le temps où ils ont été nourris dans la matrice leur ont donné tout ce que possèdent les fœtus les plus parfaits et le plus en état de vivre [5]. » C'est d'ailleurs le temps où les enfants effectuent la culbute. Ils cherchent une première fois à sortir ; ce qui est normal puisqu'ils ont autant de force que les enfants de neuf mois. S'ils parviennent à naître, ils échappent aux dangers auxquels ils sont

normalement exposés s'ils demeurent dans la matrice [6]. Si au contraire les fœtus ne parviennent pas à naître à sept mois, les efforts qu'ils ont déployés pour se libérer de la matrice-prison les ont épuisés ; leur organisme est tellement affaibli qu'il leur faut atteindre le neuvième mois pour reprendre une certaine vigueur et faire une seconde tentative. Si, par malheur, la matrice ébranlée par les mouvements qu'ils lui ont fait subir au septième mois, venait à s'en débarrasser au huitième, ils n'auraient aucune chance de survivre : « Pendant ces maladies du huitième mois, s'il arrive par surcroît que l'enfant vienne au jour, la conservation en est impossible [7]. » Cette idée que la naissance au septième mois est plus heureuse qu'au huitième était déjà connue des Grecs, des Latins et des peuples germaniques. Apollon et Dionysos sont nés à sept mois. La magie du chiffre sept et l'influence de la doctrine pythagoricienne sont peut-être à l'origine de la croyance à la destinée prometteuse du prématuré de sept mois [8].

L'évolution de la conception médicale

Dans la seconde moitié du XVIIe siècle, grâce à une pratique plus étendue et une clinique plus sérieuse, les accoucheurs commencent à mettre en doute la valeur de certains écrits hippocratiques. Philippe Peu soutient encore, dans le manuel qu'il a publié en 1694, que « les enfants qui naissent à sept mois sont forts, robustes, vigoureux, qu'ils ont de l'embonpoint » et qu'ils vivent tous comme s'ils étaient à terme, alors que de ceux qui naissent à huit mois « il n'en échappe aucun ».

Mauriceau pense, lui, que les enfants nés à sept mois sont des avortons incapables de vivre et que ceux qui sont nés à huit mois ont tous assez de force pour pouvoir vivre. La Motte estime que ses deux confrères ont tort de systématiser ainsi, la réalité étant plus complexe :

> « Les enfants peuvent vivre à sept et à huit mois ; mais mieux à huit qu'à sept, ceux-ci étant encore si petits et si faibles qu'ils sont tous plus en danger de mort que l'on a lieu d'espérer pour leur vie ; m'en étant mort beaucoup plus de ceux qui sont nés à ce terme peu avancé, qu'il n'en est échappé : au lieu que

ceux, dont j'ai accouché les mères à huit mois, se sont trouvés si forts qu'ils se sont presque tous élevés. La raison insinue suffisamment qu'un enfant est d'autant plus en état de vivre, qu'il approche plus au terme de neuf mois [9]. »

II. NÉS AVANT TERME

Plus encore que l'enfant à terme, le prématuré est le symbole même de la fragilité humaine. Mais son faible poids, sa taille réduite en font aussi un objet de curiosité.

« Ces merveilleuses petites choses »

Les textes parlent des prématurés comme de petites merveilles ; l'attrait des contemporains pour l'homme en réduction est indéniable : si petit et si humain ! Un sentiment identique de curiosité est d'ailleurs perceptible dans les documents qui parlent de fœtus abortifs de quelques mois, que tout le voisinage vient contempler : étonnement devant les premiers balbutiements d'une existence. Par un mouvement tout à fait naturel, les accoucheurs eux-mêmes éprouvent le besoin de comparer et de nommer « ce petit chaos » qui émerge de la pâte matricielle : « Enfant pas plus gros qu'un grain de froment, écrit Mauriceau, de la grosseur d'un hanneton », « pas plus gros qu'une grosse fève de haricot », ou « gros comme une souris écorchée », note La Motte.

La fable a retenu ce goût du merveilleux pour l'homme en réduction : étrange, fascinant ce « Petit Poucet », « Gros-comme-le-doigt » ou « Tom Pouce » du conte populaire ! Car la petite taille va souvent de pair avec une intelligence peu commune et un grand esprit pratique : Poucet « était le plus fin et le plus avisé de tous ses frères et, s'il parlait peu, il écoutait beaucoup [10]. » Ce goût du merveilleux a longtemps fait confondre ce qui était objet d'observation et invention pure et simple. Les populations d'autrefois ne pensaient pas qu'il y eût de séparation entre le réel et l'imaginaire ; et le merveilleux pour eux était

partout. Les médecins n'ont-ils pas été « contaminés » pendant longtemps par cette crédulité ambiante ? En tout cas ils ont largement contribué à accréditer l'idée que les enfants pouvaient naître bien avant le terme et vivre ; Montanus dit avoir connu un enfant né à cinq mois, qui est parvenu à âge adulte. Cardan rapporte que la femme d'un marchand de vin lui a montré sa fille qui était née à cinq mois et demi. Spigelius parle d'un homme de quarante ans venu au monde au commencement du sixième mois : « Il en montrait de bonnes attestations qu'il portait toujours sur lui, précise-t-il ; sa mère lui avait raconté qu'il était si petit et si faible qu'elle avait été obligée de le mettre dans du coton jusqu'à ce que ses os eussent acquis assez de consistance pour le mettre dans des langes [11]. » Brouzet enfin rapporte l'histoire de l'enfant de Marseillan, à qui sa mère donna le jour en 1748, dans le cinquième mois de sa grossesse.

> « Il a vécu à la manière des fœtus pendant les quatre premiers mois après sa naissance, c'est-à-dire sans crier, sans téter, sans faire aucune excrétion apparente et sans aucun autre mouvement que celui d'avaler quelques gouttes de lait tiède. Après ces quatre mois, ou neuf mois après sa conception, il est sorti tout à coup de cette espèce de léthargie, a crié, tété, remué ses membres et a crû au point de devenir à seize mois plus fort que ne le sont ordinairement les enfants de cet âge [12]. »

La part du légendaire qui entoure de tels récits découle de l'incertitude qui règne quant à la date de la conception.

La prématurité, l'honneur et le patrimoine

Si certaines naissances sont considérées comme très prématurées, c'est d'abord parce que les femmes ne savent pas toujours avec précision quand elles ont conçu. Que certaines d'entre elles continuent à avoir leurs règles dans le premier mois de grossesse peut expliquer l'erreur commise. La conception juste avant les règles est une cause fréquente de confusion, d'après Mauriceau :

« Si (la femme) habite avec son mari sur le point que ses mois sont prêts de couler, et qu'elle devienne grosse, pour lors elle fera son compte de l'être depuis le temps de leur suppression, ce qui sera à peu près véritable, mais si elle conçoit incontinent après avoir eu ses ordinaires (ce qui arrive le plus souvent) et qu'elle use pendant un mois entier tous les jours du coït, au bout duquel temps ses menstrues ne lui venant pas elle s'estimera bien être grosse, toutefois elle ne saura pas par ce signe quel coup aura porté, et à trois semaines, ou un mois plus ou moins, de quand elle le peut être [13]. »

Des confusions sont dues aussi à la manière différente qu'ont les femmes et les médecins de compter le temps de la grossesse. Les praticiens s'appuient sur le mois de trente jours, les femmes sur le mois lunaire plus court [14].

Mais on prêterait certainement moins d'attention à une naissance prématurée ou tardive si des questions de succession ne surgissaient alors.

« Les juriconsultes veulent être assurés d'un temps fixe pour la naissance des enfants, dit Nicolas Venette, afin de partager justement un patrimoine et de n'en pas faire héritier un enfant qui ne serait pas légitime [15]. » L'intérêt familial peut être compromis par une naissance douteuse. Et l'honneur de la mère ne sort pas toujours indemne d'une telle épreuve. Quant au mari, il n'est pas à l'abri d'une déconvenue, même lorsqu'il pense avoir des garanties :

« Une dame [...] accoucha à sept mois juste du jour qu'elle avait été mariée, quoique M. son mari l'eût épousée à la sortie du couvent : l'imagination de l'époux n'en eut pas moins à souffrir ; mais, ayant caché son ressentiment, il ne laissa pas de l'approcher aussitôt qu'elle fut relevée de ses couches. Elle devint aussitôt grosse et accoucha une seconde fois à sept mois. Elle fut surprise, croyant son mari mécontent de sa fécondité, de s'entendre au contraire féliciter sur ce second accouchement prématuré, et lui dire qu'il n'avait jamais eu la faiblesse de la condamner de son premier ; mais qu'il n'avait pas eu la force de l'absoudre, dont il lui faisait de très humbles excuses : ces

deux enfants se sont si bien élevés, qu'un a été tué à Ramillies, et l'autre à la bataille de Malplaquet [16]. »

Dans certains cas, le doute n'est pas possible. Ainsi lorsque l'accouchement intervient sept ou huit mois après le retour de voyage du mari ; ou encore lorsque la naissance a lieu moins de neuf mois après la naissance précédente, comme dans le cas signalé par La Motte :

> « Le 4 d'août de l'année 1703, une dame [...] m'envoya prier de la venir voir, se trouvant fort mal d'une colique ; comme il n'y avait que huit mois qu'elle était accouchée et qu'elle n'était grosse que de sept, elle ne crut pas être malade pour accoucher. [...] Je la mis sur le petit lit, je trouvai l'enfant bien situé et fort avancé, les eaux qui commençaient à se former qui s'écoulèrent à la deuxième ou troisième douleur et l'enfant les suivit. Il était petit, mais assez vigoureux. Aussitôt que la mère fut délivrée et couchée dans son lit, je fis présenter à l'enfant le mamelon d'une nourrice, qui se trouvait là par hasard ; il le prit et téta à merveille, et s'est bien fait nourrir dans la suite [17]. »

Réchauffer et nourrir

Si l'enfant prématuré est donc assez fort pour « prendre le mamelon » de la nourrice, juste après sa naissance, c'est bon signe. Il reste souvent « un peu langoureux pendant les deux premiers mois » ; mais il « rattrape » ensuite très vite. Dès lors, on considère qu'il peut vivre.

Les gardes se préoccupent aussi d'éviter la déperdition de chaleur ; comme la plupart des nourrissons, il est placé près de l'âtre, enveloppé dans des chiffons. Il est tellement petit qu'on juge que « les linges et les langes qui servent pour l'ordinaire aux autres enfants lui sont inutiles » ! Il est placé dans un petit panier rempli de mèches de laine, ou, lorsqu'il s'agit d'un enfant de bonne famille, garni de coton. Henri II, duc de Longueville, qui mourut à soixante-huit ans, « vint au monde hors terme en 1595 ; on le mit dans une petite boîte pleine de coton, qu'on portait dans la poche [18] ».

Combien sont-ils ? Combien survivent ?

Il est impossible de savoir avec précision quelle proportion d'enfants naissaient prématurément. Mais certaines sources, tel le tableau dressé par Mauriceau, indiquent qu'elle était élevée. Les mauvaises conditions de la grossesse, la sous-alimentation, les maladies de carences de la mère entraînaient de fréquentes fausses couches et de nombreux accouchements avant terme (au moins 15 pour 100 certainement, pour ces derniers). Beaucoup de nourrissons mouraient dans les trois jours qui suivaient la naissance et, parmi eux, vraisemblablement beaucoup de prématurés incapables de s'alimenter, et que l'on ne savait pas nourrir autrement qu'au sein.

Survivre pour le prématuré tenait alors du miracle. Une entrée dans la vie aussi difficile n'a pas empêché certains enfants nés avant terme de devenir célèbres par la suite : Isaac Newton et Voltaire, et, plus près de nous, Victor Hugo et Louis-Napoléon Bonaparte. Mais, à côté de ceux qui passaient à la postérité, combien ne survivaient pas ? La forte constitution du fœtus était un atout essentiel ; à condition toutefois que la naissance n'intervienne pas avant sept mois et demi. Sue le Jeune, dans les notes qu'il a jointes à l'édition de 1765 du *Traité des accouchemens* de Mauquest de La Motte, déclare que « ceux qui naissent à sept ou huit mois sont toujours imparfaits ou valétudinaires et que de vingt, il n'en vit pas trois [19] ». Soit une mortalité supérieure à 85 pour 100 ! Il faudrait pouvoir s'appuyer sur des statistiques plus précises pour affirmer qu'une telle proportion correspond bien à la réalité ; mais si l'on veut se souvenir qu'il n'existait autrefois aucun moyen spécifique destiné à sauver le prématuré, il est possible qu'il n'y ait eu que 15 pour 100 de survivants. Dans un monde où la mortalité périnatale était considérable, l'enfant né avant-terme avait encore moins de chances que les autres de se sauver. Après 1750, cependant, le prématuré a commencé à bénéficier de l'intérêt que l'on portait désormais à l'ensemble des nourrissons.

III. SAUVER LE PRÉMATURÉ ?

Une prise de conscience lente mais réelle

Dans la seconde moitié du XVIIIe siècle, les médecins, l'Église et l'État manifestent de plus en plus leur volonté de sauver le nouveau-né. Une quantité impressionnante d'opuscules, de manuels, d'articles de revues sont consacrés à l'accouchement, aux suites de couches, à la pédiatrie. Les praticiens commencent alors à considérer le prématuré comme un nouveau-né qui demande une attention spéciale. Les auteurs de manuels lui consacrent quelques pages, rapportent des observations assez fines sur les naissances avant terme. Ils surveillent de plus près certaines grossesses depuis q'ils se sont aperçus que les femmes à bassin rétréci, rachitique, étaient souvent incapables de donner le jour à des enfants à terme vivants. Deux solutions s'offrent aux accoucheurs pour sauver la vie de la mère et celle de l'enfant : la solution instrumentale et l'accouchement prématuré artificiel.

Accoucheurs anglais, accoucheurs français : deux réponses différentes [20]

Les matrones ont toujours eu tendance à préserver en priorité la vie de la mère, lorsque l'accouchement tournait au drame ; bien entendu, elles s'efforçaient d'amener l'enfant vivant, intact ; mais, si la mère souffrait depuis plusieurs jours, si la tête trop grosse du fœtus n'arrivait pas à franchir le passage, si la présentation vicieuse dépassait leur capacité d'intervention, elles n'hésitaient pas à sacrifier l'enfant. Au cours du XVIIIe siècle, les chirurgiens croient trouver une réponse aux difficultés de l'accouchement grâce aux instruments. Ils pensent qu'à l'aide du forceps, ils peuvent désormais sauver la mère *et* l'enfant ; mais l'instrument manié à tort et à travers, par des mains souvent inexpérimentées, conduit aussi à des désastres irréparables : parties meurtries qui se gangrènent, enfants blessés,

mutilés. L'intervention césarienne sur femme vivante plus fréquente à partir de 1740 apparaît également comme un moyen de préserver deux vies. Mais les accoucheurs anglais qui la réprouvent ont beau jeu de démontrer à leurs collègues français qu'elle équivaut en fait à sacrifier la mère.

L'attitude moins instrumentaliste des accoucheurs anglais, à partir de la fin des années 1750, constitue un élément nouveau dans l'obstétrique européenne. Jusque-là les praticiens anglais usaient eux aussi largement de l'instrument ; du perforateur surtout, qui ne laissait pratiquement aucune chance à l'enfant ; or l'opinion publique anglaise s'inquiète d'un tel comportement, puis le condamne. Réunis à Londres en 1756, les principaux accoucheurs, soucieux de préserver leur image de marque, décident alors de privilégier l'accouchement prématuré artificiel : en cas de malformation fœtale ou de rachitisme du bassin, l'accouchement sera déclenché avant le terme, afin de sauver l'enfant en même temps que la mère. Les progrès réalisés grâce aux travaux de Hunter sur les bassins rétrécis autorisent maintenant ce genre d'intervention.

La France, et avec elle une partie de l'Europe, reste fidèle à une large pratique instrumentale. L'accouchement prématuré artificiel est d'ailleurs condamné par Baudelocque en 1781 ; et ce n'est qu'au XIXe siècle que les accoucheurs français voudront bien lui reconnaître un intérêt.

Le recours à l'accouchement prématuré artificiel en Angleterre et en Autriche introduit la notion de prévention pendant la grossesse. Pour éviter des couches dramatiques, pour limiter les conséquences de « grossesses à risques », comme nous dirions aujourd'hui, le corps médical comprend qu'il lui faut « suivre » les femmes enceintes, pour pouvoir, si nécessaire, faire naître l'enfant avant le terme. Mais il y a loin, bien sûr, de la prise de conscience à la mise sur pied d'un réseau efficace de prévention. Une telle ambition requiert des moyens que le XVIIIe siècle ne possède pas : l'encadrement est insuffisant ; les techniques ne suivent pas.

Il est difficile d'évaluer l'impact réel de la « méthode anglaise » ; une impulsion est donnée ; la question de la survie du prématuré est désormais clairement posée au corps médical. Mais, du côté des populations, la résistance

à l'accouchement prématuré déclenché artificiellement est non moins évidente. L'idée qu'elles se font, surtout à la campagne, des conditions de maturation du fœtus est pour beaucoup dans cette attitude.

IV. LE FRUIT VERT OU LA PÂTE MAL CUITE

Dans la société française d'autrefois, la naissance de l'enfant vient logiquement s'insérer dans une vision du monde, une cosmologie naturaliste qui a sa cohérence. La reproduction de l'espèce humaine n'est pas conçue comme fondamentalement différente, dans son principe, de la reproduction animale, voire végétale. La femme est une sorte de porte-graine, dont le rôle consiste à mener à terme l'embryon, puis le fœtus qu'elle porte en ses flancs. L'homme et la femme participent de cet immense vivier de la nature, avec leurs pulsions propres ; mais la finalité est toujours la perpétuation de l'espèce. Cette écoute du monde naturel est une donnée essentielle des sociétés à dominante rurale d'autrefois ; un autrefois qui, ici ou là, a duré jusqu'au début de ce siècle. Tout un monde de signes et d'éléments naturels influe sur la conception et la grossesse. On tient grand compte de la lune, des pierres fertiles, des bornes fontaines.

Très fréquentes sont, dans les textes du XVIIIe et du XIXe siècle, les métaphores qui assimilent la femme à un arbre et le fœtus à un fruit. Le prématuré est donc considéré comme un fruit qui se détache alors qu'il est encore vert :

> « Les femmes doivent regarder l'enfant qu'elles portent dans leur sein comme un fruit qui pend à un arbre ; si l'on détache ce fruit avant sa parfaite maturité, il ne sera jamais si bon et se gâtera : il en est de même de l'enfant ; si des violents exercices le font venir au monde avant son terme, sa santé ne sera certainement pas si bonne dans les premiers jours de sa naissance, et il aura peine à vivre ; c'est le sentiment de tous les accoucheurs ; c'est ce que l'expérience nous fait toujours remarquer... [21] »

Des causes diverses viennent perturber le bon déroulement de la grossesse ; le tempérament trop humide ou trop sec de la femme est parfois à l'origine du « décrochage » du fruit avant le terme ; mais l'ébranlement de l'arbre avant la complète maturation, l'absorption d'une « liqueur » qui gâte le fruit sont aussi à l'origine d'une expulsion prématurée de l'enfant. Le peu de soin que la femme enceinte prend d'elle-même dans les milieux populaires, le travail souvent rude auquel elle est contrainte jusque dans les dernières semaines de la grossesse, sont à l'origine de la plupart des « accouchements avancés ». Une chute, un coup reçu accidentellement, un trop gros effort font naître l'enfant un ou deux mois avant la date normale.

Les relations sexuelles, principalement à la fin de la grossesse, semblent fréquentes et constituent une autre cause de prématurité. L'« indélicatesse du mari » n'explique pas tout ; il s'agit en réalité de préparer le passage pour l'enfant. Mais le risque est grand d'ébranler alors trop fortement un fœtus de sept ou huit mois, qui « tient mal » et finit par tomber avant le terme. Surtout chez les femmes « qui ont le sang si subtil qu'à la moindre émotion il se met à fluer ». L'accoucheuse Louise Bourgeois estime, au début du XVIIe siècle, que dans ce cas « le plus grand remède [...] est de ne pas coucher avec leur mari ; toute femme sujette à accoucher avant terme, pour quelque raison que ce puisse être, n'y doit coucher [22] ». Sage précaution !

L'étroitesse de la matrice est également considérée comme étant à l'origine de l'accouchement précoce. Le fœtus de sept ou huit mois qui a atteint une taille respectable se sent pressé de toutes parts, mal à l'aise ; il éprouve un irrésistible besoin de sortir. L'image de l'arbre et du fruit n'est plus alors totalement satisfaisante. Le fruit n'est que fixé *à* l'arbre, extérieurement ; le fœtus lui, s'accroît *dans* le ventre maternel. Le prématuré est un fœtus « pas mûr » — « praematurus » — il est plus encore un « fœtus pas cuit ». À la métaphore de l'arbre et du fruit se substitue donc celle du four et du pain, de la matrice et de la pâte fœtale, qui traduit plus fondamentalement encore la vision de la grossesse chez les populations rurales des siècles passés. Cette image de la gestation est d'ailleurs celle des accoucheurs jusqu'au XVIIe siècle : « Ils disent que les tempéraments des hommes étant presque finis, les enfants qui ont le

plus de chaleur sont formés dans le sein de leur mère et naissent plus tôt ; ainsi il y en a qui viennent au monde à six mois [23]. »

Lentement, neuf mois durant, la pâte fœtale prend forme dans le ventre maternel ; elle lève, se gonfle dans ce milieu, rond et clos ; voilà que le fœtus-pain est à point : il est bien formé en toutes ses parties et sa peau, sa « croûte », lui permet de supporter sa venue au monde. Louise Bourgeois évoquant la question de la durée de la grossesse considère, comme tous les auteurs depuis l'Antiquité, que les enfants sont viables à sept mois ; s'ils restent encore deux mois dans la matrice, c'est parce qu'ils « sont par la nature retenus pour fortifier leur cuir [24] ». Cette image de la bonne cuisson qui fait le bel enfant et permet au nouveau-né de supporter les agressions du monde extérieur, s'est perpétuée jusqu'à nos jours : dans le Vivarais et le Forez, dire d'une personne qu'« elle n'est pas bien cuite » et qu'« il lui a manqué un fagot », c'est souligner son manque de maturité et de jugement.

L'image d'un enfant idéal apparaît d'une manière fugitive dans les textes. L'enfant que l'on souhaite est un enfant « à point » ; ni « trop », ni « pas assez cuit ». « Trop cuit » est l'enfant qui naît avec la peau mate, le teint plombé, force cheveux noirs ; celui-là est resté trop longtemps dans la matrice. À moins que sa mère n'ait le tempérament trop fort et que la cuisson ait été alors trop brutale ; le prématuré, lui, est au contraire trop blanc, trop pâle, trop petit, trop maigre. Comme une pâte mal saisie et qui n'a pas levé. Entre les deux : l'enfant rose, « blond et bouclé » qui est depuis l'Antiquité le rejeton dont rêvent toutes les femmes enceintes !

Les parents ne redoutent rien tant que l'enfant inachevé ou anormal. Ils refusent l'accouchement prématuré que se propose d'effectuer le médecin appelé en hâte pour une grosse hémorragie. Parce qu'ils espèrent contre toute attente que la perte va finir par s'arrêter ; parce qu'ils savent qu'il n'est pas d'espoir possible, lorsque la femme est grosse de cinq ou six mois, de conserver l'enfant en vie. Il faut alors toute l'autorité du praticien pour convaincre le mari de la nécessité de procéder rapidement à l'extraction.

Dans l'esprit des populations rurales d'autrefois, l'homme doit savoir attendre que la nature accomplisse son

œuvre, dans les délais qu'elle s'impartit : il ne faut ni entraver son cours, ni le précipiter. En un mot : respecter son rythme, pour que l'enfant vienne « en son temps ».

Notes

1. Se reporter au numéro spécial, « Les Prématurés », de la *Gazette médicale de France,* de décembre 1972 (N° 79) ; en particulier à l'article de C. RENDU, « Causes et risques de la prématurité », p. 6783-6800.
2. *Op. cit.*, Paris, 1668, p. 172-176.
3. « Troisième liste d'autres semblables expériences que j'ay observées moy-même, touchant les différens termes de l'accouchement... », *ibid.*, p. 174-176.
4. Guillaume MAUQUEST DE LA MOTTE, *Traité des accouchemens naturels non naturels et contre nature,* 3e édition avec notes par SUE, Paris, 1765, p. 301.
5. HIPPOCRATE, *Œuvres complètes,* édit. Littré, tome VII, Paris, 1851 : *Du fœtus de sept mois,* p. 439.
6. *Ibid.*, p. 439-440.
7. *Ibid.*, p. 437.
8. *Cf.* G. KASTEN TALLMADGE, « On the influence of the stars on human birth », *Bulletin of the History of Medicine,* vol. XIII, N° 3, mars 1943, p. 251-267.
   Et P. DIEPGEN, « Wie erklärt man den Volksglauben, dass Siebenmonatskinder lebenfähiger sind als Achtmonatskinder ? », *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1955, tome CXXX, p. 1059.
9. *Op. cit.*, p. 307.
10. *Contes de Perrault,* édit. G. Rouger, Paris, Garnier, 1967, p. 187.
11. MAUQUEST DE LA MOTTE, *op. cit.*, p. 302, note *g*.
12. *Ibid.*
13. *Op. cit.*, p. 171.
14. Paul PORTAL, *La Pratique des accouchemens,* Paris, 1682, Obs. LXXIII, p. 155.
15. Nicolas VENETTE, *Traité de l'Amour considéré dans l'état de mariage,* Paris, 1686, tome I, p.180, art. 4.
16. MAUQUEST DE LA MOTTE, *op. cit.*, p. 312-313.
17. *Ibid.*, p. 304-305.
18. PLANQUE, *Bibliothèque choisie de médecine,* tome I, Paris, 1748, article « Accouchement», p. 66.
19. *Op. cit.*, p. 299.

20. Pour une étude plus détaillée de cette différence de comportement, se reporter à J. GÉLIS, « Regard sur l'Europe médicale des Lumières ; la collaboration internationale des accoucheurs et des sages-femmes au XVIIIe siècle », Colloque *L'Homme et la Santé dans l'Histoire,* Berlin, sept. 1978 ; Husum, 1980, p. 279-299.
21. DIDELOT, *Instructions pour les sages-femmes,* Nancy, 1770, p. 4.
22. Louise BOURGEOIS, *Stérilités diverses, perte de fruit,* Paris, 1626, p. 225.
23. SUE, in LA MOTTE, *op. cit.,* p. 298, note *f.*
24. *Op. cit.,* p. 221.

Si l'astrologie existe depuis des millénaires, la chronobiologie est une discipline encore jeune. Cette science des rythmes des différentes fonctions corporelles et des éléments les influençant est celle à laquelle M. Stupfel tente de nous familiariser en nous en révélant les bases, concepts et méthodologie, et en nous apportant quelques éléments de réflexion quant aux rythmes gestationnels ; il fait état de l'influence prépondérante sur les rythmes chez l'humain de l'environnement social et de ses exigences.

Toutefois, ces données ne risquent-elles pas d'accentuer encore la pression du temps collectif aux dépens d'un temps individuel ? Le développement de cette science ne risque-t-il pas de nous conduire inexorablement à un accouchement préprogrammé, placé sous les auspices de l'efficacité collective ?

Chronobiologie, environnement et néonatologie

Maurice STUPFEL *

« Il n'est point nécessaire pour ce phénomène qu'elle [la sensitive] soit au soleil ou au grand air, il est seulement un peu moins marqué lorsqu'on la tient toujours enfermée dans un lieu obscur, elle s'épanouit encore très sensiblement pendant le jour et se replie ou se resserre régulièrement le soir pour toute la nuit. » (M. DE MAIRAN, 1729.)

La chronobiologie a, de par sa position d'interface entre l'espace temporel et la science du vivant, un champ d'investigation ambitieux. En effet, elle permet d'apprécier les multiples variations inter- et intraspécifiques d'une fonction physiologique, aussi bien que par la théorie de l'évolution, elle établit la jonction phylogénique entre les espèces. En fait, elle est, depuis une quinzaine d'années, comme nous allons le voir, restée cantonnée à une étude de rythmes qui sont encore à l'échelle humaine.

But et intérêt de la chronobiologie

Les connaissances immémoriales des agriculteurs et des botanistes sur les saisons et les jours n'ont pris un aspect de science que lorsque l'on a considéré leur représentation mathématique cyclique et statistique.

* Institut national de la santé et de la recherche médicale, groupe de recherches sur les « Mécanismes physiopathologiques des nuisances de l'environnement », 44, Chemin de ronde, 78110 Le Vésinet.

On considère les rythmes biologiques comme étant des variations périodiques qui affectent les êtres vivants. Cela signifie qu'après une durée de temps définie, qui correspond à la période, la fonction physiologique ou biochimique considérée affiche la même valeur. Grâce à cette extrême simplification, il est possible de représenter les principaux paramètres mathématiques d'un phénomène biologique périodique sous la forme d'un mouvement sinusoïdal, ce qui n'est certes qu'une hypothèse très approximative.

L'intérêt d'une sinusoïde vient de ce que le théorème de Fourier permet de décomposer une fonction périodique, à condition qu'elle soit stationnaire, en la somme de différentes fonctions sinusoïdales de périodes successives : τ, $\frac{\tau}{2}$, $\frac{\tau}{3}$... ou ce qui revient au même (on se rappelle que $N = \frac{1}{\tau}$), de fréquences successives N, 2N, 3N, 4N... ; N est la fréquence fondamentale et 2N, 3N, 4N... les différents harmoniques.

Cette possibilité de décomposition d'une fonction biologique, généralement très complexe, eu égard à la multiplicité des rythmes) journaliers, saisonniers, pluriannuels) et aux procédés mis en œuvre pour sa mesure, en plusieurs composantes est très utile.

La condition de stationnarité des oscillations, c'est-à-dire celle d'un état d'équilibre exigé pour un traitement mathématique simple, n'est pas la nature ordinaire des systèmes périodiques. En fait, l'amplitude des oscillations décroît continuellement, suite à des frictions et à des résistances. Pour garder la constance de l'amplitude on doit fournir au système, à des intervalles de temps réguliers, un apport extérieur d'énergie. C'est la poussée régulièrement apportée à la nacelle de la balançoire pour la maintenir à la même hauteur. L'action périodique du pousseur de l'escarpolette est un exemple simple de synchronisation.

La *fonction périodique* (rythmique, cyclique) et le *synchroniseur* qu'Aschoff appelle *Zeitgeber* (donneur de temps) sont deux notions essentielles en chronobiologie.

En ce qui concerne la périodicité, on s'accorde couramment à la rapporter à une journée et à utiliser les dénominations dues à Halberg de *rythmes ultradiens* (de période : τ inférieur à 24 heures), *circadiens* (τ voisin de 24 heures) et *infradiens* (τ supérieur à 24 heures).

Les principaux synchroniseurs sont :

— La lumière qui est le plus habituel des synchroniseurs terrestres ; la synchronisation journalière (circadienne), qui résulte de la période de 23 heures 56 minutes de la rotation de la terre, détermine les rythmes veille-sommeil; le rythme infradien annuel, d'une période de 365,25 jours, qui provient des variations des distances terre-soleil lors du déplacement annuel de la terre autour du soleil, règle la reproduction des vertébrés ; une synchronisation infradienne pluriannuelle, perçue également par notre planète, résulte des variations de l'activité solaire (nombre de Wolf : période de dix-douze ans, qui s'inscrit sur les alternances des couches concentriques du bas des arbres).

— L'attraction lunaire, qui est déterminée par la rotation de cette planète autour de la terre, selon une période moyenne de 30,44 jours (de 28 à 31 jours), influence le régime des marées et par suite la biologie des milieux marins.

— La température et l'humidité, dont les variations sont généralement liées aux cycles astronomiques, exposés ci-dessus, ainsi qu'au microclimat, provoquent entre autres des variations périodiques de la biomasse terrestres qui conditionnent les rythmes alimentaires.

— Les rythmes sociaux sont les variations temporelles sociologiques au niveau de la niche écologique (alimentation, prédation, thermorégulation) considérée et, chez l'homme, les rythmes à caractères sociaux et culturels (de travail, de trafic, de vacances), dont la montre-bracelet constitue le plus tyrannique des synchroniseurs.

Mais à côté de ces synchroniseurs, manifestement apparents, il y a d'autres synchroniseurs géophysiques, moins bien connus, que Brown a désignés sous le nom de « synchroniseurs subtils » ; tels seraient les champs magnétiques, dont on connaît le rôle dans les migrations des oiseaux, les champs électriques qui influencent les déplacements de certains poissons et enfin des radiations qui peuvent pénétrer notre biosphère d'une façon cyclique et dont, très souvent, on ne sait rien de précis sur leurs effets biologiques.

Pour que ces synchroniseurs aient un effet, il convient qu'ils agissent sur des récepteurs lumineux, thermiques, auditifs, magnétiques, électriques, chimiques, barosensibles et autres... qui soient en phase de réceptivité avec l'impulsion émise. Ainsi notre éveil est, estimons-nous généralement, plus facile à l'orée habituelle de notre journée qu'au début de notre endormissement. De plus, les botanistes ont constaté de longue date (citation en tête de cet article) qu'il existe une certaine persistance des rythmes habituels des plantes en l'absence de lumière. Et c'est dans les années 1960 que le développement de l'aviation à réaction et du tourisme aérien, accroissant la fréquence des traversées des fuseaux horaires, a amené à prendre conscience des conséquences des changements du rythme circadien que l'on avait déjà envisagés lors des études des troubles physiologiques liés au travail de nuit ou à l'horaire journalier des trois huit. Il fut ainsi mis en évidence que ces modifications d'horaires pouvaient amener une dissociation des rythmes de diverses fonctions de l'organisme (alternance veille-sommeil, température, excrétion urinaire d'eau et d'électrolytes...). Ces dissociations chronologiques des différents rythmes physiologiques ont conduit à imaginer l'hypothèse qu'il y avait plusieurs horloges internes, plus ou moins couplées entre elles. Ces perturbations d'une rythmicité circadienne antérieure, lors d'une rapide modification ou de la suppression d'un synchroniseur, est un phénomène qui varie essentiellement avec les individus, avec la nature du changement intervenu. Aschoff a formulé des lois qui permettent de prévoir les modifications de rythme obtenues chez des espèces animales diurnes ou nocturnes que l'on expose à une lumière ou à une obscurité continues.

Les rythmes ultradiens, dont la période est inférieure à vingt-quatre heures, sont les plus facilement perçus sur le plan biologique, puisqu'ils comprennent ceux de la division cellulaire, des battements cardiaques, des mouvements respiratoires, des ondes électriques cérébrales. Bien que certains biologistes aient invoqué la possibilité de divers synchroniseurs géophysiques à périodes courtes, telles les vibrations de l'écorce terrestre, on ignore l'origine de ces rythmes et de ce fait on leur attribue habituellement la qualification d'endogènes (engendrés par eux-mêmes). Ces rythmes ultradiens présentent une caractéristique généti-

que, car ils diffèrent d'un individu à l'autre et la physiologie comparée a relié leurs variations de fréquences d'une espèce à l'autre par des lois allométriques qui tiennent compte des dépenses énergétiques liées au rapport surface-volume [1].

On oppose souvent ces rythmes endogènes, qu'on ne peut rattacher à un autre rythme synchroniseur apparent, aux rythmes exogènes (engendrés par l'extérieur) qui sont reliés à un synchroniseur reconnu. Les expérimentateurs s'appliquent à classer les rythmes biologiques dans l'une ou l'autre des deux catégories en faisant des expériences en « libre cours » (anglais « free run ») où l'on observe ce qui se passe en l'absence d'un synchroniseur. Ces expériences, nous le verrons difficiles à réaliser, ne permettent pas toujours de trancher entre les deux qualificatifs. L'ignorance du « primum movens » d'un rythme n'est toutefois pas un obstacle majeur à des études chronobiologiques.

Aperçu méthodologique

Comme pour la plupart des sciences, l'observation a été l'origine de la chronobiologie. On peut constituer une horloge de fleurs en choisissant les heures d'éclosion de diverses espèces.

Mais c'est l'expérimentation et le traitement statistique des résultats qu'elle fournit qui ont récemment élevé la chronobiologie au niveau d'une science.

Toutefois la multiplicité des rythmes (ultradiens, circadiens, infradiens) et le grand nombre des synchroniseurs rendent difficiles l'expérimentation et le traitement des données. Pour étudier la périodicité d'un paramètre biologique on s'efforce de soustraire ce dernier à la multiplicité des synchroniseurs et de maintenir, dans des limites constantes et déterminées, l'action d'un nombre connu de synchroniseurs. Par exemple, on opérera avec une illumination continue pour éliminer l'action périodique d'un synchroniseur lumineux. On maintiendra la température, l'hygrométrie et le fond sonore à des niveaux constants

1. C'est ainsi que la fréquence cardiaque d'un mammifère homéotherme est d'autant plus élevée que celui-ci est plus petit (souris : six cents cycles par minute ; baleine : quinze cycles par minute).

pour éviter qu'ils agissent comme synchroniseurs. On laissera la nourriture et la boisson du sujet à sa libre disposition pour réduire la synchronisation alimentaire, et l'on enfermera le sujet dans une cage de Faraday[1] pour éviter une synchronisation électrique. Mais toutes ces précautions n'éliminent pas tous les synchroniseurs. C'est ainsi que, chez différentes espèces de petits animaux de laboratoire, nous avons mis en évidence des réactions comportementales à l'alternance circadienne lumière-obscurité, dépendantes de facteurs intra- et interspécifiques (Stupfel, Perramon, Gourlet, Thierry, Lemercerre, Davergne, Monvoisin, Da Silva, 1981). En d'autres termes, non seulement la synchronisation par l'alternance lumière-obscurité est différente chez la souris, le rat, le cobaye et la caille, mais encore le groupement de souris, de rats, de cobayes et de cailles provoque des réactions comportementales à l'alternance lumière-obscurité qui sont particulières à chacune de ces quatre espèces. On imagine que chez l'homme l'action des synchroniseurs sociaux est encore plus complexe que dans des expériences de laboratoire où l'on utilise des animaux de même origine génétique, de même âge et de même sexe, et que l'on soumet pendant un temps déterminé à des synchroniseurs connus.

Depuis le Français Michel Siffre, qui en a été le courageux pionnier, diverses investigations « hors temps » ont été réalisées chez l'homme. Elles ont montré l'importance des synchroniseurs sociaux (tels une montre, un ravitaillement, une liaison téléphonique...), dont on retrouve même l'influence chez des individus isolés dans des « bunkers » souterrains (Wever, 1979), et elles ont révélé de grandes variations interindividuelles, dues peut-être au mode de recrutement et à la motivation des sujets.

L'analyse statistique chronobiologique des données s'avère délicate. En ce qui concerne l'étude des rythmes circadiens Halberg a, depuis plusieurs années, traité nombre de données physiologiques en employant la méthode du cosinor, qui aligne dans le temps la séquence des données sur un rythme sinusoïdal. La recherche des rythmes ultradiens fait appel aux séries de Fourier et à l'analyse spectrale. Dans l'avenir, il est à penser que les banques de

1. Il s'agit d'une cage grillagée qui, mise à la terre, réalise un isolement électromagnétique.

données fourniront de longues séquences d'observations dans beaucoup de domaines (en particulier, diagnostic pathologique, toxicologie, pharmacologie) et que le développement de l'informatique permettra de les traiter. Par la suite, on pourra étudier les rythmes infradiens échelonnés sur plusieurs dizaines d'années et, entre autres, les mettre en relation avec les données météorologiques correspondantes, ce qui permettra une meilleure connaissance des facteurs biométéorologiques. Les résultats de beaucoup d'études chronobiologiques actuelles s'avèrent encore si peu fiables, eu égard à la nécessité, que, pour la mise en évidence d'un cycle, il faut observer huit à dix fois sa répétition, dans des conditions strictement reproductibles, ce qui fournit un délai de temps suffisant pour vérifier sa stationnarité.

Malgré ces difficultés, l'intérêt de l'abord chronobiologique en médecine, en physiologie et en chimie biologique est indéniable. Suite aux travaux de Brown, Bunning, Aschoff et sous l'impulsion énergique d'Halberg, la chronobiologie a ouvert une voie de recherche particulièrement fructueuse. On a, depuis ces quinze dernières années, précisé les variations circadiennes de nombreux paramètres physiologiques et biochimiques, et on leur a fixé des modes d'expression utilisés par les chercheurs médecins et biologistes : période, amplitude, mésor (moyenne ajustée du rythme pour la période considérée), acrophase (localisation temporelle du sommet ou du pic pour la période considérée)...

Par exemple, la connaissance des variations circadiennes et infradiennes a une grande importance lors de la détermination des effets d'une nuisance environnementale, d'une dose toxique, ou d'un effet pharmacologique (Reinberg et Halberg, 1971 ; Stupfel, Magnier, Romary, 1973 ; Stupfel, Valleron, Demeestere, Massé, 1978 ; Reinberg, 1978 ; Stupfel, Molin, Thierry, Busnel, 1980).

Évidemment, une étude sérieuse de la plupart des variations circannuelles reste encore à faire et elle s'avère longue et difficile, particulièrement, ainsi que nous venons de le mentionner, du fait des variations consécutives à des irrégularités climatiques. Ici, il convient de considérer les cycles de dix-douze ans d'évolution des taches solaires qui

influencent la biosphère et dont nous avons précédemment rappelé l'existence.

Quant aux rythmes ultradiens — et nous citerons en exemple les alternances des différents stades du sommeil, ou les alternances de périodes respiratoires — leurs études pourraient s'avérer prometteuses en ce qui concerne le diagnostic pathologique et la thérapeutique.

Généralité des rythmes en néonatologie

Des rythmes de néonatologie existent dans toutes les espèces animales. On les trouve ainsi lors de la mue des insectes où la durée de la photopériode (période claire) influence l'éclosion du papillon. Des rythmes saisonniers président également aux cycles annuels de la fonction de reproduction des vertébrés supérieurs. Chez les oiseaux la saison optimale de reproduction est le printemps, mais chez les mammifères on observe des périodes privilégiées de reproduction s'étalant tout au long de l'année *(fig. 1 et 2)*. La domestication tend à provoquer l'étalement des périodes propices à la fécondation et à la naissance, alors que chez les animaux sauvages ces périodes sont liées à des circonstances particulières (éclairement, nourriture, prédateurs...) correspondant à des équilibres écologiques en rapport avec les différentes périodes de l'année.

Des études de physiologie comparée ont démontré l'existence de rythmes circadiens et infradiens concernant les hormones (FSH,LH, testostérone, 17-cétostéroïdes...) qui modulent les activités sexuelles et de reproduction. Jusqu'à maintenant la plupart des recherches se sont intéressées au synchroniseur lumineux qui, chez de très nombreuses espèces, peut modifier la fécondité, la parturition et même la durée de la gestation. Des investigations des synchroniseurs de comportements sociaux et particulièrement sexuels pourraient donner des résultats intéressants en précisant le rôle des phéromones [1].

La recherche agronomique a fait progresser cette branche chronobiologique de la néonatologie, eu égard à l'importance des intérêts économiques qui lui sont attachés.

1. Substances chimiques qui, par voie olfactive, modifient le comportement de certaines espèces animales.

Et l'on peut considérer que l'insémination artificielle des bovins a préfiguré, en quelque sorte, la naissance « hors temps » du bébé-éprouvette.

Les rythmes humains de néonatologie

Les nombreuses découvertes, faites chez l'animal, des rythmes endocriniens, de leurs inter-relations et de leur synchronisation ont enrichi le domaine de la physiologie. Mais les facteurs périodiques qui interviennent sont autrement plus complexes chez l'homme que chez les animaux de laboratoire, eu égard à l'importance de la dimension et à la complexité des rythmes socioculturels. L'homme s'est progressivement soustrait aux variations saisonnières de la température, de l'humidité, de la longueur des jours, mais il s'est soumis à d'autres synchroniseurs culturels et socio-économiques — citons entre autres, le trafic automobile et la migration hebdomadaire des fins de semaine — qui sont devenus les modulateurs de ses fonctions physiologiques, biochimiques et psychiques. Dans ces conditions, on peut se demander ce qu'il reste à l'homme de nos cités des synchroniseurs qui influençaient ses ancêtres soumis aux rythmes de température, de lumière et d'alimentation, déterminés par la succession des saisons.

L'étude des anciens registres de naissance des paroisses a montré qu'autrefois il y avait dans nos régions une diminution du nombre des naissances liée à une continence sexuelle prêchée par la religion catholique pendant le carême. Actuellement la programmation de la fécondation par la prise de la pilule amène beaucoup de parturientes à choisir, pour convenance personnelle, la période des grandes vacances pour accoucher. Et cela risque de perturber les roulements de congés des personnels des services d'obstétrique. En ce qui concerne le mâle humain, on peut se demander si, d'ici quelques années, la cyprotérone [1] ne modifiera pas la rythmicité circannuelle des viols, des maladies sexuellement transmises et de la vente des préservatifs, que Reinberg a récemment rapportée.

L'âge gestationnel qui a été défini comme le délai

1. Molécule chimique diminuant l'instinct agressif sexuel.

s'écoulant entre le premier jour des dernières règles et l'accouchement peut présenter des variations pluriannuelles.

Ainsi Rumeau-Rouquette (1979) a-t-elle signalé qu'en France le taux brut de prématurité, qui était de 8,2 pour 100 en 1972, était de 6,8 pour 100 en 1975-1976, alors que le poids de naissance avait peu évolué pendant ce même laps de temps. On peut penser que ces variations résultent d'une évolution socio-culturelle dont l'augmentation de la fréquence des examens prénataux est un facteur important.

Les résultats chronobiologiques de néonatologie les plus patents concernent les variations circadiennes des accouchements. Bréard et Rumeau-Rouquette (1979), sur un échantillon de 4 330 accouchements spontanés observés en France en 1972, ont rapporté une variation circadienne du déclenchement du travail avec un maximum qui se situe autour de 0100 [1] et une incidence maximale des naissances à 0300. Smolensky, Halberg et Sargent (1972), utilisant la méthode du cosinor pour l'analyse temporelle du déroulement de 207 918 accouchements, trouvent que le début spontané du travail se situe le plus fréquemment entre 0030 et 0330 et que pour 2 082 453 bébés américains et européens le pic de naissance est observé à 0430 *(fig. 3)*. De plus, Bréart et Rumeau-Rouquette, sur un total de 11 220 naissances représentatif des accouchements en France en 1972, ont décrit un rythme circadien des interventions obstétricales (utilisation d'ocytociques et césariennes) qui présentent deux pics, le premier entre 0900 et 1300, le deuxième entre 1600 et 2100. Il s'agit manifestement d'un rythme socioculturel lié apparemment aux traditions alimentaires de nos services obstétricaux. Bréart a attiré l'attention sur le fait que les bébés nés entre 1400 et 1600 présentent le plus de signes de souffrance fœtale.

Par ailleurs, différents auteurs ont publié que de nombreuses malformations congénitales, telles que dislocation de la hanche ou malformations cardiaques, pouvaient présenter une périodicité circannuelle.

Nous avons précédemment envisagé la variation interspécifique des rythmes ultradiens. Ceux-ci diffèrent égale-

1. Dans un souci de standardisation internationale, on exprime actuellement l'horaire en heures et minutes par quatre chiffres contigus, ainsi 9 h 38 devient 0938.

ment à l'intérieur d'une même espèce, lors du développement de l'individu. Ces rythmes ultradiens existent chez le fœtus, où ils sont difficiles à dissocier de ceux de la mère. Il est évidemment possible de les étudier chez l'œuf embryonné, où l'on observe des alternances d'activité-sommeil et aussi de sommeil lent-sommeil paradoxal (Bour, Corner, 1980). Dans la demi-heure qui précède l'éclosion de l'œuf du poulet, l'embryon s'anime de mouvements stéréotypés vigoureux, qui durent d'une à deux secondes, et qui sont interrompus par des intervalles de repos de dix à quinze secondes. Chez le fœtus humain, Hoppenbrouwers, et plus récemment Visser et collaborateurs ont rapporté des rythmes ultradiens des battements cardiaques, dont la période comprise entre soixante et cent vingt minutes pourrait être rapprochée de la périodicité du sommeil paradoxal, que l'on peut mesurer après la naissance. On a, également chez le fœtus humain, à l'âge de trente-quatre-trente-cinq semaines, détecté des mouvements respiratoires, espacés d'une heure à une heure et demie, et qui s'accélèrent deux à trois heures après les prises alimentaires de la mère (Patrick, Natale, Richardson, 1978).

Chez le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant humain, Hellbrugge a observé que les rythmes circadiens de diverses fonctions physiologiques (température corporelle, résistance électrique cutanée, fréquence cardiaque, excrétion urinaire d'eau et d'électrolytes) se développent indépendamment les uns des autres et que tous les rythmes circadiens n'apparaissent pas au même âge. Et cela a renforcé l'hypothèse de la multiplicité des horloges internes. Le degré de maturation joue un grand rôle dans l'apparition des rythmes circadiens, qui sont plus tardifs chez les prématurés que chez les enfants nés à terme. Le développement de l'alternance veille-sommeil, en fonction de l'âge, étudié par Halberg en 1964 chez un nouveau-né, du jour de sa naissance à quatre-vingt-dix-huit jours, est représenté dans la figure 4. On note une adaptation progressive de l'enfant au rythme circadien de l'environnement qui l'entoure. Les rythmes ultradiens prédominants du fœtus sont peu à peu masqués par l'apparition des rythmes circadiens, qui résultent de la synchronisation du nourrisson par le comportement parental. La mère lui impose la périodicité d'un biberon qui, dans nos sociétés est de trois-quatre heures. Puis le rythme de vingt-quatre

heures sera progressivement acquis, et par les relations avec les parents et par l'alternance circadienne de la lumière et de l'obscurité.

En conclusion, les quelques généralités sur la chronobiologie et le rapide survol de quelques-uns de ses rapports avec la néonatologie, qui viennent d'être considérés montrent l'intérêt d'une connaissance scientifique du facteur temporel dans cette discipline médicale.

L'exemple de la dissociation entre un rythme « endogène » d'accouchement spontané et un rythme « exogène » de fonctionnement des services hospitaliers prouve une fois de plus, s'il en était besoin, la dépendance grandissante de l'homme vis-à-vis de son environnement social, et ce dès les premières heures de sa vie. C'est en outre une illustration de la notion évidente que, de plus en plus, les rythmes liés à l'environnement « naturel » disparaissent ou, tout au moins, tendent à être remplacés par d'autres synchroniseurs plus puissants. Apprécier l'incidence d'une telle rupture temporelle, c'est-à-dire d'une telle désynchronisation, pour parler la langue des chronobiologistes, est certes difficile mais le bon sens et l'histoire de la médecine répondent qu'il vaut mieux *a priori* accoucher là où et quand les accoucheurs sont prêts à intervenir.

Si le contrôle du cycle menstruel est l'un des premiers rythmes biologiques que l'homme a réussi à contrôler, on peut imaginer qu'un jour le biologiste, pour des impératifs liés peut-être à des voyages et des séjours dans l'espace, en viendra à modifier les rythmes circadiens. Il est très vraisemblable qu'une accumulation des connaissances comportementales et endocrinologiques, résultant des progrès de la chronobiologie, rendront possible une telle réalisation.

Il ne faut pas être trop chagrins ni pessimistes sur les conséquences des modifications futures de la physiologie humaine. Certes les tireurs d'horoscopes seront ennuyés ; ils le sont déjà (Gauguelin, 1973) parce que leur tâche est compliquée par ces changements, à leur sens, intempestifs, d'arrivée astrale des nouveau-nés. Jusqu'à maintenant la mise de l'homme hors des cycles de son environnement « naturel » ne lui a été que bénéfique. Il a échappé ainsi aux apparentes « irrégularités » astronomiques responsables

des mauvaises récoltes et qui par voie de conséquence étaient vraisemblablement naguère une des causes de la gravité des épidémies. La création par l'homme d'un environnement climatique, lumineux, alimentaire et microbien qu'il gère, est une longue évolution qui a amélioré son bien-être, sa santé et accru sa longévité. Il convient, toutefois, dans toute recherche d'un déterminisme, y compris dans celui de la prématurité, de considérer la part qui revient aux « horloges internes » et aux différents synchroniseurs qui les maintiennent ou qui les remettent à l'heure.

Éléments de bibliographie [1]

BRÉART G., RUMEAU-ROUQUETTE C., « Rythmes spontanés et rythmes induits par le déclenchement et le déroulement du travail et de l'accouchement », *J. interdiscipl. Cycle Res.*, 1979, *10*, p. 195-205.

GAUQUELIN M., *Rythmes biologiques, Rythmes cosmiques,* Gérard édit., Verviers, 1973.

HALBERG F., REINBERG A., « Rythmes circadiens et rythmes de basses fréquences en physiologie humaine », *J. de Physiol.*, 1967, *59*, p. 117-200.

HELLBRÜGGE T. « Ontogenèse des rythmes circadiens de l'enfant », in DE AJURIAGUERRA, *J. Cycles biologiques et psychiatrie,* Masson édit., Paris, 1968, p. 159-183.

ORTAVANT R., REINBERG A., *Rythmes et Reproduction,* Masson édit., Paris, New York, Barcelone, Milan, 1980.

RUMEAU-ROUQUETTE C., *Naître en France. Enquêtes nationales sur la grossesse et l'accouchement (1972-1976),* I.N.S.E.R.M. édit., Paris, 1979.

STUPFEL M., MAGNIER M., ROMARY F., « Rythme circadien de l'action de l'oxyde de carbone sur l'émission du gaz carbonique du rat en groupe », *C.R.Ac. Sci.*, 1973, *276,* série D, p. 1009-1012.

STUPFEL M., DAVERGNE M., PERRAMON A., LEMERCERRE C., GOURLET V., « Rythmes ultradiens ($5<\tau<70$ minutes) respiratoires (VO_2, VCO_2) de quatre petits vertébrés utilisés pour la recherche biomédicale », *C.R.Ac. Sci.*, 1979, *289,* série D, p. 675-678.

1. Nous nous excusons auprès de l'auteur de ne pas avoir inclus la bibliographie anglaise qui pourra toutefois être fournie aux lecteurs intéressés par les Éditions Stock.

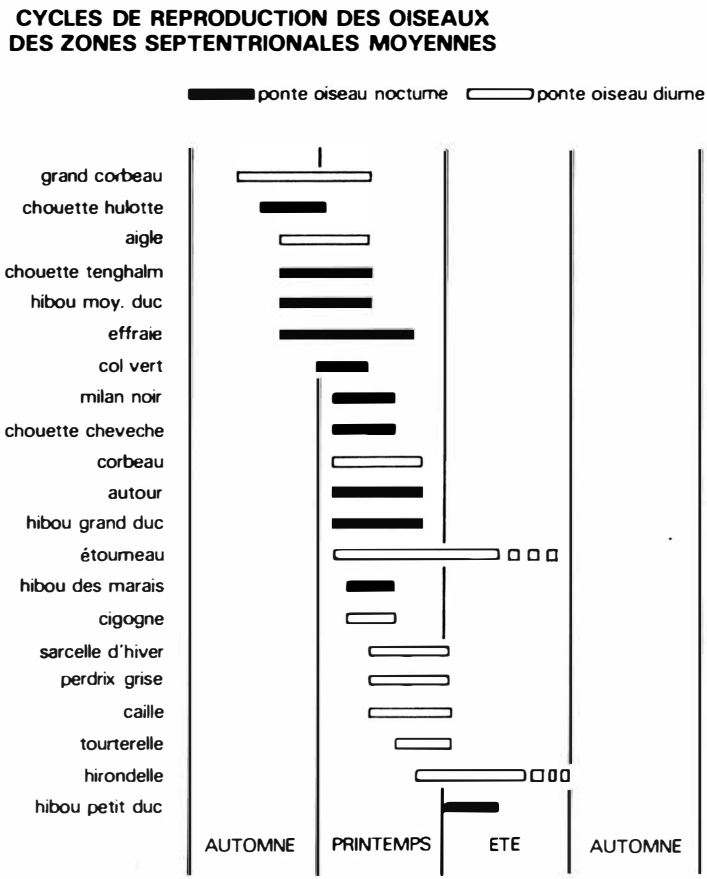

FIGURE 1

Cycles annuels de ponte, chez quelques oiseaux diurnes (rectangles blancs) et nocturnes (rectangles noirs), migrateurs et sédentaires, des zones septentrionales moyennes (d'après BOISSIN, JALLAGEAS et ASSENMACHER, in ORTOVANT et REINBERG, *Rythmes et reproduction,* Masson, Paris, New York, Barcelone, Milan, 1980).

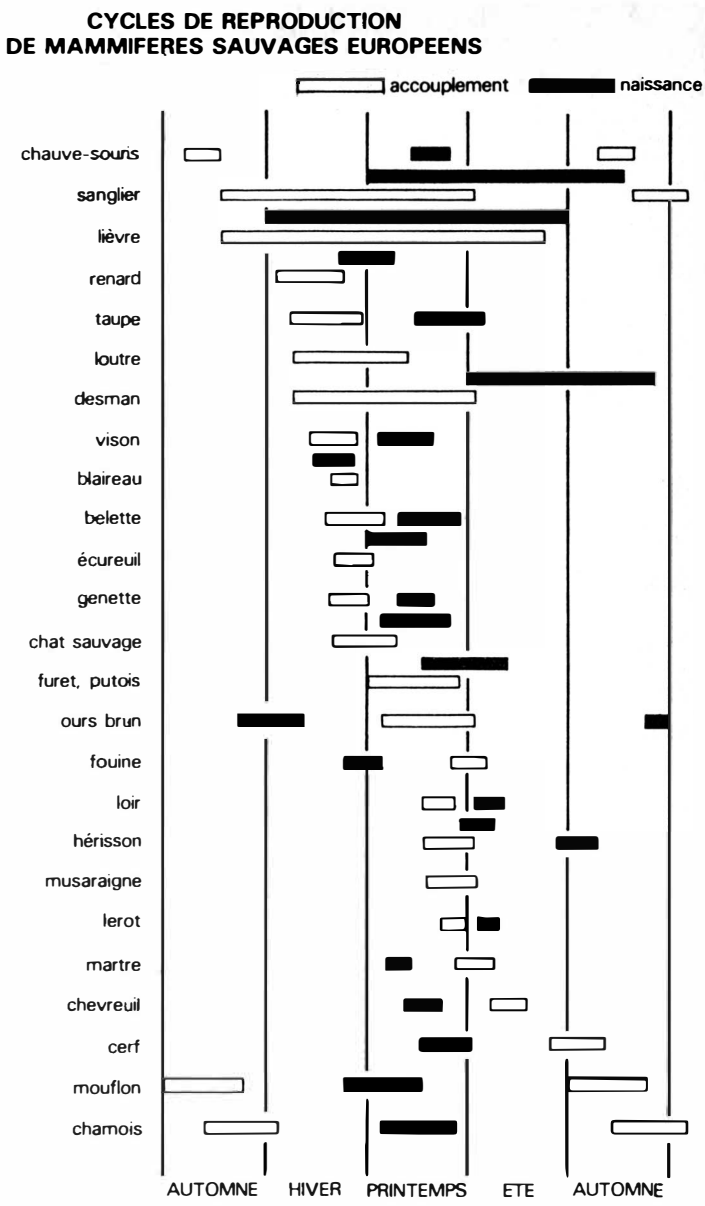

FIGURE 2

Cycles annuels d'accouplement (rectangles blancs) et de naissance (rectangles noirs), chez quelques mammifères sauvages européens (d'après BOISSIN, JALLAGEAS et ASSENMACHER, in ORTOVANT et REINBERG, *Rythmes et reproduction,* Masson, Paris, New York, Barcelone, Milan, 1980).

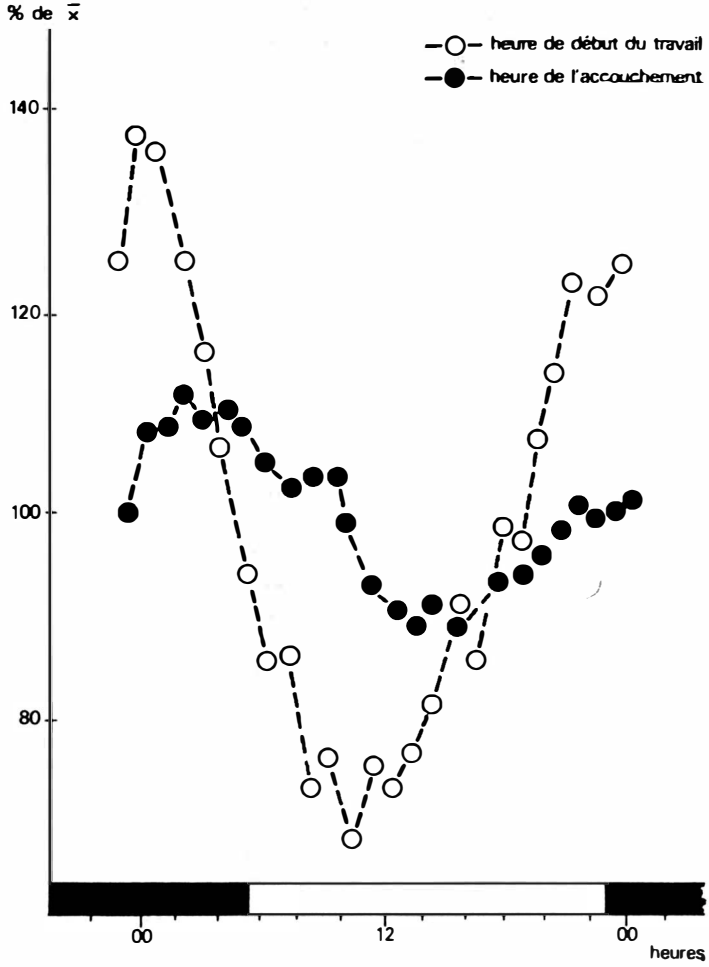

FIGURE 3

Les points clairs correspondent au rythme circadien du début du travail chez 207 913 femmes, les points noirs correspondent au rythme circadien de la naissance de 2 082 453 bébés. On a, en abcisses, figuré en sombre les heures probables de sommeil (d'après SMOLENSKY, HALBERG et SARGENT, in PALMER, *An introduction to biological rhythms*, Academic Press, New York, San Francisco, Londres, 1976, p. 154).

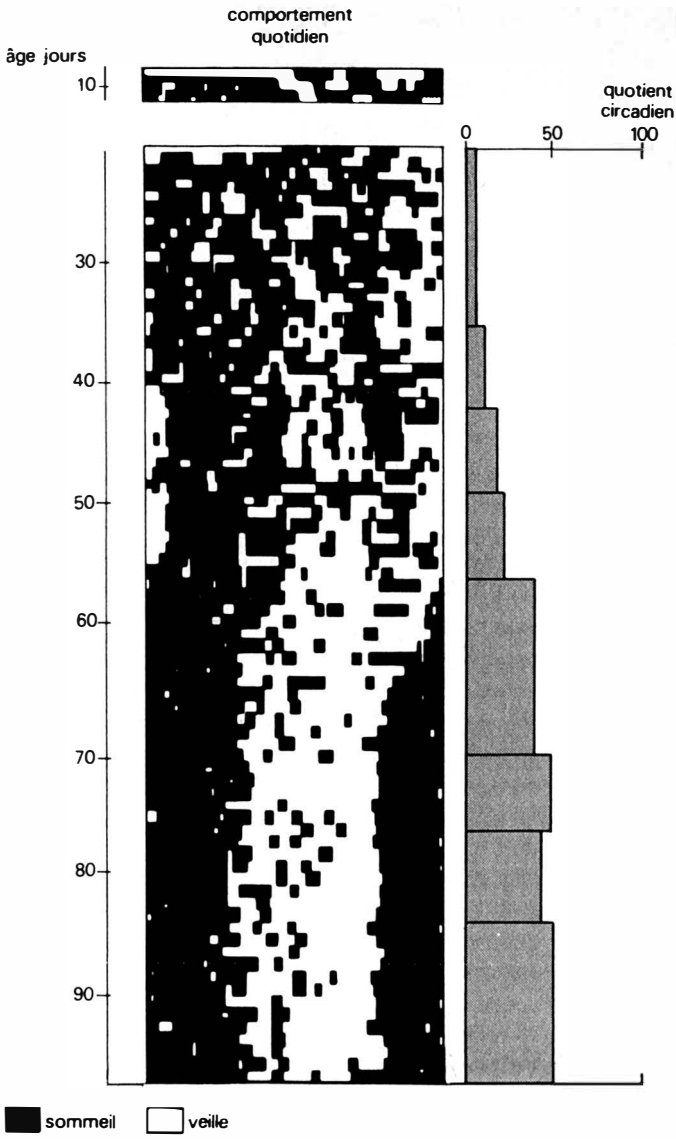

FIGURE 4

Alternance circadienne des périodes de comportement de veille (rectangles blancs) et de sommeil (rectangles noirs) d'un jeune enfant mâle élevé sans contraintes horaires (demande spontanée de repos, d'activité et de repas), de l'âge de 7 jours à l'âge de 98 jours. Le quotient circadien, représenté à droite de la figure, s'accroît progressivement avec l'âge (d'après HALBERG et REINBERG, *Journal de Physiologie,* 1967, *59*, p. 151).

Ferenczi, célèbre psychanalyste hongrois, disciple et ami de Freud, a, le premier, établi que l'inconscient était susceptible d'opérer de savants calculs. M. Bydlowski a découvert combien cette hypothèse s'appliquait aux dates de naissance qui s'avèrent bien souvent des dates anniversaires signifiantes pour l'un ou l'autre parent.

Ainsi, cet inconscient que nous considérons généralement comme la partie la plus irrationnelle de notre pensée se révèle susceptible de nous jouer des tours de machine à calculer... qui compte juste.

Et si l'inconscient calculait la date de la naissance ?

Monique BYDLOWSKI-RAVIER *

Et si la date de la naissance résultait du calcul de l'inconscient de l'un ou l'autre des parents ? Voici la question que nous nous sommes posée, un accoucheur et moi-même, après quelques années de collaboration.

Cette collaboration n'est pas banale ; elle marie deux pratiques, celle d'un consultant d'obstétrique dans un hôpital de la banlieue parisienne, recrutant une clientèle de classes moyennes (c'est-à-dire une majorité de sujets culturellement accessibles au dialogue), à celle d'une psychanalyste se préoccupant des déterminants de la naissance.

L'accoucheur a son centre d'intérêt et donc son recrutement personnel : des femmes qui, répétitivement échouent leur grossesse : fausses couches, prématurité, mort périnatale. Un accident grave préside aux antécédents, voire tend à se répéter devant nous et suscite la mise en route d'une machinerie médicale lourde. L'analyste n'a jamais fréquenté professionnellement l'obstétrique et exerce sa curiosité à noter tout ce qui échappe au rationnel, aux projets conscients et à la bonne volonté des parents. Je m'exerce aussi à les faire associer sur ces signes d'identité tellement importants que sont les prénoms que l'on va donner et le jour dont on va dater la naissance de l'enfant.

Un premier fait s'impose, dans l'immense majorité de nos cas. Je rappelle qu'il s'agit de grossesses réputées difficiles et donc ardemment souhaitées. Ces grossesses

* Psychanalyste à l'I.N.S.E.R.M.U. 187, directeur E. Papiernik, pavillon Jean-Dalsace, hôpital Antoine-Beclère à Clamart.

pourtant ne prennent presque jamais place à la date à laquelle les parents les attendent.

Nous sommes au siècle du contrôle absolu de la contraception. La programmation volontaire de la grossesse ne devrait pas être mise en échec ! Néanmoins, ces deuxième, troisième grossesses tellement espérées après un ou plusieurs insuccès, ne viennent pas quand on les programme. Le couple arrête sa contraception ; la grossesse ne vient pas immédiatement pour autant ; il y a décalage avec le programme ; parfois même une infertilité temporaire s'installe. L'enfant serait souhaité au printemps, époque idéale selon le couple... et la grossesse vient plus tard, aboutissant à une naissance en hiver par exemple.

L'extraordinaire fréquence de ce phénomène, qui peut passer pour anodin, mais qui pourtant défie la biologie de la contraception, nous a surpris. Faute de lui trouver une explication savante, nous avons décidé, en hypothèse, d'y voir l'irruption de l'irrationnel dans un plan de vie pourtant bien réglé ; le clin d'œil du Ça de G. Groddeck, ou de l'inconscient freudien, qui témoigne là de son existence, comme il le fait dans un lapsus, dans un acte manqué. En effet, la théorie psychanalytique, en posant l'hypothèse de l'inconscient, stipule la présence en chaque être d'un ordre qu'il ignore et qui le régit, qui peut mettre en échec ses prévisions conscientes et ses meilleurs sentiments.

Si nous revenons à notre consultation, nous nous trouvons donc en binôme, l'accoucheur et la psychanalyste, face à une femme enceinte récidiviste d'accouchements antérieurs difficiles et déterminée à accoucher... mais à une date qu'elle n'a pas choisi. L'accoucheur lui propose alors la « date de probabilité » de la naissance qu'il calcule selon la loi de la durée moyenne de la grossesse humaine : dix lunes soit deux cent quatre-vingts jours.

Nous faisons alors là notre deuxième constatation surprenante : pour 50 pour 100 des cas de notre clientèle, particulière par ses antécédents, cette date a un sens, cette date est signifiante ; elle vient répéter, grâce au cycle du calendrier, la date du précédent mort-né, de la dernière fausse couche, ou du dernier accouchement catastrophe. Bref, cette date est commémorative, c'est un signifiant. Or tout cela se passe, nous l'avons dit, en dehors de la volonté de la femme, qui ne demanderait qu'à oublier le passé, qu'à recommencer à zéro !

Cette deuxième constatation introduit notre hypothèse : et si la date de la naissance, puisqu'elle n'est calculée ni par la volonté des parents, ni par l'accoucheur, était calculée par l'inconscient de l'un des parents ?

Voici quelques exemples :

> Mme A... a mis prématurément au monde un 19 août un enfant qui meurt le même jour. L'année suivante, une naissance non programmée est prévue pour le 18 août.
>
> Mme B... a eu un mort-né le 3 septembre. Elle ne veut plus d'enfants et pratique une contraception. Trois ans plus tard, elle a la surprise d'être enceinte et son terme est calculé pour le 3 septembre.
>
> Mme C..., a eu un premier enfant né et mort un 10 avril et quelques années plus tard un enfant bien portant né un 14 juillet. Elle consulte et se soumet à de nombreux examens pour stérilité, car elle ne parvient plus à concevoir dans les années qui suivent. Une grossesse survient enfin, la date de la conception se situe le 14 juillet, ce qui lui fait prévoir l'accouchement pour le 10 avril. Un calcul inconscient particulièrement rigoureux permet dans ce cas de réunir en une seule naissance les deux dates essentielles de vie et de mort des enfants précédents.

Nous pourrions dresser une longue liste qui risquerait d'être fastidieuse s'il n'y avait chaque fois l'effet de surprise renouvelé.

Il paraît donc exister un calcul inconscient (ou préconscient) ; calcul, c'est-à-dire, opération (addition ou soustraction) portant sur le moment d'une durée fixée par la biologie (les deux cent quatre-vingts jours de la gestation) à l'intérieur d'une période numériquement limitée (les trois cent soixante-cinq jours de l'année) et cycliquement répétée sur le calendrier. L'effet de ce calcul est l'émergence d'une date signifiante : redonner la vie à la date anniversaire d'une perte décisive : grossesse ou enfant précédents.

Dans un deuxième temps, nous avons communiqué notre

petite découverte à nos collègues, accoucheurs, sages-femmes, gynécologues. Il est alors apparu, grâce à l'expérience des uns et des autres, que, loin d'être réservé aux grossesses difficiles, ce phénomène — le calcul inconscient de la date de probabilité de la naissance — avait un caractère plus général. Il s'y est ajouté que la date de la conception aussi pouvait être souvent signifiante. Rapidement la moisson a été importante, bien que nous ne l'ayons pas testée statistiquement. Les dates de la conception ou bien de la probabilité de la naissance viennent souvent *commémorer* l'anniversaire de l'un des parents, l'anniversaire de naissance ou de mort de la génération précédente, la perte d'un être cher : enfant précédent, aîné, ou bien la perte d'une partie vitale de soi : fausse couche, chirurgie sur un organe vital. C'est sur le caractère commémoratif de la date assignée à la naissance que nous voulons insister. Commémoration anniversaire involontaire qui traduit le retour du refoulé avec fatalité du ressouvenir en acte. Ressouvenir en acte car cette répétition inconsciente est répétition dans un corps maternel et dans celui de l'enfant, et échappe le plus souvent au langage, au commentaire, et même à la mémoire.

Ce phénomène, dont nous soutenons l'existence, en hypothèse, appelle deux remarques :

1. Pourquoi l'avons-nous découvert si facilement alors qu'il était jusqu'ici méconnu ?

Une partie de la réponse tient à notre façon de travailler. La collaboration d'un médecin avec un psychanalyste, sur le lieu de la médecine, amène la coopération de plusieurs théories qui s'enrichissent l'une l'autre, pour cerner un événement humain, la naissance, de façon non réductrice.

Mais l'essentiel de la réponse tient à ce moment précis de la vie féminine où nous nous sommes placés (et où il est inhabituel qu'une femme rencontre un psychanalyste !) : les derniers mois de la grossesse. À ce moment, la femme traverse un état psychique très particulier ; il s'agit d'une véritable " crise ", c'est-à-dire d'une période de vulnérabilité psychique accrue, une période de plus grande perméabilité aux productions de l'inconscient. Il est devenu banal de considérer l'afflux des rêves nocturnes en fin de grossesse. De la même manière, les remémorations, les *associa-*

tions d'idées autour de la date prévue pour la naissance, affleurent plus facilement. Les souvenirs reviennent ; le refoulement qui les maintient habituellement cachés, est fissuré.

D'autres auteurs ont souligné avant nous la fragilité, la labilité psychiques particulières à cette période de la vie féminine, et les remaniements psychiques qui lui sont afférents.

G. Bibring, empruntant le concept de « crise » d'E. Erikson, a même décrit la maternité comme une « étape intégrative » dans la vie d'une femme.

2. Nous insistons sur la « date prévue » pour la naissance. En soutenant notre hypothèse, nous prétendons donc que dans l'inconscient humain serait enregistrée la durée de la gestation humaine. Sinon, comment réussir un pareil calcul ?

En effet, le travail de l'inconscient, pour ce qui nous préoccupe est de mettre en rapport un événement A (naissance ou conception) corrélé à sa date, signe littéral, disons a, avec un événement B (le deuil, la perte qui a précédé, par exemple) corrélé à la même date, une autre année, disons a'. C'est bien l'identité entre a et a' qui donne un sens à A par rapport à B.

Et nous insistons sur la date prévue pour la naissance, car c'est celle-là que calcule l'inconscient. Elle peut différer de la date réelle de la naissance du fait de certains « forçages » médicaux (césarienne ou accouchement provoqué). Par exemple, Mme D..., doit accoucher le 7 septembre. Depuis quelques semaines, nous avons découvert avec elle que cette date de probabilité était aussi celle de la naissance de son mari, le père de l'enfant. Vers la fin de la gestation, la menace d'une dystocie oblige l'accoucheur à intervenir plus tôt et l'enfant naîtra le 1er septembre.

Sans discuter le bien-fondé de ce « forçage » nous devons constater qu'il vient ensevelir la date signifiante qui va alors rester méconnue du sujet à naître...

Ce signifiant dort à jamais dans le dossier de l'accoucheur !

Éléments de bibliographie

BIBRING G.L., THOMAS F., DWYER M., « Study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship », *Psychoanal. Study Child* 1961, *16,* p. 9-24.

BYDLOWSKI M. et R., « Le cauchemar de la naissance », *Topique* n° 17, avril 1976, p. 139-156.

BYDLOWSKI M., « Les enfants du désir. Le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient », *Psychanalyse à l'université,* tome IV, n° 13, décembre 1978, p. 59-92.

Accueillir le prématuré

Chloé

Béatrice BERGER

Je suis une lectrice assidue des Cahiers du nouveau-né et je suis très heureuse de savoir qu'un ouvrage collectif sur les prématurés est en route. Je vous envoie le témoignage de ce que j'ai vécu en tant que mère en vous précisant que mon histoire est récente et a commencé en septembre 1980.

En effet, j'apprenais à cette époque que j'étais enceinte. J'en étais très heureuse d'autant plus que c'était ma première grossesse. Aussitôt je me suis demandé quel endroit pourrait correspondre à ce dont je rêvais pour la naissance de mon premier bébé. Mon choix s'est porté sur la maternité de L... où, me semblait-il, la parole des femmes était encouragée et la façon d'accueillir les bébés plutôt sympathique. Dès le premier mois de ma grossesse les ennuis ont commencé. J'ai été opérée pour appendicite aiguë en passant d'abord une nuit angoissante car, faute d'avoir sous la main un appareil pour faire des échographies précoces, les médecins avaient diagnostiqué tardivement une grossesse extra-utérine. L'erreur a donc été rectifiée le lendemain et on m'a opérée en me disant que cela n'aurait aucune conséquence sur la vie du fœtus. Au troisième mois de grossesse, je me sentais très fatiguée, j'avais les yeux jaunes et, après un bilan hépatique fait sur ma demande, mes doutes se sont transformés en certitudes. J'avais une hépatite virale à antigène *Australia ;* j'ai demandé l'avis de plusieurs médecins, tous m'ont seulement dit que cela n'avait aucun impact sur le fœtus. Cette hépatite me fatiguait et m'inquiétait, inquiétude qui apparemment était déplacée aux yeux de l'obstétricien.

Celui-ci faisait preuve d'une telle désinvolture par rapport à ce problème (c'est de ma propre initiative que je lui apportais mes résultats d'examen) que je finissais par ne plus oser parler de mes craintes. J'étais enceinte de cinq mois et demi, anormalement grosse (on me l'a dit par la suite) quand je suis allée consulter pour la visite du sixième mois. Le médecin m'a conseillé de passer une échographie « de routine» et m'a dit que tout allait bien. Le lendemain de cette visite j'ai commencé à avoir des contractions, je n'ai pas osé lui téléphoner car j'avais fini par intégrer que mes inquiétudes étaient plus de l'ordre du fantasme que du réel. Le lendemain matin j'ai perdu du sang et là, un peu affolés, nous sommes partis en urgence à la maternité. Très peu d'explications m'ont été données, le col commençait à se dilater et l'on m'a perfusé un produit qui, m'affirmait-on, arrêtait les contractions. Pendant la nuit, les contractions ont recommencé, j'avais mal, j'avais peur, ne comprenant rien à ce qui se passait, et j'ai appelé à deux reprises l'infirmière de nuit, qui, agacée, finit par me donner un somnifère et un tranquillisant car, disait-elle, la douleur était due à mon énervement et au fait que j'avais reçu trop de visites dans la journée. Je me suis endormie et le col a continué à se dilater. Vers 6 heures du matin je me suis réveillée avec de violentes contractions et de nouveau des pertes de sang. Je me suis énervée et ai exigé qu'on appelle un médecin. Une sage-femme est venue m'examiner et m'a annoncé brutalement que j'accoucherais dans une heure, qu'on ne pouvait plus empêcher l'accouchement car le col était trop dilaté.

J'étais totalement abasourdie par cette nouvelle et j'ai eu l'impression d'avoir été complètement flouée et infantilisée jusqu'à la dernière minute. Chloé est née ce triste matin, je ne réalisais absolument pas ce qui était en train de se passer. La sage-femme avait appelé le S.A.M.U. avant même que le bébé soit là sans me demander mon avis et en sachant parfaitement que je n'étais enceinte que de cinq mois et demi. Chloé pesait neuf cent quatre-vingts grammes et mesurait vingt-sept centimètres ; elle m'a été arrachée immédiatement pour être confiée aux médecins du S.A.M.U. Je ne comprenais plus rien, la réalité était trop soudaine et trop dure. Ma réaction première a été violente, je ne voulais pas voir ce fœtus tout petit, ne pas le regarder, j'avais peur de ce que je verrais et je trouvais délirant

d'imaginer qu'un aussi petit être puisse survivre. Un médecin du S.A.M.U. m'a demandé quel nom allait porter l'enfant, si je désirais l'allaiter et si je désirais le voir. J'ai « joué le jeu », je voulais bien y croire mais j'avais tellement peur !

Leurs questions m'ont désemparée et j'ai fini par croire, comme ils me le disaient, que ce serait très long mais pas impossible. Chloé a été transférée dans le service de néonatologie de C... en réanimation et moi je suis redescendue à l'étage inférieur avec une sensation de vide et d'irréalité. Chloé était mon premier bébé et je ne l'avais portée que peu de temps, je me sentais terriblement frustrée par ce vide, cette grossesse ratée, ce bébé si petit que j'avais entrevu ; de plus il est très difficile dans ces conditions de se sentir mère et la « séparation » a été pour moi aussi brutale qu'inattendue.

Nous sommes allés voir Chloé et avons été accueillis de façon très humaine et chaleureuse. Nous avons tout de suite été prévenus que la survie d'un bébé de cet âge n'était pas évidente et que chaque jour il pouvait arriver quelque chose. Les médecins et les infirmières étaient extrêmement humains et attentifs, aussi bien à la sensibilité des bébés qu'aux angoisses des parents. C'était très dur de vivre quotidiennement avec la peur au ventre. Chloé, maintenant, existait réellement pour nous. Un grand effort était fait pour que s'instaure le plus rapidement possible une relation entre les parents et leur enfant. Nous avons été d'emblée encouragés à pénétrer dans le service le plus souvent possible, à caresser Chloé, à lui parler, à ne surtout pas oublier qu'elle vivait et avait besoin de notre tendresse pour vivre. Je tirais mon lait toutes les trois heures et cela m'aidait également à ne pas oublier que j'étais mère. Cependant, tout n'était pas idyllique, hélas, car les mauvaises nouvelles étaient fréquentes. Chloé maigrissait, ce qui était affolant vu son poids de naissance, puis l'on a diagnostiqué une entérocolite et les médecins ont décidé d'opérer. Chloé a été opérée la première fois, à un kilo deux cents à l'hôpital X... car il n'y avait pas de chirurgien pouvant faire cette intervention à C... Elle y est restée environ une semaine. Je ne tenais pas à ce qu'elle y reste longtemps car le service dans lequel elle se trouvait m'avait fait une très mauvaise impression, je ne sentais pas mon bébé en sécurité entre les mains de ces gens-là. Le

personnel était froid, distant, très axé sur les soins, le corps et tout cela m'insécurisait énormément. L'opération s'est toutefois bien passée, on lui avait posé un anus artificiel pour permettre à l'intestin de se reposer. Nous avons retrouvé le service de C... avec soulagement et l'état de Chloé s'est amélioré chaque jour un peu plus. Chloé vivait, bougeait ; c'était inespéré et fantastique. Elle me souriait quand elle entendait les chants que je lui chantais à chaque visite, elle nous connaissait. Je lui répétais combien nous l'aimions et avions hâte qu'elle vienne vivre avec nous. Elle faisait partie de notre vie, de notre famille et nous n'en pouvions plus d'attendre. Les trajets étaient longs et fatigants mais l'accueil que nous avions à chaque visite et surtout le sourire de Chloé compensaient largement la fatigue. Maintenant, tout allait beaucoup mieux et elle prenait du poids régulièrement, j'étais émerveillée par cette petite fille, si jolie, si fragile et si forte à la fois. Les médecins nous disaient souvent : « Chloé a envie de vivre, et c'est ce qui la rend si forte. » En effet, forte il fallait qu'elle le soit, car les soins intensifs et la réanimation sont des agressions que subit le prématuré toute la journée et souvent même la nuit. Toutefois Chloé semblait s'être bien adaptée à cet environnement, il est vrai que les soignants étaient très sensibles à tous ces problèmes et faisaient preuve de beaucoup de douceur quand ils exécutaient un soin. Eux aussi parlaient beaucoup aux bébés ce qui me semblait extrêmement important ; puis on nous a permis de la sortir de temps en temps de la couveuse car un cap important venait d'être franchi, Chloé respirait seule, elle n'était plus dépendante de sa machine. Je pouvais donc pour la première fois la prendre dans mes bras, son regard était confiant et je lui parlais de ce que serait notre vie quand elle sortirait de l'hôpital.

L'équipe encourageait les contacts, respectait notre besoin d'intimité et participait à notre joie. Vers la fin du mois de juin Chloé pesait environ trois kilos, un médecin nous a annoncé la fermeture du service pendant le mois de juillet (le personnel devait prendre des vacances), tous les bébés seraient donc dispatchés dans les hôpitaux de la région parisienne. Chloé, elle, serait transférée à l'hôpital X... pour être réopérée, son poids et son état général permettaient la seconde intervention et ne justifiaient pas sa réadmission dans le service de C... J'ai très mal reçu

cette décision, d'autant plus qu'ils ne nous avaient jamais expliqué leur mode de fonctionnement au moment des vacances. J'ai vécu cette décision comme un abandon, un rejet qui m'a profondément bouleversée. Le service de X..., qui m'avait fait une si mauvaise impression la première fois, était le dernier endroit que j'aurais choisi si j'avais eu un choix à faire et voilà que tout d'un coup il fallait que je compose avec une nouvelle structure et une nouvelle équipe, cela me perturbait d'autant plus que j'imaginais qu'un tel changement ne serait pas anodin pour mon bébé. D'autre part, je n'aimais pas du tout la manière dont ces gens considéraient les bébés. Il a tout de même fallu s'incliner devant les exigences « institutionnelles » et Chloé est arrivée dans ce service où elle devait être réopérée rapidement. La chirurgienne nous avait dit qu'elle serait chez nous dans le meilleur des cas le 15 août et nous nous consolions en nous disant que c'était un moment (un de plus) à passer. Chloé était, à son arrivée dans ce service, une petite fille vivante, tonique et très éveillée. Je lui expliquais tout ce qui se passait de nouveau pour elle, cela me semblait très important. J'ai retrouvé le rythme des visites quotidiennes, mais ces visites qui à C... étaient des moments de fête sont devenues rapidement un véritable calvaire. Chaque fois Chloé pleurait de toutes ses forces ou bien je la retrouvais avec tous ses fils emmêlés dans ses membres, quelquefois souillée par ses excréments, et surtout le personnel était froid, débordé il est vrai, mais je le sentais indifférent à notre souffrance. Ces gens n'étaient absolument pas conscients de l'impact que peut avoir l'environnement sur des bébés qui avaient depuis leur naissance mille et une agressions physiques et psychologiques ; seul le « corps » les intéressait. J'ai été rapidement investie comme l'« emmerdeuse » de service car je faisais remarquer quelquefois des choses qui me révulsaient. Je ne supportais pas qu'on s'occupe de Chloé tout en discutant avec sa collègue de la façon dont on allait passer son prochain jour de repos. J'étais très malheureuse et quand je retrouvais ma fille hurlant de souffrance et de solitude, je pleurais avec elle complètement bouleversée, je me sentais totalement impuissante, ce sentiment était vraiment quelque chose de terrible pour moi. La situation devenait chaque jour un peu plus éprouvante. Je me mettais en colère quand on me faisait remarquer « qu'ici on ne

touchait pas les bébés » ; le dialogue était devenu impossible et j'avais décidé que je toucherais mon bébé quand bon me semblerait. Je ne pouvais plus expliquer les choses calmement et je ne leur faisais absolument plus confiance. C'était très paniquant et tout à fait nouveau pour moi, car je n'avais jamais eu ces problèmes avec l'équipe de C... L'état général de Chloé a commencé à se dégrader, l'opération a été retardée puis finalement effectuée. Tard le soir nous avons appris que Chloé avait fait deux arrêts cardiaques et avait été réanimée à deux reprises « environ dix minutes, un quart d'heure ». J'étais parfaitement au courant des conséquences d'une réanimation prolongée et je réalisais brutalement les résultats d'un tel geste. La réaction des réanimateurs s'est d'abord voulue rassurante, puis devant notre insistance à évoquer la possibilité de dégâts neurologiques importants est devenue plus sèche. Je suis allée voir Chloé le lendemain après avoir vue la chirurgienne à qui j'avais demandé un entretien particulier et qui a trouvé opportun de me recevoir avec quatre médecins à ses côtés. Leur discours n'a été qu'un tissu de mensonges. Je suis allée voir Chloé et je l'ai vue inerte, molle comme une poupée de chiffon, du sparadrap collé sur les paupières car elle n'avait plus le réflexe de les bouger, elle ne réagissait plus à rien, tout était fichu. Je suis partie très vite ne pouvant plus supporter de voir ce massacre. Après ce moment extrêmement douloureux nous avons demandé une euthanasie, une semaine s'était écoulée, aucune amélioration n'était apparue et la chirurgienne nous avait dit, sur ce ton froid et détaché qui lui était coutumier, qu'elle ne pouvait pas encore dire si le handicap serait « partiel ou total ». Après avoir passé quelques jours dans un état d'abattement important, la colère est montée en nous et nous avons exigé que l'on arrête la réanimation, le médecin nous a répondu que ce geste serait en contradiction avec son éthique et « qu'on n'avait pas fait quatre mois de soins intensifs pour en arriver là ».

On peut s'interroger sur la conception qu'ont ces gens de la vie et de ce qu'est leur métier.

Chloé est morte le 27 juillet d'une septicémie. Le service de X... est responsable de sa mort. Il est absolument scandaleux de confier des êtres aussi fragiles que des enfants prématurés à ces techniciens du corps, obsédés par la seule idée de maintenir coûte que coûte des enfants en

vie. Le discours sur les prématurés doit cesser d'appartenir aux spécialistes qui doivent eux-mêmes arrêter de parler des prématurés uniquement en termes de prouesses techniques de plus en plus poussées. Un enfant prématuré est également un individu doté de sens et qui a sa sensibilité propre. Je suis maintenant convaincue que sa vie sera intimement liée à l'environnement qu'on lui aura créé.

J'ai tenu à écrire ce témoignage afin que les parents qui se trouveront un jour dans cette situation prennent conscience de l'importance qu'auront leur attitude et celle des soignants sur leur bébé. Ce sont les parents, dans le cas d'une prématurité importante, qui devraient décider s'il faut ou non entreprendre une réanimation tout en sachant que cela peut être très long, éprouvant et que cela n'est pas sans danger pour l'enfant et la relation qu'il aura avec ses parents. L'enfant « appartient » à ses parents, pas à une équipe soignante ; il faut avoir la force de revendiquer sa place, ses droits et refuser d'être considéré comme irresponsable sous prétexte que l'on n'est pas médecin.

D'autre part, il me semblerait indispensable que les médecins et infirmières amenés à s'occuper de prématurés prennent conscience de tout ce qui peut se jouer au moment de l'hospitalisation d'un nourrisson trop vite passé du milieu utérin à celui d'une couveuse, si perfectionnée soit-elle. La vie d'un prématuré ne dépend pas uniquement de la qualité des soins qu'il recevra.

Chloé est morte car elle a un jour cessé de lutter dans un environnement qui ne pouvait lui donner le goût et l'envie de vivre.

L'accueil du prématuré et de sa famille, de sa mère tout particulièrement en désarroi, semble à tous relever d'un souci de bienveillance humanitaire. Cependant, l'urgence et les nécessités conjoncturelles médicales débordent parfois ce souci d'accueil, au point que l'objectif premier de survie de l'enfant se trouve parfois mis en échec, pour des raisons organiques bien sûr, mais aussi, semble-t-il, du fait d'un accueil insuffisamment soigneusement adapté, comme en témoigne B. Berger.

En fait, il semble indispensable de bien distinguer plusieurs réalités qui se confondent autour de la notion d'enfant prématuré. Certains prématurés posent des problèmes organiques majeurs qui exigent une intervention médicale efficace et soutenue. D'autres prématurés ne sont que des enfants nés trop tôt ; ceux-là ne nécessitent pas forcément d'intervention médicale lourde. La confusion qui s'opère conduit souvent à une mauvaise utilisation des structures hospitalières, qu'il s'agisse des services de province ou des services hyperspécialisés de la capitale ; les premiers sont amenés à prendre en charge des enfants qui pourraient utilement être confiés à leur mère ; les seconds reçoivent, après un transfert, des cas qui auraient pu être pris en charge par les structures locales. Cette situation a des retentissements non négligeables sur la pathologie des enfants nés prématurément et hospitalisés, comme le montre la fréquence de leurs réhospitalisations itératives.

En France et dans le monde entier se pose la même question : à partir de quand un prématuré est-il mieux dans

les bras de sa mère que dans une isolette ? J.-C. Risse, dans un entretien avec E. Herbinet nous fait part de son expérience à l'hôpital de Sens, et des résultats qu'il a obtenus en faisant le maximum, compatible avec la sécurité, pour ne pas séparer la mère de son nouveau-né, et pour écourter leur séjour à l'hôpital ; cela en collaboration avec la pédiatre J. Ricardou.

Les Petits Poucets...

Entretien avec Jean-Claude RISSE *
Propos recueillis par Étienne HERBINET **

E. HERBINET. — Ce que vous m'avez dit, Jacqueline Ricardou et toi, de votre effort d'humanisation des conditions de vie des prématurés et de leurs parents me semble déjà, en soi, tout à fait convaincant, tout à fait riche, tout à fait suffisant pour qu'on ait envie de vous emboîter le pas, ce que j'ai d'ailleurs fait. Il n'est pas toujours besoin de preuves pour être convaincu. Mais, par surcroît, les conditions particulières de l'obstétrique et de la pédiatrie qui existent à Sens, vous ont permis de chiffrer l'intérêt à moyen terme de votre démarche [1], et cela aussi est important.

Quel est l'historique de tout cela ?

Où en êtes-vous maintenant ?

J.-C. RISSE. — À Sens, avant 1976, tous les nouveau-nés qui pesaient moins de deux kilos et demi étaient systématiquement hospitalisés dans le centre des prématurés et mis en couveuse jusqu'à ce qu'ils pèsent deux kilos sept cents ou huit cents. En même temps que le statut d'enfants prématurés, ils acquéraient celui d'« enfants fragiles », étiquette qui leur collait à la peau longtemps après leur sortie. On les

* Pédiatre, Centre hospitalier de Sens, 89100 Sens.
** Gynécologue accoucheur, Centre hospitalier d'Auxerre, 89000 Auxerre.

1. RISSE J.-C, RICARDOU J., VIREY B. et SUR C., « L'influence à court et moyen terme du mode de prise en charge de l'enfant à la naissance », in *Rev. pédiatrie*, tome XVII, février 1981, p. 71-79.

disait « fragiles » parce qu'ils pouvaient se refroidir (ils étaient donc systématiquement mis en couveuse), parce qu'ils présentaient un risque infectieux (on les séparait donc systématiquement de leurs parents qui n'avaient pas le droit d'entrer auprès d'eux mais seulement de les regarder à travers une vitre), parce qu'ils pouvaient parfois avoir des problèmes pour s'alimenter eux-mêmes (on les gavait[1] donc systématiquement).

Lorsque les enfants sortaient de couveuse, ils restaient huit jours en berceau dans le service des prématurés, et ensuite ils passaient dans le service de pédiatrie, « en convalescence ». Ce n'était donc plus le même personnel qui s'occupait de l'enfant (et qui recevait les parents). Là, la mère était invitée à donner le sein ou le biberon dans la semaine qui précédait la sortie. L'enfant pesait alors entre trois kilos et trois kilos et demi ; l'hospitalisation avait duré, en moyenne, quatre-vingt-cinq jours.

Pendant tout le séjour, les nouvelles étaient données aux parents par les médecins une ou deux matinées par semaine. À leur sortie, les enfants étaient régulièrement reconvoqués pour surveillance. Le médecin traitant recevait une lettre lui précisant ce qui s'était passé. Moyennant quoi, lorsque l'enfant avait une maladie banale, un rhume par exemple, le médecin traitant le réadressait systématiquement à l'hôpital « puisque c'était un enfant fragile » et le système entraînait habituellement son hospitalisation « par prudence », mais le plus souvent pour rien.

Une évolution progressive...

En 1976, une équipe de deux pédiatres s'est consacrée aux nouveau-nés : Jacqueline Ricardou s'est occupée de la maternité et j'ai pris en charge le service des prématurés. Nous avions tous deux un statut d'attaché à mi-temps à l'hôpital parallèlement à notre clientèle pédiatrique de ville. L'un de nous était toujours joignable.

Les circonstances nous ont permis de faire évoluer un certain nombre de choses qui sont schématiquement : les

1. Le « grand prématuré » n'ayant pas une succion et une déglutition suffisantes, le gavage permet alors d'alimenter l'enfant en remplissant passivement son estomac à l'aide d'une sonde.

critères de réception dans le service des prématurés, les critères de sortie, l'accueil des parents, la prise en charge de la pathologie lourde sur place.

Les critères d'entrée

J'ai été élevé avec une notion des prématurés différente de celle que nous avons vue : pour moi un prématuré c'est un enfant *qui peut* se refroidir, *qui peut* ne pas téter tout seul, *qui peut* s'infecter ou présenter des problèmes métaboliques, mais tout cela n'est pas en relation exacte avec ce fameux seuil de deux kilos cinq cents. Alors on est convenu avec la maternité (et il n'y a qu'une maternité à Sens), qu'il n'était peut-être pas obligatoire de faire passer tous les enfants qui pesaient moins de deux kilos cinq cents dans le service des prématurés.

Le transfert n'a plus été décidé selon un critère rigide de poids, mais en fonction de l'état clinique de chaque enfant.

Mais, à la maternité, lorsqu'on ne transférait pas un enfant dès sa naissance, on semblait craindre que, s'il posait un problème plus tard, nous le refusions alors en pédiatrie, en disant « qu'il risquait de s'être infecté, entre-temps, à la maternité ». J'ai précisé nettement que tout enfant qu'on nous adresserait, à quelque moment que ce soit, serait toujours accepté. On a alors gardé à la maternité les enfants que l'on hospitalisait auparavant par prudence, des enfants de deux mille quatre cents grammes par exemple ; et il a été rapidement évident qu'ils ne se portaient pas plus mal. Petit à petit le poids limite d'admission au centre des prématurés est descendu : environ deux kilos en 1977.

Le nombre des entrées dans le service des prématurés a donc diminué d'une manière considérable et globalement, *en fin d'expérience on n'admettait plus que 2,4 pour 100 des enfants qui naissaient, alors qu'on était parti d'un chiffre de 13 pour 100 !*

E. Herbinet. — Oui, mais le taux de prématurité a beaucoup diminué en France et dans l'ensemble des pays occidentaux. Cela explique peut-être une diminution du pourcentage des hospitalisations ?

J.-C. RISSE. — Il est certain que l'on avait il y a dix ans beaucoup plus de prématurés pesant moins d'un kilo et demi que maintenant. Mais je ne parle pas de taux de prématurité mais des critères justifiant l'admission dans les centres de néonatologie ; c'est bien différent ! Si l'on étudie notre pourcentage d'hospitalisation de nouveau-nés : 2,4 pour 100 en 1980 on s'aperçoit que la moyenne française, *à la même époque*, était de 10 à 12 pour 100 [1]. Quel que fût le taux de prématurité à l'époque, ce que je constate c'est que sur 100 enfants qui naissaient, la France en hospitalisait en moyenne 10 à 12 et que nous n'en hospitalisions que 2,4, soit deux tiers en moins.

E. HERBINET. — Maintenir à la maternité des enfants de moins de deux kilos et demi, cela pose-t-il des problèmes particuliers ?

J.-C. RISSE. — Jacqueline Ricardou qui s'occupe directement de la maternité t'en parlerait mieux que moi. Je peux te dire qu'il y a eu une évolution considérable de la prise en charge de l'ensemble des enfants à la maternité. Les auxiliaires de puériculture ont changé leur statut de « faire » (donner le biberon, changer l'enfant), pour un statut d'« aider ». Petit à petit, les mères se sont occupées elles-mêmes des soins à leur enfant. *Plutôt que d'organiser son travail sur des horaires de changes, de biberon et de toilette, le personnel s'est beaucoup plus centré sur une disponibilité vis-à-vis des mères, qui demandaient des conseils, ou de l'aide, et qui pouvaient l'obtenir immédiatement*, ou encore qui étaient inquiètes et qui avaient besoin d'une présence et d'être rassurées. Cette prise en charge de l'enfant par sa mère a beaucoup changé la mentalité au niveau de la maternité. Mais il faut dire aussi que cela n'a pas été sans problèmes : parce que les auxiliaires de puériculture se sont trouvées dépossédées des enfants. Leur rôle était devenu moins précis, plus flottant. Mais progressivement, elles se sont rendu compte qu'on pouvait prendre le même plaisir sinon un plaisir plus important à s'occuper

1. D'après le rapport du Groupes d'études en néonatologie, remis au ministère en 1980.

aussi des mères, à les aider, à les encourager, plutôt que de donner elles-mêmes des biberons aux enfants.

À cette évolution d'ensemble se sont intégrés les problèmes particuliers posés par la prise en charge des enfants de moins de deux kilos et demi, problèmes qui leur sont propres : non pas ceux des soins intensifs et des couveuses, mais ceux que peuvent poser un enfant qui a du mal à téter, une mère qui a un peu peur de son enfant beaucoup plus petit que celui de la voisine et avec toujours cette idée de « fragilité » dont nous parlions. L'équipe de la maternité a eu affaire à des enfants de petit poids et aussi à quelques enfants de poids normal mais qui avaient eu une souffrance néo-natale transitoire ou une pathologie qui, selon nos nouveaux critères, ne justifiait pas une hospitalisation en néonatologie.

La prise en charge de ces enfants à la maternité a représenté un travail supplémentaire et différent et les auxiliaires de puériculture ont été amenées à médicaliser un peu leur surveillance dans certains cas et à s'occuper aussi de la mère que, souvent, cet enfant-là inquiétait un peu.

E. Herbinet. — Il y a quelque chose qui me frappe dans votre organisation des soins aux enfants, en deux lieux différents, le service des prématurés et la maternité : la souplesse des échanges entre ces services différents, a sans doute pu être harmonieuse, parce que les médecins respectivement responsables s'entendent bien et qu'ils ont les mêmes conceptions du nouveau-né.

J.-C. Risse. — Oui, tout à fait... cela ne serait pas possible autrement. Ce qui me semble important c'est que l'enfant ne soit pas considéré comme un otage. Si, par exemple, un enfant maintenu à la maternité pose des problèmes, cela peut être le personnel du service des prématurés qui va faire les prélèvements ou la radiographie qui sont nécessaires. Si, au contraire, un enfant doit être transféré dans le service des prématurés, notre but est de le rendre le plus vite possible à la maternité, c'est-à-dire à sa mère, sans attendre je ne sais quel « délai légal » qui correspondrait au moment où la mère elle-même sortirait de la maternité.

La durée de séjour

C'est ainsi que la durée de séjour des enfants « malgré tout hospitalisés » s'est aussi considérablement réduite. Le poids qui servait de critère à la sortie est très rapidement passé de trois kilos à deux kilos et demi, mais ensuite, cela a été beaucoup plus progressif de deux kilos deux cents à deux kilos parce que cela posait des problèmes. En entraînant un dépeuplement progressif du service des prématurés cela posait des problèmes de gestion. Tout étant calculé en « prix de journée », un enfant à la maternité ne rapporte rien à l'hôpital. Les examens complémentaires, la surveillance intensive, tout ce travail supplémentaire n'est payé à l'hôpital que si l'enfant est hospitalisé séparément. Cela posait aussi des problèmes de responsabilité médiale, qui a dû être assumée sous notre propre nom et non au titre de notre fonction administrative.

L'accueil des parents

J'ai été formé dans des services parisiens à une époque où les parents commençaient à rentrer dans ces services de prématurés et nous en voyions les avantages. Plus tard, à Sens, nous avons donc autorisé l'entrée des parents près de leur nouveau-né hospitalisé. Mais il a fallu un certain nombre de semaines pour que cela soit accepté. Ça s'est fait d'abord discrètement puis, progressivement, officiellement.

À partir du moment où ils rentraient, voyaient souvent leur enfant, le touchaient, les parents se sont mis à s'inquiéter des variations de santé, de poids, de teint de leur enfant, des instruments qui l'entouraient, et il a fallu, contrairement à l'usage antérieur, apporter une réponse quotidienne à leurs questions. Mais, comme nous n'étions pas présents en permanence, cet accueil des parents a été peu à peu assuré par le personnel infirmier. Il s'est senti autorisé à le faire, à transmettre des informations, à donner des avis, parce qu'il était parfaitement tenu au courant de l'impression du médecin, au jour le jour, pour chaque enfant, et aussi parce qu'il était à l'aise, sachant qu'à

chaque fois que des parents posaient une question à laquelle il ne pouvait pas répondre — ou ne voulait pas répondre — il était facile de « renvoyer la balle » au médecin responsable. En fait, on a tous très vite réalisé les avantages de cette situation, on s'est aperçu, par exemple, qu'une infirmière disait qu'on pourrait peut-être avancer la sortie de tel enfant parce qu'il y avait une communion dans la famille... Très vite il est devenu évident que le personnel infirmier avait un rôle d'avocat, d'intermédiaire entre les parents qui se plaignaient plus facilement à lui, et le médecin qui décidait. Nous avons aussi très vite remarqué que beaucoup de familles choisissaient la présence de certaines infirmières ou puéricultrices pour leurs heures de visite et s'abstenaient de venir le jour de congé de celle-ci ou de celle-là.

La prise en charge ultérieure

Je refuse de reconvoquer les enfants quand ils sortent. Ils ont un statut d'enfant normal et il est donc convenu que le médecin traitant en a la charge. Il est évident qu'en cas de problème les parents peuvent toujours revenir dans le service et qu'ils y sont bien reçus.

Comme pédiatre de ville, il m'arrive de revoir des enfants que les parents me ramènent parce que je les ai suivis au départ, mais la plupart du temps je sais qu'un cap est passé quand je ne les revois plus, c'est-à-dire qu'ils ont fait le deuil de quelque chose de ce passé difficile.

La prise en charge de la pathologie lourde

Lorsque nous sommes arrivés, les enfants qui allaient mal étaient facilement transférés à Paris, car à l'époque nous n'avions pas la technicité nécessaire pour soigner une détresse respiratoire ou pour effectuer une exsanguino-transfusion [1] par exemple. Mais c'était par prudence que l'on transférait la plupart des enfants : non par parce qu'ils avaient besoin d'un geste technique immédiat, mais au cas

1. Intervention qui permet de changer le sang du bébé pour le débarrasser, par exemple, d'un excès de bilirubine.

où ils en auraient besoin si l'évolution se compliquait. Dans la majorité des cas il ne s'agissait que d'une simple surveillance et *a posteriori* on pouvait dire que le transfert avait été inutile — mais *a posteriori* seulement. Quoi qu'il en soit, en cas de transfert à Paris, la durée de l'hospitalisation totale de l'enfant (et donc la séparation d'avec les parents) était à peu près multipliée par deux.

Je ne détaille pas comment le service a progressivement acquis les moyens techniques pour faire face à de telles situations, ni les problèmes qu'à posés la formation de l'ensemble du personnel... Au début, nous avons pris en charge de petites détresses respiratoires qui duraient un, deux ou trois jours, et progressivement notre technicité s'est étendue. Pour l'année 1981, nous n'avons transféré à Paris aucun enfant pour d'autres raisons que des maladies cardiaques ou chirurgicales.

E. HERBINET. — Somme toute, votre démarche dont le but était avant tout de réduire les séparations inutiles, a conduit à deux effets apparemment opposés : un accroissement de technicité qui a évité des transferts à Paris, mais aussi une certaine démédicalisation puisque vous avez hospitalisé beaucoup moins de nouveau-nés de petit poids qu'auparavant. C'est sans doute ce deuxième aspect qui s'expose à être le plus critiqué dans le contexte technique actuel, et certains diront peut-être que les enfants de petit poids maintenus à la maternité, puis rentrant rapidement chez eux, risquent d'être moins bien surveillés que s'ils étaient hospitalisés dans un service spécialisé, mis en couveuse et « monitorés [1] » avec de multiples appareils. Certains diront peut-être que, pour éviter des séparations, vous faites courir des risques aux enfants...

J.-C. RISSE. — Le risque, ou plutôt l'aspect médico-légal du risque, ne peut pas être la seule référence de nos actions médicales. On ne passe pas sa vie entière sous un parapluie. Mais de toute manière, je suis persuadé que nous ne prenons aucun risque supplémentaire. Si les prématurés, hospitalisés dans les services spécialisés sont monitorés,

1. Monitorage : surveillance, à l'aide d'une machine, d'une fonction vitale, cardiaque, respiratoire, etc.

c'est, par exemple, parce que l'on craint une apnée secondaire [1] ; or, à ma connaissance — mais c'est une connaissance qui est peut-être critiquable — je ne connais pas d'apnée secondaire sur des enfants bien portants qui pèsent plus de deux kilos. Ce sont les prématurés de petit poids qui peuvent faire des apnées. En pratique, et après tout c'est l'essentiel, nous n'avons jamais eu d'accidents de ce type à la maternité. Je ne crois pas que nous prenions de risque de cette nature.

E. HERBINET. — En soulevant cette question des risques, je jouais à l'avocat du diable car je crois que, maintenir un nouveau-né près de sa mère au lieu de l'hospitaliser en néonatologie pour surveillance, ce n'est peut-être pas seulement un « en moins » possible... On soupçonne, bien qu'on ne connaisse pas tout cela aussi bien que chez l'animal, que le contact avec la mère, le toucher, la voix, les mouvements, les odeurs, n'ont pas seulement des conséquences sur l'interaction, mais aussi sur des fonctions tout à fait organiques : la respiration, la prise de poids, les défenses contre les infections. Quand on raisonne, d'une manière simpliste, en terme de « microbes », on est conduit à mettre l'enfant derrière une vitre... quand on se rapproche de la réalité en raisonnant en termes de relation hôtes-microbes, anticorps familiaux — germes familiaux, c'est-à-dire en terme d'écologie microbienne, on s'aperçoit qu'il est sans doute préférable, quand c'est possible, de maintenir l'enfant à la maternité, dans son milieu familial, plutôt que de grouper plusieurs enfants de familles différentes dans une même crèche.

J.-C. RISSE. — Si je suis persuadé qu'il est intéressant de transférer le moins possible d'enfants vers des centres hyper-spécialisés, ce n'est pas seulement pour éviter les séparations, mais aussi pour des raisons infectieuses. Le Centre des prématurés de Sens, c'est un service où il y a peu d'enfants (ce que nous reproche évidemment l'administration), où il y a peu d'infections, où l'on donne peu d'antibiotiques et où il est remarquable que des antibiotiques qui étaient réputés inactifs à Paris en 1975 sont encore

1. Apnée : arrêt plus ou moins prolongé de la respiration.

efficaces. Les problèmes infectieux y sont tout à fait exceptionnels et, s'il en survient, il suffit généralement de quarante-huit heures d'antibiotiques pour en venir à bout. C'est très différent de ce qui se passe dans certains grands centres universitaires où il y a une concentration de pathologies microbiennes, avec des surinfections et des germes résistants aux antibiotiques. Avoir des petits centres qui se trouvent loin d'une pathologie concentrée, *ça* c'est un avantage majeur.

Deux enquêtes...

E. HERBINET. — À long terme, ces modifications des conditions d'hospitalisation, quels retentissements ont-elles eu sur les enfants ?

J.-C. RISSE. — Au départ, nous avions constaté qu'il existait souvent des difficultés dans les relations entre un petit enfant d'un, deux ou trois ans, sorti du service des prématurés, et ses parents : les coliques des trois premiers mois, les multiples changements de lait dont aucun ne convient, les rhinopharyngites, ou simplement les difficultés, les inquiétudes ou même les paniques des mères.

Pour tenter de mieux préciser cela, une interne du service, Catherine Sur, a repris tous les dossiers des enfants nés entre le 1er avril 1975 et le 1er avril 1976, à une époque qui précédait les changements dont j'ai parlé. Sur huit cents naissances environ, soixante-dix-huit enfants avaient été hospitalisés dans le service des prématurés. Pour des raisons pratiques, nous avons pris pour l'enquête ceux qui habitaient à Sens ou dans un rayon de cinq kilomètres, soit quarante-sept enfants. Outre une étude des dossiers de pédiatrie, ces enfants ont été revus à domicile un an après leur sortie du service.

Parmi ces quarante-sept enfants, on pouvait isoler un groupe de douze enfants qui avaient été ré-hospitalisés sans raison médicale valable (huit cas) soit placés (huit cas) soit les deux à la fois puisque 8 et 8 font plus que 12, soit encore hospitalisés pour une pathologie en rapport avec de mauvais traitements (enfants victimes de sévices [1], deux cas). Je

1. Pour plus de détails sur la fréquence d'une séparation précoce

dis en passant que les placements avaient été effectués par les parents eux-mêmes dans trois cas, mais surtout par la D.A.S.S. [1] dans cinq cas ; c'est un fait important, car certaines affirmations hâtives d'enquêtes sociales sont parfois à l'origine de placements.

Pour ce groupe de douze enfants « à avatars », si l'on remonte à la première hospitalisation dans le service des prématurés, on trouve des différences, qu'il serait trop long de détailler ici, avec le groupe des enfants témoins. Différences dont l'essentiel est une plus longue séparation, une séparation plus rigoureuse d'avec les parents, quelle que soit l'origine de cette séparation, plus petit poids ou autre cause.

C'est pour cela que nous avons, comme je l'ai dit, cherché à faire évoluer les conditions d'hospitalisation.

Après cette évolution, dans une deuxième période, Brigitte Virey a fait une deuxième enquête qui a porté sur les mille enfants nés entre septembre 1977 et décembre 1978. Je ne détaille pas les chiffres mais l'essentiel est que, parmi les enfants hospitalisés dans le service des prématurés, on retrouvait le même pourcentage d'hospitalisations ultérieures inutiles qu'auparavant. C'était évidemment un peu décevant pour nous, qui avions tout fait pour atténuer les séparations parents-enfants hospitalisés, qui avions tout fait pour laisser entrer les parents, favoriser les contacts. Mais ce qui est intéressant, en définitive, dans la comparaison des résultats des enquêtes, c'est que ce même pourcentage d'enfants ré-hospitalisés inutilement portait lui-même sur un pourcentage d'hospitalisations à la naissance considérablement réduit entre-temps. Si parmi les enfants hospitalisés à la naissance, 17 à 18 pour 100 environ étaient ensuite ré-hospitalisés abusivement ou encore placés, et que ce pourcentage était sensiblement le même aux deux époques, la différence essentielle est que l'on hospitalisait, à la naissance, 10 pour 100 de tous les enfants dans la première période et seulement 2,4 pour 100 dans la seconde, *ce qui fait qu'au total, le nombre des hospitalisa-*

dans l'anamnèse des enfants victimes de sévices, voir les articles de Straus et de Kreisler dans « Naître... et ensuite ? » (*Les Cahiers du nouveau-né*, n° 1-2, Stock, 1978, p. 56 et suiv., et p. 37 et suiv. (*N.d.l.R.*)

1. Direction des affaires sanitaires et sociales.

tions secondaires inutiles rapporté au nombre total des naissances a été divisé par quatre environ.

Si tu veux, on peut dire que, dans notre expérience, ce type de prévention affective est plus passé par une réduction importante du nombre d'hospitalisations initiales, à la naissance, que par une humanisation de ces hospitalisations. Cela ne veut évidemment pas dire que ce dernier point n'a pas d'influence ; cela veut simplement dire que, cette éventuelle influence, nous ne l'avons pas constatée par nos enquêtes.

E. HERBINET. — Tu nous montres donc, pour en avoir fait l'expérience pratique, qu'une évolution des conditions de séjour du nouveau-né et de ses parents est possible, dans le sens d'une humanisation. Il me semble intéressant de souligner que cette pratique va un peu à l'encontre d'une certaine mode où tout supplément de technique autour de la naissance est considéré comme étant un bien-en-soi, sans qu'on teste davantage l'hypothèse de départ. Quelles simplifications abusives ! Mais comme certains journaux aiment beaucoup les simplications quelles qu'elles soient, je me dis qu'il est possible que l'on cherche maintenant à définir de nouveaux critères, différents mais tout autant rigides que les anciens, que l'on précise un poids, disons... deux kilos, et que l'on dise : voilà, au-dessous de ce poids *il faut* hospitaliser un nouveau-né dans un service de soins intensifs, mais au-dessus, une telle hospitalisation deviendrait un rapt abusif.

J.-C. RISSE. — Tu sais, les généralisations... je t'ai dit que c'était l'état clinique qui importait ; pas le poids. On a affaire à chaque fois à *un* enfant et à ses parents. Il n'y a pas de rapt abusif, ou plutôt, toute hospitalisation de nouveau-né, si justifiée soit-elle, est *aussi*, toujours, un rapt abusif. En prenant un enfant dans « mon » service, je fais un enlèvement. Il est justifiable et il m'est facile de la justifier en termes de « santé », de « prudence », de « risques », de « mort ». Je justifie si on me le demande. Malheureusement certains parents sont discrets, leur enfant va bien, pour nous, d'autres enfants sous machine nous causent des soucis, alors quand un enfant va bien on a tendance à le mettre dans les bras de ses parents et à s'occuper d'autres choses plus sérieuses. On croit toujours que les gens qui ne

crient pas ne souffrent pas, et que ceux qui se taisent sont satisfaits.

Dans le service les parents arrivent souvent à se plaindre d'une certain nombre de choses aux infirmières, jamais à moi. Certes, mon image peut être celle « du sauveur », mais elle peut être aussi, dans toute son ambiguïté, celle des preneurs d'otages qui sont méchants puisqu'ils prennent votre liberté, mais qui sont gentils aussi puisque indispensables pour négocier la libération. Je me souviens d'une mère dont l'enfant avait été hospitalisé dans le service. Depuis sa sortie elle avait été voir trois pédiatres. Le premier, elle l'avait vu pour des vomissements. Après divers examens et en désespoir de cause il avait été proposé l'hospitalisation. La mère avait dit oui mais n'avait jamais emmené l'enfant à l'hôpital. Elle a consulté un autre médecin pour des insomnies ; on avait prescrit divers traitements mais sans succès. Il avait fini par venir me voir. J'ai pensé alors qu'elle ne m'avait peut-être pas choisi par hasard et je me suis permis de lui dire qu'elle avait peut-être certaines choses à me reprocher. Dans un premier temps elle m'a dit qu'elle ne voyait pas, mais ensuite cela a été un véritable déluge. En l'espace de trois minutes elle m'a dit qu'on lui avait pris son enfant, qu'on ne le lui avait pas fait toucher à la maternité, que quand elle rentrait on se foutait de ce qu'elle pensait, qu'on ne lui donnait des nouvelles que lorsqu'elle en demandait, bref, un vrai règlement de comptes. Bon nombre de parents me disent qu'ils préfèrent la prudence, que l'on garde l'enfant « le temps qu'il faut ». Je leur fais savoir que c'est mon rôle de le dire et que leur rôle à eux c'est de se plaindre que c'est toujours trop long. Eh bien, c'est pénible d'avoir des parents qui me prennent au mot et me téléphonent deux foix par jour pour savoir quand leur bébé sortira. Je crois pouvoir dire que ces parents reprennent leur enfant plus vite.

Maintenant, quels sont les critères du rapt ? Ils sont le fruit de l'expérience. Ils essaient de ne pas inclure mon anxiété et notamment, si je n'ai pas hospitalisé un enfant, la peur qu'un autre médecin le trouve mal et le transfère, me reprochant indirectement mon incompétence. Si j'essaie d'être responsable, j'ai décidé une fois pour toutes d'être incompétent.

Vouloir être compétent quoi qu'il puisse arriver conduit inévitablement à donner systématiquement un pronostic

pessimiste. Il est plus facile d'être pessimiste : on se couvre en cas de pépin et si l'enfant s'en sort, on n'en a que plus de mérite. Mais malheureusement ce pessimisme peut provoquer ce qu'on appelle le deuil anticipé, peut conduire à un détachement des parents qui ne veulent pas investir affectivement cet enfant qu'on dit si menacé. Et s'il vit cependant, ce deuil anticipé peut mettre tout le monde dans une situation émotionnelle bien difficile.

Les questions des parents sous-entendent souvent : « Vivra-t-il ? » Cette question-là, je ne l'entends pas. « Aujourd'hui, il est moins bien, ou bien il est mieux, il a grossi de tant de grammes, on va lui faire ceci ou cela... » Mais demain... Ça je n'en sais rien. Bien sûr, si l'inquiétude est intense pour un enfant qui va manifestement bien, je prends l'initiative de dire que sa survie n'est pas en jeu. Mais il est évident que je suis faillible...

Et si la chaleur de la mère, qui cuit l'enfant plus vite [1], était un privilège dont bénéficieraient les enfants nés plus tôt ? Et si le sens populaire, croyant qu'un enfant né à sept mois de gestation fait preuve d'une vitalité et de dons particuliers, recélait quelque vérité ? En tout cas c'est ce que semble suggérer M. Odent qui rappelle à notre mémoire quelques prématurés devenus de grands penseurs.

Tout mettre en œuvre pour que puisse se poursuivre après la naissance, l'échange déjà instauré pendant la grossesse entre la mère et l'enfant, fût-il prématuré, est depuis longtemps l'un des soucis essentiels à la pratique de M. Odent. Les enfants nés prématurément pourraient, pourvu que leur mère s'occupe bien d'eux, recevoir un surcroît de riches stimulations par rapport à leurs contemporains non encore nés.

La quiétude dans le sein n'a-t-elle pourtant pas aussi ses vertus essentielles ?

1. Voir J. Gélis, dans ce numéro, « Enfant pas mûr, enfant pas cuit ».

Prématurité et créativité

Michel ODENT

Microscope et lunette astronomique. Rotation de la terre. Machine à calculer et calcul des probabilités. Évolution des espèces. Théorie de la relativité. Telles sont les inventions instrumentales et conceptuelles du dernier demi-millénaire sur lesquelles repose notre connaissance actuelle de l'univers. Est-ce un hasard si on les doit au génie de ces prématurés célèbres que furent Galilée, Pascal, Darwin, Einstein ?...

Le concept de prématurité est une clé de la compréhension du phénomène humain. Comparé aux autres mammifères, l'être humain se caractérise en effet par une naissance à un stade d'immaturité neuro-motrice. L'être humain termine sa maturité dans un milieu social ; cela signifie qu'il est soumis à des stimulations sensorielles précoces et intenses, fort variables selon le milieu culturel, et, dans un même groupe humain, d'un individu à l'autre.

Qu'en est-il du bébé né plus tôt que les autres, « né avant terme » ? Tout en sachant que la maturation de son système nerveux obéit à des impératifs chronologiques liés au code génétique, il n'en reste pas moins que la mise en route des fonctions sensorielles est un stimulant essentiel. Ainsi, par exemple, il a été facile de montrer, au moyen de tests très simples (« nystagmus vestibulaire ») qu'à quarante-cinq semaines d'âge conceptionnel les enfants qui ont eu une longue durée de vie extra-utérine ont habituellement une maturation vestibulaire plus avancée.

On conçoit que certains êtres humains nés « avant terme » aient été soumis très tôt à des stimulations senso-

rielles exceptionnellement riches et variées. Cela était possible à une époque où les services de néonatologie n'existaient pas et où les prématurés devaient leur survie à une mère particulièrement vigilante, exceptionellement aimante, c'est-à-dire aussi exceptionnellement stimulante. Parmi les individus né prématurément il y avait vraisemblablement, autrefois, une diversité infiniment plus grande que dans la population habituelle, et, pourquoi pas ? une proportion significativement élevée de « génies ».

Aujourd'hui la prématurité évoque souvent la notion de handicap ou de séquelles. On pense immédiatement à une morbidité plus grande, à un taux significativement plus élevé de consommation médicale et d'hospitalisation, à des troubles de l'affectivité, à d'éventuels retards intellectuels. On pense immédiatement à des statistiques alarmantes, comme cette statistique française selon laquelle parmi les anciens prématurés, il y aurait 50 pour 100 d'enfants battus. S'il y a vraiment parfois un « syndrome de l'ancien prématuré », il s'agit en fait plutôt de séquelles de la séparation mère-enfant, de séquelles de la privation sensorielle à une période déterminante. Le prématuré isolé dans l'incubateur d'une unité de soins intensifs reçoit moins de stimulations kinesthésiques, cutanées, vibratoires, que le fœtus du même âge *in utero*, alors qu'il pourrait en recevoir bien davantage, et sous une forme bien plus diversifiée. Il suffit pour cela de savoir que le bébé n'a pas seulement besoin de chaleur et de lait.

Il suffit de comprendre que toute sollicitation des organes sensoriels, en dessous d'un seuil au-delà duquel cela deviendrait agression, est un apport d'énergie au cerveau (ainsi, lorsqu'un rayon lumineux atteint la rétine, l'énergie lumineuse est transformée en énergie électronique au niveau du nerf optique, puis en énergie chimique au niveau de la synapse, et ainsi de suite...).

Il suffit, dans un premier temps, d'oser mettre l'incubateur dans la chambre de la mère. Toute mère comprend très vite ce qu'est un incubateur : une caisse en verre et un thermostat. Lorsque le bébé prématuré et la mère ne se quittent jamais, ni le jour ni la nuit, on est surpris de constater avec quelle rapidité la mère et son bébé deviennent autonomes vis-à-vis du personnel hospitalier. La mère acquiert très vite une parfaite connaissance de son bébé, et

si, soudain, apparaît quelque chose d'inhabituel ou d'anormal, elle est toujours la première à s'en apercevoir. Un chauffage d'appoint permet de surchauffer la pièce et encourage la nudité de la mère. Cela encourage aussi les sorties de couveuse. Grâce à la couveuse, une couche et une petite couverture sont maintenues chaudes en permanence et enveloppent le bébé lors de ses sorties. Ainsi le bébé peut passer beaucoup de temps dans les bras de sa mère qui le touche, le caresse, le berce, lui parle, le regarde, l'habitue à se propre odeur, à ses propres microbes, lui donne le sein, le nettoie. En fait, bien des mères tendent à utiliser le moins possible la couveuse et à garder le plus possible le bébé dans leur lit. Les plus petits que nous ayons « omis » d'adresser à un centre de prématurés pesaient un kilo six cent cinquante ; il s'agissait de deux jumeaux de même poids. Jamais la mère et les bébés n'ont été séparés pendant la durée du séjour à l'hôpital..., sauf pendant une heure, le temps pour la mère de faire quelques courses en ville. Cette courte séparation fut vécue comme un événement, soigneusement préparé et longuement prémédité...

Nous n'avons jamais été obligés d'envoyer secondairement en pédiatrie des bébés de moins de deux kilos et demi que nous avions initialement décidé de garder. Bien plus, nous sommes à chaque fois surpris par la rapidité des progrès. Il nous paraît évident que bien des désordres métaboliques fréquemment observés chez les prématurés et corrigés par des perfusions ne sont en fait que la traduction d'un déséquilibre global lié à l'absence de stimulations sensorielles, c'est-à-dire à la séparation mère-enfant. La mère et le nouveau-né acquièrent une telle connaissance mutuelle, lorsque la cohabitation est constante, que la sortie de l'hôpital va de soi lorsque le bébé pèse environ deux kilos quatre cents. Nous aurions beaucoup à apprendre de la part des femmes qui ont longtemps cohabité avec leur bébé prématuré. Ainsi une jeune mère avait étudié, au jour le jour, l'évolution de la forme du pavillon de l'oreille de son bébé !

En fait des obstacles pratiques ne sont pas rares. Par exemple, certaines mères de plusieurs enfants n'ont pas la possibilité ou refusent à priori de rester plusieurs semaines à l'hôpital. Il faut parfois ruser un peu avec les caisses d'assurances pour qu'elles prennent en charge l'hospitalisation de la mère pendant plus de douze jours... Mais le

coût pour la société d'un séjour prolongé du bébé dans une unité de soins intensifs serait bien plus élevé !...

Ces difficultés pratiques sont en fait liées à notre manque d'audace. Nous n'avons pas encore osé supprimer complètement l'incubateur, tout en sachant que l'environnement microbien, à l'intérieur d'une caisse en verre chaude et humide, est fort différent de ce que sera l'environnement microbien habituel, et tout en sachant aussi que le bruit de fond du moteur et l'isolement par du verre ne peuvent que masquer les stimulations sonores qui ont une signification, c'est-à-dire avant tout la voix de la mère. Nous n'avons pas encore osé renvoyer le bébé prématuré à la maison à l'âge d'un ou deux jours, en donnant pour seule consigne à la mère de ne jamais le quitter, ni le jour ni la nuit, de garder en permanence avec lui un contact étroit de corps à corps. Il est possible que notre rencontre avec le pédiatre colombien Edgar Rey [1], lors d'un voyage à Bogota, nous aide à l'avenir à franchir une nouvelle étape.

Les incidences d'une telle attitude vis-à-vis du prématuré ne peuvent pas encore s'exprimer en langage statique. Les exemples ne sont pas encore assez nombreux. Le recul est insuffisant ? Nous pouvons simplement souligner que parmi les quarante-huit bébés de moins de deux kilos et demi, nés au cours de ces quatre dernières années et gardés auprès de leur mère, aucun n'a été hospitalisé ultérieurement.

Et que deviendront ces prématurés dans vingt ans ? dans trente ans ?

1. Edgar Rey Sanabria, dont nous publions dans ce numéro la traduction d'un article p. 197.

L'équipe de l'hôpital Port-Royal occupe aujourd'hui une place particulièrement exposée au sein du dispositif médical destiné à soigner les prématurés en difficulté. Elle accueille, avec d'autres équipes, ceux qui sont le plus gravement atteints. Sauver l'enfant, nous dit O. de Bethmann, est bien sûr l'objectif prioritaire ; mais cela ne saurait suffire ; il faut encore que cet enfant, s'il est sauvé, trouve ensuite, comme tout autre enfant, sa place parmi nous ; il faut, pour cela, faire équipe avec les parents.

On serait tenté de penser que ces parents-là ne sont pas des parents ordinaires, que déjà auparavant ils avaient plus de difficultés que d'autres à organiser leur vie ; cependant, ne doit-on pas aussi considérer les effets « affolants » pour les parents, et pour tout le monde d'une certaine manière, de cette bouleversante réalité : non seulement un enfant tout petit, mais surtout un enfant qui va mal, qui va peut-être mourir ? Nous ne pouvons probablement pas, dans ces conditions, nous faire une idée exacte de la personnalité antérieure des parents, ni d'ailleurs de la manière dont ils se réorganiseront ensuite, longtemps après.

Accueillir et informer

Odile de BETHMANN *

Si pour certains un prématuré n'est qu'un enfant simplement né avant terme, qui n'a besoin que d'un peu plus de précautions pour commencer sa vie, un peu plus de chaleur parce qu'il se refroidit vite, un peu plus de temps pour savoir bien le nourrir car il tète lentement et se fatigue, pour nous qui travaillons dans l'unité de soins intensifs pour nouveau-nés de Port-Royal, c'est d'abord un enfant en *danger de mort*. On a l'habitude de dire que, s'il ne nous avait pas été adressé, il n'aurait pas pu vivre ; nous sommes les super-magiciens qui, avec des machines perfectionnées, permettent au miracle de s'accomplir : combattre et vaincre la maladie mais aussi permettre la survie d'enfants à la limite de la viabilité. Un prématuré sans problème ou assez gros pour se « débrouiller » tout seul, nous ne savons pas ce que c'est. Nous nous occupons de tous ces enfants qui ont souffert, qui sont infectés, qui ont saigné et qui ne s'en sortiraient pas sans la panoplie des soins intensifs. Seuls les prématurissimes sont parfois indemnes de toute pathologie quand ils arrivent chez nous, mais leur très grande prématurité les expose à des risques multiples et à des besoins pour lesquels il semble qu'il soit nécessaire de les mettre, pour quelque temps, dans des centres comme les nôtres.

Le service est en *alerte permanente* liaison avec le S.A.M.U. et avec les maternités à « haut risque », toutes

* Pédiatre au service de néonatologie à l'hôpital Port-Royal, Paris.

voisines. Nous n'entendons parler que de grossesses « acrobatiques » et d'enfants « précieux ». Ce haut risque qualifiant les grossesses, cataloguant les mères, justifie le prolongement classique du passage de l'enfant dans notre service qui est à la fois terrifiant et nécessaire. Bien des femmes, bien des couples, n'auraient pas pu avoir d'enfants s'ils n'avaient bénéficié de la science médicale appliquée par des obstétriciens et des pédiatres dans des centres très spécialisés et bien équipés. Mais quel en est le prix ? Comment s'y retrouver ? L'enfant est-il celui de la science et des techniques, bébé-éprouvette sans éprouvette, ou est-il comme un autre celui d'un homme et d'une femme ?...

Peut-on être comme un autre quand on est né par césarienne, qu'on a été réanimé, aspiré, intubé, ventilé, cathétérisé, perfusé, transfusé... dès les premières minutes de vie, qu'on a été arraché à sa mère sans même le temps d'une caresse, et que transporté par des mains expertes dans une ambulance spécialisée, on se retrouve pris en charge par une équipe qui, pour votre bien, continuera les manipulations nécessaires à la survie dans de bonnes conditions d'homéostasie, pour avant tout préserver le cerveau ?

Peut-on être comme un autre quand on est tant désiré par une mère qui a terriblement besoin de se prouver qu'elle peut donner la vie au détriment, parfois, d'un autre équilibre qui ne lui convenait plus ?

L'histoire de ces prématurés qui arrivent chez nous est longue et lourde : naissance difficile bien souvent, grossesse très médicalisée car pleine d'embûches, mère « à problèmes », père parfois assez inexistant ; nous sommes loin du rêve idéaliste du bel enfant souhaité, conçu, préparé, terminé, et mis au monde dans un climat d'amour et de joie. L'histoire de nos enfants et de leurs parents parle d'échec, de déception, de blessure narcissique et d'angoisse. Le tableau est sombre, il fait partie de notre vie quotidienne dans le service : et si, en fin de compte, on peut effacer un coin bien noir en rendant aux parents un enfant en bon état, cette armada de techniques me semble alors justifiée, à condition qu'avec les parents nous fassions le trajet ensemble. Cette connivence, cette compréhension et cette confiance mutuelle me semblent d'autant plus indispensables que le chemin est plus cahotique.

Qu'en restera-t-il plus tard pour l'enfant et pour ses parents ? Une cicatrice indélébile de mauvais géniteurs et d'enfant *pas comme les autres ?* Pour un trop grand nombre c'est malheureusement le cas ; et, si les séquelles de la prématurité ne sont de loin plus ce qu'elles étaient autrefois, puisqu'elles ont diminué à la fois en nombre et en gravité, il n'en reste pas moins vrai que le vécu parental a une grande part de responsabilité dans les troubles du comportement de certains de ces enfants.

Existe-t-il un choix ? Notre détermination est de nous occuper de ces enfants qui n'auraient pas dû vivre, et de ces parents qui n'auraient pas pu avoir d'enfant vivant. Nous essayons de le faire à travers toutes ces techniques de pointe, avec le double souci constant d'être le moins agressif possible dans une efficacité optimale pour l'enfant, et d'avoir avec les parents une attitude honnête, dans l'information que l'on peut donner, mais aussi dans l'écoute...

Encore une fois, il ne sera question ici que du prématuré malade, ou du très petit, pesant moins de mille cinq cents grammes : ces derniers constituent un tiers de notre recrutement. On en sauve à partir de cinq mois et demi, c'est vrai, et ils pèsent alors bien moins de mille grammes...

Cela n'arrive pas qu'aux autres...

Récemment une de nos propres infirmières, travaillant depuis plusieurs années dans le service, s'est trouvée du côté de ces parents meurtris et angoissés.

Après une période, qu'elle-même et son compagnon ont trouvée très longue, de stérilité et de fausses couches, et après un traitement par induction de l'ovulation, elle était enfin enceinte : des jumeaux. Joie. Précautions au départ. Surveillance régulière par l'équipe obstétricale et repos. Peu à peu les difficultés de départ s'estompent ; tout se passe si bien qu'elle reprend son travail et qu'elle le fait avec un souci de perfection particulier. À peine à trente semaines, c'est la rupture de la poche des eaux : l'accouchement en « catastrophe », comme on a l'habitude de le dire, d'une petite fille et d'un très petit garçon. La petite fille va mourir d'infection au bout de quelques heures, le petit garçon va vivre, et bien vivre, malgré son tout petit poids:

mille grammes. Sa mère pleure, passe une grande partie de ses journées auprès de lui, s'en occupe, surveille tout, n'arrivant pas à faire confiance à cette technique qu'elle connaît trop bien. Que de semaines à douter, à redouter de trouver dans le cahier d'observation ou sur la pancarte une information qui alimenterait son inquiétude, que de questions refoulées ! Elle tire son lait qu'elle donne à son bébé chaque jour ; peu à peu les tuyaux, les instruments se raréfient autour de son enfant. Elle sait que le cerveau de son fils n'a jamais donné de signes inquiétants et, plusieurs semaines s'étant écoulées, sa confiance s'étant renforcée, elle met son bébé au sein, dans le service... Revanche sur l'échec de départ, joie profonde et, enfin, début d'une vraie détente. Pourquoi tout cela, pourquoi cette mère particulièrement informée n'a-t-elle pu mener à terme sa grossesse ? Il m'arrive souvent de m'interroger sur les vraies raisons de la prématurité, avec ce sentiment que ce que nous qualifions, trop rapidement, de négligence de la part des parents et/ou du corps médical, cache peut-être une *difficulté* beaucoup plus *complexe* à se retrouver dans un rôle simple de père et mère.

Pourtant, il est certain que le *contexte parental* est, en ce qui concerne notre population d'enfants, le plus souvent particulier : mères célibataires très jeunes ou âgées, toutes mal préparées ou non prêtes pour une maternité — les premières, ne serait-ce que parce que la grossesse est inopinée et l'enfant non désiré dans un contexte psychosocial difficile, les deuxièmes parce que leur corps est moins adaptable et que cette situation est souvent à la fois refusée, et désirée-refoulée pendant des années.

Il y a aussi ces longues histoires de stérilité, de fausses couches, d'enfants prématurés décédés dans les premières heures, de mort-nés, de pathologie maternelle grave (diabète, hypertension, rhésus, insuffisance rénale...), ces mères à part qui portent déjà, comme une chape, leur lourd cortège de difficultés sociales, psychologiques, médicales, mais qui, pour la plupart, sont très décidées à avoir quand même un enfant. Acharnement, enfant-solution, enfant-consolation...

Il était, je pense, utile de rappeler ce contexte pour tenter d'expliquer notre démarche.

Ainsi, un tout petit enfant, très fragile ou malade, arrive dans notre service, transporté avec précautions par des

équipes spécialisées qui l'ont pris en charge dès sa naissance : passation de pouvoirs de cette équipe à la nôtre ; la mère est absente, *le père* est parfois là, mais ne peut que remplir un rôle administratif d'informateur. Il a le sentiment d'être impuissant à modifier le cours des choses, comme *dépossédé* de son rôle de père, et il n'arrive pas toujours à verbaliser ce qui est sa préoccupation essentielle du moment : mon enfant va-t-il survivre, sera-t-il normal ? Ne le faites pas vivre à tout prix ! On lui répondrait d'ailleurs qu'il est trop tôt pour se prononcer et qu'il faut attendre... Ainsi, toute une semaine va s'écouler ; le couple est séparé, la mère à la maternité reçoit des nouvelles de son enfant par téléphone, ou par le père ; elle a toujours l'impression qu'on les filtre ces nouvelles, qu'on ne lui dit pas tout ; ce qui est souvent vrai étant donné le souci qu'a l'informateur de la ménager et d'éviter de la traumatiser inutilement à cette période où elle est particulièrement fragile et où l'incertitude concernant l'avenir de l'enfant est majeure. *Période aiguë*, période critique. Le père rentre dans le service, découvre son enfant si petit perdu au milieu des tuyaux et des machines, avec leur bruit régulier, répétitif, lancinant, avec les chiffres qui s'inscrivent, avec les lumières qui clignotent et parfois la sonnerie insistante et aiguë de l'alarme qui mobilise immédiatement l'équipe responsable.

Le père, en salle dite de « réa », est intégré à cette ambiance de stress permanent, les enfants étant à cette période entre la vie et la mort, la vie dépendant, entre autres choses, du bon fonctionnement et du réglage adapté de la machine. Certains pères sont obnubilés par les chiffres inscrits sur la pancarte, comme la mère plus tard le sera par le poids.

Il n'est pas sûr que cette participation précoce du père soit toujours souhaitable. Certains d'entre eux ont pu me dire plusieurs mois ou années après, en m'amenant leur enfant en consultation, combien ils avaient été traumatisés, choqués par cette vision de leur enfant dans un environnement aussi technique et déshumanisé. Ils auraient préféré ne pas voir, ne pas savoir, ne pas avoir connu cette angoisse qui remonte encore par bouffées si longtemps après ; ils auraient voulu croire simplement au miracle de la vie...

Une des difficultés inhérentes à la présence des parents dans le service est la nécessité dans laquelle ils mettent

l'équipe soignante de se rendre disponible afin de répondre aussi bien que possible à leurs questions, avec le souci de leur donner une information qui ne déforme pas la vérité tout en laissant *place à l'espoir ;* sinon, la situation serait intolérable.

Sachons donc *respecter, sans créer d'obligation*, le désir des parents : ne pas leur imposer d'entrer voir leur enfant s'ils ne s'y sentent pas prêts, ne pas les juger, attendre ; il me semble qu'il faut respecter autant l'hésitation du père à ce moment-là que celle qu'il manifeste lorsqu'on lui propose d'être présent au moment de l'accouchement ; sa participation, souhaitée par l'équipe médicale, ne doit pas être vécue par lui comme un piège où il serait pris en défaut de non-savoir.

Si la *mère* a accouché à Port-Royal, ce délai d'une semaine n'existe pas : le père n'est plus seul, elle peut l'accompagner ou venir sans lui, quand elle le désire, et dès que son état de santé le lui permet. La séparation d'avec son enfant n'est que partielle, mais le drame est bien présent à chaque instant : cet enfant qu'on lui montre est si différent de celui qu'elle avait imaginé : elle le trouve laid, petit, elle n'arrive pas à le reconnaître comme étant le sien et, lorsqu'elle retrouve sa chambre en maternité quelques minutes plus tard, le berceau est vide... Où est la réalité de son enfant ?

On sait bien la violence du remaniement que cet événement impose à la mère dans sa vie fantasmatique, d'autant plus que l'accouchement prématuré survient la plupart du temps brutalement, dans une atmosphère d'angoisse et de précipitation, rendant impossible toute « préparation à l'accouchement ».

À l'accouchement mal vécu, souvent difficile, à l'anesthésie parfois nécessaire pour une manœuvre obstétricale ou une césarienne empêchant la mère de *voir naître* son enfant, succèdent une réanimation pour l'enfant, puis une séparation mère-enfant aussi brutale que la naissance elle-même. La mère vit alors un double deuil : deuil de l'enfant qu'on lui retire et deuil anticipé parce qu'elle n'arrive pas à croire qu'il vivra. Il n'y a pas, je crois, plus terrible *blessure* pour une femme que de se sentir incapable de mettre au monde un enfant « normal ». Or cet enfant prématuré est inachevé, fragile, voire malade... elle ne peut faire aucun projet pour lui. Va-t-elle même pouvoir s'y

attacher, et le faut-il, de peur que la douleur soit plus grande après, s'il arrivait quelque chose... ?

Il aurait mieux valu qu'il n'existât jamais, cet enfant : quel vide elle ressent ! il n'est pas dans un lit à côté d'elle, elle ressort de la maternité sans rien dans les bras, à la maison rien n'est changé, il n'y a pas de lettres ni de coups de téléphone de félicitations, il n'y a que des mots de consolation, d'apaisement, toute joie exclue : c'est aussi un échec social !

Cette blessure narcissique est extrêmement grave et mettra la plupart du temps des années à se cicatriser.

Si, en plus, la mère n'a même pas vu son enfant au moment de l'accouchement et qu'elle apprend à son réveil qu'il a été transporté dans un service de réanimation, le risque de désordre psychique est plus grand encore allant même jusqu'à parfois un état confusionnel grave où la réalité de la naissance ne peut trouver sa place.

Et l'enfant ? Comment vit-il sa naissance, les manipulations, les agressions répétées qui vont suivre, l'absence de contact maternel, le monde clos de l'incubateur, les multiples bruits environnants, la lumière permanente, les sollicitations presque constantes, les stimulations trop souvent douloureuses ? Quel impact sur le développement psychique de l'enfant tout cela peut-il avoir ? Cette recherche d'homéostasie indispensable pour laquelle des techniques de pointe sont requises, ainsi qu'un équipement, s'accommode mal de ce qu'on imagine du « maternage ».

La mère est irremplaçable, n'est-ce pas ! Un incubateur à la place d'un utérus, et la chaleur, le contact charnel, le plaisir du sein, remplacés par le souffle chaud, les vibrations de l'isolette, les bruits de machines, les sondes, la lumière partout, et surtout toutes ces mains différentes qui ne peuvent avoir la douceur de celles de sa mère.

Il a mal, on n'arrête pas de l'ennuyer ; il est impossible qu'il n'en garde pas quelque chose pour l'avenir...

Il est là, très petit, très fragile, totalement dépendant, dans un service de soins intensifs, de réanimation ! et il semble qu'il soit impossible de faire machine arrière : cela aussi peut paraître intolérable pour des parents. Il est trop tard pour remettre en question ce qui s'est passé avant. Ils vont devoir *apprendre à connaître* ce petit être inachevé qu'une équipe supermédicalisée essaie de faire vivre en préservant son cerveau avant toute chose.

Ce cerveau, on en parle aussi sans arrêt, et la demande des parents, plus ou moins explicitée, est qu'on ne s'acharne pas s'il y a pour leur enfant risque de handicap cérébral. Il est au centre des préoccupations de l'équipe médicale, autant que des parents. On parle du comportement de l'enfant, de l'E.E.G., de P.L., de Scan et même d'écho [1]. Autant de points de repère auxquels les parents sont particulièrement attentifs.

Avec les jours, les semaines qui passent, l'espoir se renforce et l'idée d'un enfant normal n'est plus exclue.

L'enfant n'est plus dépendant des machines, il est plus éveillé, plus présent. On peut le prendre, le sortir de l'incubateur pour sa toilette, lui donner son gavage puis son biberon, on peut le câliner, le promener.

Pour faciliter les contacts, dès que possible, l'enfant est mis en berceau chauffant, en lit, dans une partie plus calme du service. C'est pour son confort qu'on évite les gestes agressifs, superflus, et qu'on se limite à l'essentiel, qu'on baisse les lumières, qu'on parle doucement quand il dort, qu'on essaie de respecter le plus possible son rythme de sommeil, qu'on prend son temps pour les biberons, pour les changes, pour le bain, et qu'on se laisse aller à le câliner dans un fauteuil à bascule.

Il a droit comme un autre au plaisir, aux caresses qui l'apaisent, à la voix qui le réconforte. Comme on ferait avec un autre.

De même, les brassières de l'Assistance publique sont remplacées par des vêtements personnels ou prêtés, de couleur. La tétine est donnée pour calmer mais aussi pour son plaisir et la *mise au sein*, quand elle est possible, est favorisée dans le service pour la joie de l'enfant, de sa mère, mais aussi de toute l'équipe.

Le *pourcentage de survie* chez les plus petits prématurés et les plus malades a considérablement *augmenté* ces dernières années avec, parallèlement, et en sens inverse, une *diminution* spectaculaire *des séquelles*, tant en nombre qu'en gravité. Cela est le reflet d'une réel effort de prévention et d'une meilleure articulation obstétrico-pédiatrique. Malheureusement, on constate encore trop souvent

1. E.E.G. : électroencéphalogramme ; P.L. : ponction lombaire ; Scan : scanner ; écho : échographie cérébrale.

chez certains parents, même si leur enfant va bien, une impossibilité à se sortir du contexte angoissant et blessant de la prématurité.

Il semble que les *troubles relationnels* parents-enfant soient en fait plus fréquents que les séquelles organiques. D'où l'effort absolument nécessaire pour une recherche et une remise en question constante du type d'aide que l'on peut apporter à ces familles. On pourrait en résumer ainsi l'essentiel :

- *Informer* toujours et très tôt. Même si on ne peut jamais prétendre donner un pronostic exact et que l'on sait que le partage de la connaissance est à la fois apprentissage d'amour et source d'angoisse...
- Permettre à la mère de *voir* et de *toucher* son enfant à la naissance avant qu'il ne soit transféré.
- *Ne jamais laisser* un père et une mère *seuls* auprès de leur enfant « objet » de soins intensifs, surtout la première fois ; les mères sont souvent déçues du premier contact ; choquées par le contraste entre la très petite taille de l'enfant et l'importance de la machinerie, elles n'osent pas le toucher par peur de lui faire mal, de lui apporter des microbes ou de débrancher l'appareil.
- *Expliquer* que les *instruments* sont là pour l'*aider* à vivre sans s'épuiser (ce qui est le cas du respirateur artificiel) et pour le surveiller : que ce soit le cardio-respirographe, l'enregistrement de la concentration sanguine en oxygène, la surveillance de la température, de la tension artérielle ou l'électro-encéphalogramme ; l'échographie cérébrale complète le tout plus ponctuellement ainsi que toutes les données biochimiques et bactériologiques inscrites sur la pancarte.
- *Accepter sans condamner* que les parents expriment plus ou moins difficilement le souhait de mort et de guérison presque simultanément ainsi que leur agressivité vis-à-vis de cette équipe médicale responsable de la vie de leur enfant à leur place, eux qui ont été incapables de mener à bien leur œuvre. Dans certains cas, des discussions en groupe permettent de « repérer » les parents plus vulnérables et plus fragiles qui devront faire l'objet d'une attention et d'une aide particulières ; il faut donner au moins l'occasion à ces parents de pouvoir verbaliser leur angoisse et leurs réactions agressives ; ces réflexions nous apportent

aussi le soutien dont nous avons besoin pour éviter le rejet de certains d'entre eux catalogués par exemple comme mauvais parents lorsqu'ils donnent l'impression de se désintéresser de leur enfant en ne venant pas le voir. Il ne faut pas que cette possibilité qu'on leur donne se transforme en obligation ; ils ne sont peut-être pas prêts à assumer une telle responsabilité... Respectons leur rythme et leur comportement, même s'il nous paraît irrationnel.

À travers ces tensions dues au côtoiement quotidien de la maladie et de la mort, le travail ne peut être que celui d'une équipe : équipe médicale soudée, mais aussi équipe avec les parents.

- Permettre aux parents qui le désirent de *participer* à certains *soins :* la *technique* est ainsi *démystifiée*, moins effrayante. Mais jusqu'où peut-on aller ? Les parents donnent le biberon, assurent les soins de toilette, parfois apprennent à « gaver » et à « kinésier » leur enfant, ce qui leur permet de le récupérer beaucoup plus tôt et de moins redouter les difficultés du retour à la maison.

Ainsi, favoriser les contacts, expliquer les gestes et les appareils, informer sur l'évolution, privilégier le rôle du père, précieux médiateur des premiers jours, favoriser l'allaitement constituent une nécessité pour essayer de prévenir les trop fréquentes difficultés relationnelles qui peuvent se traduire plus tard soit par une mésentente du couple aboutissant à son éclatement, soit par des troubles du comportement plus ou moins graves de l'enfant, ou même par des sévices que les parents font subir à l'enfant (on connaît la fréquence des enfants battus parmi les anciens prématurés).

L'aide, c'est aussi les parents entre eux qui se la donnent. La *solidarité* s'instaure souvent dans les boxes de convalescents, dans cette partie plus calme et plus détendue du service où ils savent qu'on a mis leur enfant parce qu'il va mieux.

L'*espoir* reprend, alors, toute sa place et toute sa force. C'est encore plus vrai après, lorsqu'ils se retrouvent dans la salle d'attente des consultations ; ils sont de connivence, ils ont vécu des drames proches et n'ont aucune honte à les évoquer entre eux, ce qu'ils font parfois même plus facilement qu'avec les membres de l'équipe soignante. C'est ainsi qu'il y a quelques mois j'ai demandé à une mère

dont l'enfant avait subi une intervention en neurochirurgie pour début d'hydrocéphalie, de m'aider dans mes démarches d'information auprès d'une autre mère dont l'enfant était dans une situation équivalente. La technique est passée au second plan ; elles ont parlé des difficultés à accepter cette nouvelle agression que représente un acte chirurgical, de celle de basculer dans un milieu chirurgical, du risque redouté de l'acte lui-même, de l'incertitude quant à l'amélioration qui devait en découler pour l'enfant, de la détresse enfin d'avoir fait un enfant inachevé, malade, pas comme les autres et d'en porter le poids pendant si longtemps... de tant de patience et de courage nécessaires pour supporter tout cela...

Pour les parents, nous devons, bien sûr, être compétents, mais nous devons aussi être à l'écoute de leur détresse et être disponibles pour essayer de leur donner l'information qu'ils attendent. Car leur enfant a *droit à la normalité.* Même s'il est né trop tôt, même s'il a été malade, il a droit, pour lui, pour ses parents, à la normalité, c'est un enfant *comme tous les autres.*

Comment la question de la prématurité est-elle aujourd'hui posée dans d'autres pays que le nôtre ? Pour en témoigner, nous donnons ici la traduction d'un article qui nous vient de Bogota. Dans ce texte, le professeur Edgar Rey Sanabria, nous décrit le terrible danger constitué dans son pays par le risque infectieux en milieu hospitalier. Il nous donne sa réponse : confier l'enfant à sa mère, quel que soit son poids de naissance, s'il ne présente pas de pathologie associée. Le résultat apparaît, spectaculaire.

À l'autre bout du monde accueillir le prématuré *

Edgar REY SANABRIA **

Ceux qui travaillent dans les services de néonatologie connaissent bien la fréquence élevée dans les milieux hospitaliers, des infections dont les soins s'avèrent souvent difficiles et qui sont à l'origine d'une importante mortalité. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les prématurés en raison de cette façon occidentale de les « isoler », afin d'éviter qu'ils ne s'infectent.

Nous voulons rapporter ici les résultats cliniques et les expériences d'une prise en charge différente de celle habituellement pratiquée vis-à-vis des prématurés et qui se rapporte à deux groupes distincts. Le premier groupe est constitué par des enfants présentant une pathologie nécessitant l'hospitalisation. Le second est formé par des enfants sans problème particulier, en bon état général, dont la prise en charge a pu se faire de manière ambulatoire, suivis en consultation spécialisée.

Puisque la base de ce changement de conduite était, d'une part, l'alimentation naturelle à l'hôpital et chez eux, d'autre part, le maintien de la relation mère-enfant dans les deux situations, nous présenterons une analyse comparative des caractères nutritionnels et immunologiques du lait de femme et du lait de vache ainsi que les aspects fondamentaux de l'interrelation affective mère-enfant.

* Traduction de l'espagnol par L. Le Vaguerèse, en collaboration avec le docteur Vargas.

** Professeur de pédiatrie, médecin-chef de néonatologie et de pédiatrie à Bogota.

Antécédents historiques

Dans son livre intitulé *L'Allaitement ?* publié en 1907, Pierre Budin préconisa le premier que les mères de prématurés soient invitées à participer étroitement à l'alimentation et aux soins de leur enfant. Ainsi écrit-il dans cet ouvrage : « Hélas ! un grand nombre de femmes abandonnent leur enfant, dont elles ne peuvent assurer les soins et vis-à-vis duquel elles perdent tout intérêt. La vie de l'enfant est sauvée mais, par la même occasion, il a perdu sa mère. »

Il encourageait donc les mères à allaiter leurs enfants *et il leur conseillait même d'allaiter d'autres enfants nés à terme pour ainsi augmenter la sécrétion du lait.*

Ce fut, paradoxalement, l'un de ses disciples, Martin Cooney, qui développa les premières unités d'accueil et de soins aux nouveau-nés, dans lesquels étaient élevés les prématurés et où les parents n'avaient pas le droit de pénétrer. Cooney reconnaissait que, malgré les succès de son entreprise, il avait souvent des difficultés pour convaincre les parents de reprendre leur enfant.

Une grande partie des méthodes de Cooney fut reprise dans les premières salles de prématurés du monde occidental. Le taux élevé de mortalité conduisit les médecins à rendre encore plus strict l'isolement, en interdisant totalement les visites et l'alimentation maternelles.

Depuis 1923, date à laquelle l'hôpital Sarah-Morris de Chicago et son centre de prématurés virent le jour, fut appliqué un peu partout un règlement standard, imposant l'isolement strict.

Imitant les hôpitaux des États-Unis, l'Institut maternel et infantile de Bogota maintint dans l'ensemble, jusqu'en 1977, les normes tendant à isoler la mère de son enfant, l'empêchant de le connaître, de l'alimenter et de le caresser, au cours des premiers mois de sa vie. Les pédiatres qui ont travaillé pendant cette période peuvent témoigner de l'impression éprouvante qu'ils ont ressentie alors, dans ces salles d'isolement toujours insuffisantes pour héberger le nombre sans cesse croissant de prématurés infectés dont

beaucoup mouraient. Préoccupés par ce taux élevé de mortalité d'origine infectieuse, nous avons alors décidé, plutôt que de nous lancer dans une surenchère chimiothérapique, de revenir à l'ordre naturel et ceci, tout d'abord, en instituant comme « normale », c'est-à-dire ce qui doit être la règle, que les femmes allaitent leurs enfants nés prématurément. Bien sûr, cette transformation ne s'opéra pas sans quelques difficultés, d'une part, avec les autorités responsables de l'hôpital et, d'autre part, avec le personnel dont il s'agissait de modifier les habitudes ancestrales.

Un certain nombre d'arguments nous ont conduits pourtant à tenir ferme sur ce principe, et en particulier des données de caractère nutritionnels et immunologiques. Ces données nous font penser que, de ces deux points de vue, le lait maternel constitue un aliment et un élément de protection contre l'infection indispensables et irremplaçables [1].

À ces données de caractère biologique nous devons ajouter la dimension affective de l'allaitement. L'enfant qui vient de naître dépend complètement de sa mère en ce qui concerne ses besoins émotionnels et physiques, pour lesquels l'affection maternelle se révèle nécessaire à la croissance et au développement harmonieux. La relation de la mère avec son enfant débute dès la conception et se poursuit tout au long de la grossesse. Au moment de l'accouchement, on doit permettre à la mère de voir, de toucher, de s'occuper de l'enfant. La manière dont le contact s'établira entre la mère et l'enfant à cette occasion se révèle fondamentale en ce qui concerne la qualité de la relation affective entre ces deux êtres.

Klaus et ses collaborateurs ont montré qu'un contact précoce favorisait l'attachement de la mère à son enfant. Dans ces conditions, il est clair que la séparation du prématuré pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois, comme cela se produit actuellement encore dans nos hôpitaux, est responsable d'un accroissement de l'abandon des enfants, du désintérêt plus ou moins accentué de leurs parents pour ces derniers. La prise en considération de ces données a conduit à modifier l'accueil du prématuré. Kennel et Marchal pensent par ailleurs que la séparation au

1. Pour plus de détails en ce qui concerne ce problème se reporter aux différents articles du numéro des *Cahiers du nouveau-né*, « D'amour et de lait », n° 3.

cours de la période néonatale est une des causes principales du déficit de croissance : un grand nombre de prématurés qui retournent à l'hôpital présentent ce type de déficit de croissance sans cause organique décelable. Parmi les anciens prématurés on trouve également beaucoup d'enfants présentant un certain nombre de signes pathologiques, organisés ou non en syndrome : syndrome de l'enfant vulnérable, syndrome de l'enfant maltraité ou battu, auxquels nous rajouterons le syndrome de l'enfant abandonné que nous observons fréquemment dans les services de néonatologie de nos hôpitaux.

En ce qui concerne l'administration du lait maternel, au départ nous tâchions de récolter le maximum de lait, puis nous le répartissions entre les enfants les plus petits. Notre but n'était pas alors d'apporter à ces enfants l'apport calorique et protéique qui leur était nécessaire, mais de leur fournir fondamentalement les défenses naturelles susceptibles de les protéger des terribles diarrhées du nourrisson, point de départ habituel des infections du prématuré. Actuellement nous disposons d'une salle qui sert à l'allaitement maternel et où les infirmières puéricultrices amènent le nouveau-né si les conditions le permettent afin qu'il soit alimenté par sa mère deux ou trois fois par jour. Si l'enfant ne peut pas être transporté, nous apprenons à la mère à extraire son lait par pression digitale, après qu'elle s'est soigneusement lavé les mains. La mère recueille son lait dans un biberon préalablement stérilisé, ce qui permet d'administrer celui-ci très rapidement à l'enfant. Nous cherchons, par ce mode de fonctionnement, à préserver l'enfant de l'altération du facteur immunologique et à nous prémunir des risques d'infection.

Nous devons signaler que Myron et ses collaborateurs, de l'université de Californie, ont noté un taux important de contamination au niveau des tire-lait (jusqu'à un million de colonies par millimètre, en particulier des staphylocoques dorés et des pseudomonas). C'est pour cette raison que nous préconisons l'extraction manuelle lorsque le nouveau-né ne peut pas directement boire au sein. De cette manière on évite la nécessité de la stérilisation, procédé qui diminue le contenu en facteur immunologique du lait.

Quels résultats avons-nous obtenus ? Notre objectif était de tenter de diminuer le nombre des infections de prématurés. Nous l'avons en grande partie atteint. Nous le

constatons directement de par la présence de nombreuses places disponibles dans le pavillon destiné aux enfants présentant une infection. Il est même parfois complètement vide.

La fréquence des affections diarrhéiques du prématuré a diminué de manière vertigineuse et l'entérocolite nécrosante, entraînant un taux de mortalité proche des 100 pour 100, est devenue exceptionnelle. Ceux qui ont présenté cette affection étaient des prématurés de très petit poids, nés dans de très mauvaises conditions, et pour lesquels l'administration du lait maternel s'était révelée très difficile, opérée de manière irrégulière et espacée.

De la même façon, la fréquence des bronchopneumonies, des méningites, des otites et des septicémies diminua grandement. Les épidémies fréquentes de diarrhée aiguë qui, les autres années, étaient observées, accompagnées d'un fort pourcentage de mortalité, ne se sont pas renouvelées. Ces épidémies paraissent liées à des virus contre lesquels les constituants du colostrum seraient la seule protection efficace.

L'autre aspect très important fut la diminution de la fréquence des enfants abandonnés, la relation permanente et non interrompue entre la mère et son enfant, renforçant les liens d'affection entre les deux. Par ailleurs, la venue de la mère à l'hôpital autorise de sa part un apprentissage des notions élémentaires de puériculture susceptibles de l'aider à mieux s'occuper par la suite de son enfant et de lui indiquer l'importance des vaccinations ultérieures ainsi que les dates auxquelles celles-ci devront être effectuées.

En résumé, en cas d'hospitalisation nous tâcherons de respecter les principes suivants :

1. Permettre la relation la plus étroite possible entre la mère et son enfant. Autoriser et encourager la mère à voir et à alimenter son enfant.
2. Établir si possible une alimentation directe au sein. Si cela se révèle impossible, éviter l'utilisation de tire-lait mais utiliser l'expression manuelle.
3. Aménager une salle attenant au service permettant aux mères d'allaiter leurs enfants, de discuter, et de

s'informer auprès des puéricultrices des problèmes qu'elles pourraient rencontrer.

4. Effectuer la sortie de l'enfant *le plus tôt possible en se fondant non sur le poids de l'enfant, mais sur les données de l'examen clinique.*

Traitement ambulatoire : généralement les prématurés et les nouveau-nés de poids inférieur à deux kilos et demi sont retirés à leur mère et placés en isolettes, certains même en incubateur, afin qu'ils reçoivent chaleur et alimentation artificielle à base de lait de vache. Nous ne pensons pas que cette attitude soit la meilleure. En ce qui nous concerne, à la naissance, nous effectuons un examen clinique complet ; si le nouveau-né est en bonne santé, nous le confions à sa mère, sans tenir compte du poids, pour que ce soit elle qui lui fournisse la chaleur et l'alimentation dont il a besoin. Nous recommandons à la mère de nicher l'enfant directement sur son sein sans intercaler entre elle et lui de tissus ou vêtements quelconques pour qu'il puisse prendre la tétée quand il le veut, de jour comme de nuit, en maintenant cette proximité aussi longtemps qu'il est nécessaire au cours de l'évolution de l'enfant en accentuant d'autant plus celle-ci que l'immaturité est plus marquée. Très rapidement, souvent avec un gain de deux ou trois semaines par rapport à ce que nous observions auparavant, l'enfant acquiert une maturité et des défenses suffisantes pour pouvoir se comporter comme n'importe quel autre nouveau-né.

Nous avons commencé cette expérience en juillet 1977. À partir de cette date nous nous sommes fondés non sur le poids mais sur les conditions cliniques pour effectuer la sortie de l'enfant. Pour les enfants dont le poids était inférieur à deux kilos, nous avons demandé à la mère de le ramener à la consultation tous les huit ou quinze jours.

Entre juillet 1979 et juillet 1981, nous avons contrôlé quatre cent soixante-sept nouveau-nés de poids inférieur à deux kilos, confiés directement à leur mère, celle-ci retournant vivre chez elle. La distribution des poids était la suivante :

moins de 1 000 g = 7
1 000 à 1 500 g = 96
1 500 à 2 000 g = 354

Sur les enfants nous dûmes hospitaliser : vingt enfants pour hypothermie, soit moins de 4 pour 100 ; quant à la mortalité, elle fut de sept enfants, soit moins de 3,5 pour 100, chiffre que nous pouvons comparer aux 60 à 70 pour 100 des techniques précédentes.

Sur le total, on note un pourcentage élevé — 25 pour 100 — de moniliase suivi de diarrhées infectieuses — 2,5 pour 100 —, mais sans aucune manifestation d'entérocolite nécrosante. Ensuite nous trouvons, pour 1 pour 100 seulement, septicémie, conjonctivite purulente, otites. Près de 70 pour 100 ne présentèrent aucun signe d'infection.

De plus, nous avons constaté l'absence durant cette période d'abandons d'enfant à l'hôpital. Au total, la morbidité, les hospitalisations, les abandons d'enfants, grâce à cette méthode, ont chuté verticalement.

Conclusion : Le traitement ambulatoire du prématuré, méthode simple, humanitaire et logique, démontre qu'il n'est ni utile ni nécessaire de séparer la mère de son enfant si les conditions cliniques le permettent et ce, sans tenir compte du poids à la naissance. En procédant par non-séparation, on obtient une diminution massive de la morbidité et du coût hospitalier.

Avoir un enfant handicapé représente aujourd'hui la crainte majeure des parents dont l'enfant n'est pas né à terme. Si le nombre d'enfants handicapés ne cesse, du fait des progrès accomplis par la médecine, de diminuer, il n'en demeure pas moins un certain nombre qui porteront, jusqu'à la fin de leurs jours, de lourdes séquelles liées à leurs conditions de naissance. Malgré la réticence qu'éprouve spontanément chacun à affronter cette réalité, il nous faut la mieux connaître ; il faut savoir cependant que le doute subsiste un certain temps, concernant l'éventualité d'un handicap ; les médecins ne sont pas en mesure de se prononcer tout de suite.

Quelle peut être l'attitude de l'équipe de réanimation ? Celle des médecins, celle des infirmières aussi, souvent placées en première ligne pour affronter l'angoisse des parents. Le professeur Satgé, le docteur Valleur et l'équipe des infirmières de l'Institut de puériculture disent leurs difficultés et leurs interrogations dans cette lutte quotidienne pour la vie.

Réanimation et handicaps

Danièle VALLEUR
Pierre SATGÉ *

Point de vue du médecin.

Réanimer un enfant consiste à prendre en charge une ou plusieurs de ses fonctions vitales avec une efficacité qui assure non seulement une survie immédiate, mais aussi un avenir sans séquelle. L'application des techniques de réanimation a été faite progressivement à des enfants de plus en plus petits mais comme l'a dit l'éditorial d'un journal de pédiatrie américain : « What small is too small [1] ? »

Le résultat sur le plan statistique est très encourageant : les taux de mortalité qui étaient de l'ordre de 90 pour 100 pour les enfants pesant de sept cent cinquante à mille grammes et de 80 pour 100 pour l'ensemble de la tranche sept cent cinquante-mille deux cent cinquante grammes, sont descendus respectivement autour de 35 et 20 pour 100. Le pronostic à long terme s'est aussi largement amélioré : chez deux cent trente-cinq enfants à très haut risque, de petit poids et réanimés, admis dans notre service en 1978, quarante-sept sont décédés, mais parmi les survivants à l'âge de trois ans, 9 pour 100 seulement présentaient des séquelles alors que pour ce groupe d'enfants ce pourcentage était estimé à plus de 40 pour 100 avant la mise en œuvre des techniques actuelles de réanimation. Le pour-

* Chef de service à l'Institut de puériculture (unité de réanimation néonatale), boulevard Brune, Paris.

1. « Quel petit est trop petit ? »

centage de séquelles reste cependant plus élevé chez les enfants ayant connu la gestation la plus courte, elle est de 12 à 15 pour 100 pour les enfants nés au terme de vingt-sept à trente semaines et de 5 pour 100 au-delà.

L'importance des thérapeutiques à mettre en œuvre doit donc se discuter pour les enfants de petit poids très prématurés, car si leur survie immédiate est relativement facile à obtenir avec les moyens à notre disposition, elle ne doit être recherchée que si elle a une chance raisonnable de s'accompagner d'un avenir normal.

Or le pronostic est difficile pour plusieurs raisons :

— La grossesse a pu se dérouler de façon très variable : certains enfants ont eu jusqu'à l'accouchement une vie intra-utérine sans histoire et leur croissance surveillée par l'échographie s'est faite régulièrement ; la prématurité est isolée sans pathologie associée. À l'opposé, d'autres grossesses ont été émaillées d'épisodes infectieux ou hémorragiques, un retard de croissance intra-utérin a été décelé plus ou moins tôt.

— Ainsi, à la naissance, ces enfants ne représentent pas un groupe homogène : certains sont seulement prématurés, d'autres peuvent aussi souffrir d'un retard de croissance intra-utérin (R.C.I.U.) ou de pathologies diverses. Pour un même terme, le poids peut être très différent. À poids égal, le prématuré pose plus de problèmes immédiats que le R.C.I.U. mais pour ce dernier le pronostic lointain risque d'être plus sombre.

— Enfin, l'accouchement prématuré a pu, lui aussi, se passer de façon différente : le plus souvent dans notre région, il a été correctement mené, aucun signe de souffrance fœtale n'a été enregistré, dès la naissance on s'est occupé activement de cet enfant et le transport a été effectué dans les meilleurs délais. Mais la naissance a pu surprendre et, même à Paris, c'est encore plusieurs fois par an qu'un enfant jugé non viable est abandonné sur une paillasse et c'est parce que tardivement on entend un gémissement que cet enfant est expédié n'importe où, n'importe comment.

Quoi qu'il en soit, à l'arrivée dans le service, tout est mis en train pour assurer au maximum la survie, car aucune

prédiction d'avenir n'est possible à ce stade ou rien n'a encore été tenté.

C'est l'observation des vingt-quatre ou quarante-huit premières heures qui permettra ensuite d'ajuster la thérapeutique en fonction des antécédents (grossesse, accouchement) et des réactions de l'enfant. L'estimation d'une souffrance cérébrale est basée sur la clinique, sur l'E.E.G., et sur l'échographie. La valeur pronostique à long terme de l'ensemble de ces éléments est difficile à apprécier : le prématuré résiste mieux aux agressions que l'enfant à terme ; l'échographie nous a appris qu'une hémorragie ventriculaire de moyenne importance ne provoque pas forcément hydrocéphalie ou retard mental ; un E.E.G. dit « paroxystique », des signes cliniques de souffrance cérébrale, peuvent être compatibles avec un avenir tout à fait satisfaisant.

La position de l'équipe soignante est inconfortable : les décisions des premiers jours engagent l'avenir, car ce cap critique dépassé, le plus souvent l'enfant, même porteur de graves séquelles, survivra, que notre réanimation soit ou non poursuivie.

L'équipe soignante est en général seule à décider : elle ne connaît pas la famille, et la famille victime de l'urgence ne l'a pas choisie. Certes nous connaissons dès ces premières heures certains aspects de l'aventure vécue par le couple. Parfois, il s'agit d'un deuxième ou troisième enfant souhaité et qui a été pensé aussi normal que ses aînés : la mise en train de nos techniques de réanimation signifie d'emblée pour la famille que si on leur rend un enfant vivant on s'engage implicitement à ce qu'il soit normal. Il peut aussi s'agir d'une grossesse difficile, après une longue stérilité ou des avortements à répétition : la vie semble alors le bien essentiel à préserver, le reste devant être donné par surcroît et envisagé plus tardivement par la famille. Mais, de toute façon, au milieu de cette situation dramatique et imprévue, comment les parents pourraient-ils juger de la situation, sinon à partir d'à-priori en général peu fondés ? Ils doivent donc nous faire confiance et sans jouer au thaumaturge c'est à partir de ces éléments anamnestiques, cliniques, évolutifs et biologiques que nous établissons l'attitude thérapeutique.

Certains cas sont objectivement simples : l'enfant dont la naissance a été difficile, qui présente un état de détresse

neurologique, des hémorragies cérébrales importantes à l'échographie, surtout s'il est proche du terme, gardera certainement des séquelles majeures. Un tel pronostic doit aussi être envisagé devant une souffrance prénatale précoce signée par une très grande hypotrophie, voire des malformations lorsqu'il s'y associe une souffrance périnatale certaine, même non gravissime ; dans ces cas, les manœuvres de réanimation resteront modestes, les explorations seront réduites au minimum et la souffrance de l'enfant sera soulagée au maximum.

En revanche, un enfant né inopinément avant terme, sans pathologie associée, doit avoir un développement normal s'il est assisté convenablement dans la période périnatale. Par tous les moyens nous corrigerons donc les incidents qui peuvent alors survenir : c'est, en particulier, le cas des apnées essentielles des grands prématurés ; laissées à elles-mêmes, elles sont responsables de séquelles neuro-intellectuelles. Une intubation trachéale, une ventilation assistée pendant deux ou trois semaines, sont souvent le seul moyen de les éviter. Il faut alors bien faire comprendre à des parents déjà déçus par l'aspect de l'enfant, la valeur préventive de ces manœuvres pour un enfant qui de toute façon survivrait. C'est dans de telles occasions que le souhait de mort, toujours sous-jacent, réapparaît facilement.

Mais le plus souvent, il s'agit de situations ambiguës : l'enfant a probablement peu souffert avant d'être hospitalisé mais il présente très vite une détresse respiratoire due à une membrane hyaline ou une infection grave ajoutant aux signes respiratoires des troubles hémodynamiques, des anomalies de la coagulation... Certes, en permanence, toutes les constantes biologiques sont vérifiées, et le traitement vise à les maintenir dans une zone qui préserve les fonctions vitales, cérébrales en particulier. Mais la bataille engagée connaît des hauts et des bas, et il est des moments où, peut-être, pendant quelques instants, les marges de sécurité n'ont pas été parfaitement respectées. Le plus souvent l'action aura été efficace, puisqu'on aura la joie, deux ou trois ans plus tard, de revoir un enfant parfaitement normal.

En dix ou quinze jours, cette période aiguë est en général dépassée et aux éléments pronostiques déjà évoqués, il faut ajouter la plus ou moins grande facilité avec laquelle la guérison a été obtenue.

Même avec cet élément supplémentaire, le pronostic lointain reste difficile à porter : hormis les 3 ou 4 pour 100 d'enfants présentant à la sortie du service de réanimation des lésions graves, le plus souvent d'origine prénatale, pour les autres, une assurance formelle ne peut encore être fournie aux parents et nous devons ne leur donner que les éléments objectifs dont nous disposons : la majorité est en général favorable et permet de faire valablement partager par les parents l'espoir de l'équipe soignante ; mais, dans le cas contraire, dissimuler la vérité serait une faute grave car elle détruirait la confiance des parents vis-à-vis des médecins, alors qu'ils risquent d'en avoir un grand besoin dans les années à venir. L'expérience du travail d'écoute et d'accompagnement ultérieur montre que, dès ce moment, il faut peser ses paroles et s'assurer d'avoir été entendu.

Il faut faire une place à part à des complications tardives d'une naissance difficile ou d'une réanimation respiratoire ardue ; elles ne touchent que 2 à 3 pour 100 de ces enfants à risque mais imposent, soit d'emblée, soit après un intervalle libre, des séjours prolongés en réanimation, souvent pendant plusieurs mois. Il s'agit le plus souvent de lésions digestives (entérocolite ulcéro-nécrotique) ou pulmonaires (bronchodysplasie). Leur évolutivité et leur pronostic fonctionnel sont mal connus.

De plus, des complications infectieuses, des difficultés d'échanges des gaz respiratoires peuvent, à tout moment, apparaître et remettre en cause les pronostics vital et cérébral. L'environnement a changé pour l'enfant et pour l'équipe soignante. La famille vient en général tous les jours ; le plus souvent elle a pris confiance et le souhait de mort a disparu, du moins explicitement. Pour elle, si le médecin a su faire vivre avec des tuyaux dans tous les sens un minuscule enfant, tâche en apparence impossible au départ, il est évident qu'il saura aussi en faire un enfant normal ; c'est vrai, mais, hélas, pas dans tous les cas. Alors on vit au jour le jour : si l'intelligence s'éveille en dépit des contraintes infligées, le combat est poursuivi avec acharnement soutenu par la présence quotidienne de la mère ; sa confiance est sans doute ce qui maintient le moral de l'équipe devant ce demi-échec.

Nous n'avons envisagé ici que les handicaps majeurs, séquelles des circonstances de la grossesse, de l'accouchement ou des techniques de réanimation. Le nombre de ces

handicaps est en constante diminution. Si, sur un plan organique, des améliorations sont encore à espérer, le handicap le plus fréquent auquel est soumis le prématuré passé par le service de réanimation est lié aux difficultés que les parents éprouvent à considérer que l'enfant qui leur est rendu est tout à fait normal. Les années passant, ces difficultés dans l'établissement de la relation mère-enfant peuvent peser plus lourd que celles qui sont inhérentes à la naissance, en dépit de l'aide éventuelle des psychiatres, tant au niveau de l'équipe soignante qu'au niveau des parents eux-mêmes.

Point de vue de l'infirmière

M.-P. Rousseau
A. Aubril
A.M. Heck

L'évolution des techniques de réanimation nous amène de plus en plus à accueillir des enfants prématurés, de poids de naissance inférieur à douze cents grammes, dans notre unité. Cette évolution nous a conduites à nous poser un certain nombre de questions :

— Quel avenir propose-t-on à ces tout-petits ?

— Dans quels cas devons-nous limiter nos gestes de réanimation ?

Durant les premières années, nous étions très réticentes à la vue de ce tout-petit prématuré, ventilé artificiellement, n'ayant que peu de recul pour juger de notre efficacité.

Cependant, nous savions que les enfants, dans la majeure partie des cas, à la sortie du centre néonatal, avaient un développement satisfaisant. Régulièrement, nous avions, par l'intermédiaire du service à domicile, de la P.M.I. [1], ou du C.A.M.S.P. [2], des nouvelles de nos petits prématurés et,

1. Protection maternelle et infantile.
2. Le C.A.M.S.P. (Centre d'action médico-sociale précoce), de l'Institut de puériculture (Docteur Salbreux), prend en charge tous ces enfants et leur famille à la sortie du service, mais souvent aussi dès l'hospitalisation. Voir dans ce numéro, le passage de l'article de D. Truscelli, A. Ollivier et D. Rapoport, consacré aux C.A.M.S.P.

devant des résultats très encourageants, nos craintes se sont un peu apaisées.

Actuellement, la réanimation du tout-petit ne nous pose plus de gros problème lorsque celui-ci a été pris en charge immédiatement après sa naissance. Nos réticences apparaissent essentiellement lorsqu'un enfant a été laissé sans soin après l'accouchement à la maternité ou lorsqu'il présente une anoxie sévère. Cependant, face à cette situation, nous reconnaissons que le S.A.M.U. ne peut prendre aucune décision d'arrêt de réanimation sur place et que ce problème nous incombe secondairement, à nous, équipe médicale et équipe soignante.

En effet, nous pouvons par différents examens complémentaires d'une part, par l'observation de l'enfant d'autre part, nous faire une opinion plus précise sur l'évolution probable.

La suspension des thérapeutiques actives chez un enfant dont l'examen peut faire craindre l'existence de lésions graves et irréversibles est plus ressentie comme un soulagement par l'équipe soignante que comme un échec, bien que le but de notre technicité soit de conserver la vie et que le décès d'un enfant soit une épreuve très dure pour les parents. Dure, elle l'est encore plus si ce décès survient après des jours et des semaines de traitement, avec ses inévitables alternances d'espoir et de découragement.

Cependant, très vite, sans nous demander expressément d'arrêter la réanimation, les parents nous disent alors la hantise d'avoir à élever un enfant handicapé ; et il est probable que si tel était le résultat de nos soins, beaucoup de couples en seraient profondément perturbés ; peut-être même le désir d'avoir un autre enfant serait-il, chez eux, diminué ou effacé.

Le problème reste aigu lorsque l'état de l'enfant n'est pas franchement catastrophique mais cependant inquiétant, soit sur le plan neurologique, soit sur le plan respiratoire. Les difficultés surgissent alors aussi bien pour les parents que pour nous-mêmes.

À notre niveau, quel sera le résultat des manœuvres que nous mettons en train, d'autant plus compliquées, sophistiquées et agressives, que la maladie est sévère ? En même temps, chez les parents se mélangent la crainte de la mort mais aussi la hantise du handicap, si la mort est évitée.

C'est plus souvent à l'infirmière qu'au médecin que ces

sentiments complexes sont exprimés. Cette double inquiétude pèse sur nous pendant l'exécution des soins et la mise en œuvre de la thérapeutique prescrite par les médecins.

Le recul nous montre que, dans la plupart des cas, nos craintes étaient en partie injustifiées et qu'un très petit pourcentage de ces enfants réanimés présentent des séquelles. Mais ce petit pourcentage est encore, à nos yeux, trop grand pour ne pas rester vigilants lorsqu'on réanime un tout-petit.

Et si, malgré tous les efforts, cet enfant présente un handicap ? Il faudrait se donner les moyens d'en repérer la nature et l'ampleur dès que possible, de façon à en limiter les effets secondaires et à pouvoir compenser tout de suite et de façon adaptée, la ou les fonctions déficitaires. Seule une équipe de médecins, psychologues, kinésithérapeutes, psychanalystes, assistants sociaux..., telle qu'en constituent les C.A.M.S.P., paraît susceptible de répondre à la question du handicap de l'enfant en l'envisageant dans sa globalité individuelle, familiale et sociale ; c'est ce que nous comprenons au travers du texte de D. Truscelli, A. Ollivier et D. Rapoport.

La difficulté est de l'aider à compenser son handicap sans lui faire une place qui soit « à part ».

« Et s'il a un handicap ? »

Danièle TRUSCELLI *
Annie OLLIVIER **
Danielle RAPOPORT ***

Tout parent d'un enfant né prématurément se pose cette question. Avec plus ou moins d'angoisse, en la formulant avec plus ou moins de précision, sans même oser l'exprimer parfois. En effet, en France, dans l'esprit de la plupart des futurs parents et pour bien des professionnels de santé, prématurité et handicap sont associés. Pourtant, la grande majorité des enfants nés prématurément n'en gardent aucune séquelle et, dans les pays anglo-saxons, on ne relie pas prématurité à handicap. C'est sans doute l'existence de handicaps pour un certain nombre d'entre eux qui entraîne dans notre pays cette sorte de confusion, renforcée par des facteurs socioculturels, liés au sentiment de l'« avant-terme », c'est-à-dire de quelque chose d'« inachevé ». Il peut donc être utile de donner des précisions sur ces handicaps, et de dire quelles possibilités d'aide et de traitement sont alors offerts à ces enfants — ainsi qu'à leurs parents — pour qu'ils évoluent le plus favorablement possible.

* Danièle Truscelli, médecin des hôpitaux, responsable du service de rééducation neurologique infantile de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre.
** Annie Ollivier, médecin du Centre d'assistance éducative du tout-petit de Paris XIIe.
*** Danielle Rapoport, psychologue attachée à l'hôpital Trousseau, Paris XIIe.

Quel handicap ?

Le terme vient des champs de course anglais et signifie littéralement « main dans le chapeau » : *hand in cap*. Lorsqu'on handicape les chevaux les plus forts pour égaliser au départ les chances de tous les concurrents, le résultat devient si imprévisible que les parieurs peuvent aussi bien choisir les gagnants éventuels en mettant la main dans un chapeau pour tirer les petits papiers où sont écrits les noms des partants. L'évolution du mot « handicap », caractérisant d'abord le plus fort pour qualifier à présent le plus faible, est longue et mal connue. Mais on voit qu'il est chargé émotionnellement des notions de performance, de réussite, de classification et d'échec. Dans sa définition actuelle, « le handicap est un désavantage résultant d'une déficience et d'une incapacité, qui gêne ou limite le sujet atteint dans l'accomplissement de son rôle normal, en fonction de son sexe, de son âge, de l'environnement social et culturel [1] ». Aussi, lorsqu'un tel risque frappe un enfant prématuré, c'est tout le projet que ses parents ont de son avenir qui est atteint dans sa globalité, sur les plans individuel, familial, social, étroitement mêlés : « Et s'il a un handicap, que pourrons-*nous* faire, et que deviendra-t-*il ?* » Il s'agit de questions parfois confuses lorsque les difficultés sont présentes dans les premières semaines de vie, sans que le diagnostic et le pronostic puissent être précisés, et surtout d'une anticipation répondant à un cortège d'angoisses et de phantasmes quant à cet avenir incertain. Puis cela alternera avec des phases de réassurance, et même de déni des difficultés, d'autant qu'il est souvent délicat, dans les premiers mois du développement, d'apprécier la signification des troubles observés et de prévoir l'avenir.

Prématurité et risque cérébral

On entend ici essentiellement le risque de lésion cérébrale créant des cicatrices fixes, définitives, non évolutives,

1. M. MANCIAUX « Les enfants handicapés : de quoi, de qui parle-t-on ? » Éditorial, *Arch. françaises de pédiatrie*, 1981, *38*, p. 553-556.

entraînant une infirmité motrice qui n'est pas toujours associée à une déficience mentale. Parmi le 1,9 cas d'infirmité motrice constaté pour mille naissances, on trouve de 20 à 30 pour 100 de prématurés. Mais malgré cette prévalence, on ne doit en aucun cas considérer les « prématurés », qui représentent en France 6,8 pour 100 des naissances, comme une population homogène et soumise aux mêmes risques, alors que leur diversité face à ces risques de handicap est très grande. Notre objet n'est pas de parler longuement ici de ce que J. Berges [1] a appelé le syndrome tardif de l'ancien prématuré — c'est-à-dire un défaut de ces enfants à construire l'espace et le temps, ensemble de perturbations praxo-gnosiques du schéma corporel qui peuvent survenir en dehors de tout déficit neurologique patent. La connaissance de ces difficultés indique seulement la nécessité de surveiller l'évolution de ces enfants et leur adaptation aux apprentissages scolaires. I. Lézine et J. Berges ont d'ailleurs insisté, dès 1969, sur le rôle des difficultés affectives dans le devenir évolutif de ces enfants, difficultés liées aux attitudes parentales, l'environnement médical et hospitalier n'étant pas étranger à l'angoisse et à l'ambivalence des parents dès les premières semaines de la vie. Ces facteurs psychologiques et relationnels qui interviennent si précocement dans le développement de l'enfant prématuré commencent à préoccuper de plus en plus les praticiens [2] de même que sont mis en évidence d'autres facteurs qui interviennent massivement dans l'évolution de ces enfants : facteurs socio-économiques, environnement, rang dans la fratrie, etc. [3]. Dans une

1. J. BERGES, I. LEZINE et coll., « Le syndrome de l'ancien prématuré, recherche sur sa signification », *Revue de neuropsychiatrie infantile, 17,* n° 11, novembre 1969 et in *Le Devenir de la prématurité*, ouvrage collectif, 1977, P.U.F.

2. Cf. dans ce même numéro, les articles de M. ODENT, de M. TITRAN, de M. RICARDOU et J.-C.RISSE, ainsi que l'article de L. KREISLER : « La genèse de l'attachement maternel et ses avatars », in *Les Cahiers du nouveau-né*, n° 1-2, « Naître... et ensuite ? », Stock, 1978.

3. Cf. Francis WILLIAM, P.A. DAVIES, « Very low birthweight and later intelligence », *Dev. Med. Child Neurol.* 1974, *16,* p. 709-728 ; et l'étude récente de M.M. DRILLIEN, A.J.M. THOMPSON, K. BURGOYNT, « Low birthweight children at early school age : a longituding study », *Dev. Med. Child Neurol.*, 1980, *22,* p. 26-47.

vaste enquête anglaise [1], R. Davie et ses collaborateurs montrent que la prématurité augmente le risque de retards scolaires, mais que ce risque est beaucoup plus net pour les enfants de travailleurs manuels, et que les enfants prématurés appartenant à un milieu social aisé ont moins de retard scolaire que les enfants nés à terme mais vivants dans des milieux sociaux défavorisés...

De même, dès la naissance, il n'y a pas de commune mesure entre un enfant prématuré né à vingt-huit semaines avec un poids de mille grammes, et un autre enfant également prématuré né à trente-quatre semaines avec un poids de deux kilos deux cents : le risque de handicap est beaucoup plus grand lorsque le poids de naissance est inférieur à mille cinq cents grammes et plus encore à mille grammes. Il semble également que la dysmaturité, c'est-à-dire des mensurations insuffisantes par rapport au terme, représente un facteur de risque, en particulier si la vitesse de croissance du périmètre crânien s'est ralentie précocement *in utero* [2]. Enfin, la réanimation ne joue pas le rôle néfaste qui lui est souvent prêté dans le public ; ainsi, selon B. Hagberg et ses collaborateurs, sur deux mille cent vies sauvées par la réanimation néonatale entre 1971 et 1975 en Suède, cinquante-cinq enfants ont une infirmité motrice cérébrale (soit un cas sur quarante), en général modérée, avec des possibilités normales de développement mental [3]. Néanmoins cela correspond à un risque d'infirmité motrice quinze fois plus élevé que dans la population générale.

Premiers signes objectifs d'un handicap possible

Il est exceptionnel que l'atteinte cérébrale se manifeste cliniquement à un observateur non averti au cours des deux premiers mois de la vie, à moins que le tableau déficitaire

1. R. Davie, N. Butler, H. Goldstein, *From Birth to Seven*, Lowe and Brydon ed., Theford, Norfolk, 1972.
2. R.E. Nickel, F.C. Bennett, F.N. Lamson, « School performance of children withbirth weight of 1000 g or less ». *AMJ.DIS. Child*, 1982, *136*, p. 105-110. *Cf.* également : J.O.O. Commey, M. Fitzhardinge, « Handicap in the preterm small-gestional age infant », *J. Pediatr.* 1979, *94*, p. 779-786.
3. B. Hagberg, G. Hagberg, I. Olow, « Gains and hazards, of intensive neonatal care an analysis from Swedish Cerebral Palsy Epidemiology », *Devlop. Med. Child Neurol.*, 1982, *24*, p. 13.

soit massif. Dans la majorité des cas, lorsque l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs rend le bébé à sa famille, les signes ne sont pas évidents du tout. Après les premières émotions de la naissance prématurée, après l'angoisse des parents lors des premiers jours ou des premières semaines et leur attente lors de l'« élevage » en néonatologie, le moral est à l'optimisme. L'enfant sort « miraculé ». Tous les espoirs sont permis, même si certaines réserves ont été émises. Puis, dans la première année de la vie, les parents sont souvent les premiers à remarquer ce qu'ils appellent un « retard » dans les acquisitions habituelles de tout enfant. Ils insistent sur le fait qu'*il y a eu* comme un intervalle libre entre la naissance plus ou moins tapageuse que l'on essaie d'oublier et l'installation insidieuse de ce retard. C'est seulement au-delà de cet âge que le handicap va s'exprimer plus nettement.

Le plus souvent, il s'agit d'une infirmité physique, seule ou associée à d'autres troubles, eux aussi d'origine centrale, c'est-à-dire cérébrale. Le trouble moteur, du fait de son caractère spectaculaire à cet âge, est le plus souvent mis en avant pour expliquer les autres difficultés, comme le manque d'apprentissage, le retard de langage et des autres acquisitions vers la conquête de l'autonomie. Il focalise les préoccupations des parents, même si le déficit est modéré, voire minime. Il représente même un obstacle à la perception des déficits concomitants, d'autant qu'il s'accompagne souvent d'un espoir de rééducation, de traitement, auquel les parents vont se raccrocher, alors qu'ils seront totalement désemparés devant un diagnostic de déficit mental. Les descriptions et les estimations que les parents font des difficultés de leur enfant sont souvent exactes, mais leurs interprétations ne le sont pas ; ils préfèrent percevoir leurs enfants comme « paresseux, entêtés, trop gâtés, ne voulant pas, plutôt que ne pouvant pas [1] ». Il est vrai que s'il s'agit d'une insuffisance globale du développement mental, l'identification du « retard » est beaucoup plus subtile à cerner. Et, s'il est reconnu, sa relation avec les antécédents néonataux ouvre la voie à des explications simplificatrices : « C'est un ancien prématuré, il a eu du mal à progresser au

1. J. COPLAN, « Parental Estimate of child's development level in a high risk population », *Am. J. Dis. Child.* 1982, *136,* p. 101-104.

même rythme que les autres, mais avec le temps, il va rattraper... »

Pourquoi est-ce si difficile de dépister dans les tout premiers mois une séquelle neurologique ?

Si on examine un ancien prématuré de deux mois d'âge réel, mais de quarante et une semaines d'âge conceptionnel, et qu'on le compare à un nouveau-né à terme de quelques heures, deux jours au plus, de nombreuses différences sont faciles à observer. La morphologie d'abord : le prématuré ne pèse alors qu'environ deux kilos six cents, ses muscles sont graciles, son pannicule adipeux réduit, sa peau est fine, sa taille est de quarante-sept centimètres, son périmètre crânien de trente-trois centimètres. Le nouveau-né à terme pèse trois mille deux cents grammes, mesure cinquante centimètres, a trente-cinq centimètres de périmètre crânien. La motricité du prématuré n'est pas bridée par les contractions en flexion du nouveau-né à terme, qui a subi des contraintes mécaniques intra-utérines ; l'ancien prématuré a un équinisme actif, une possibilité d'abduction de cuisses, bref, une motilité plus riche, ample et variée. Le niveau sensoriel des deux bébés paraît identique, comme si le contact avec l'environnement vieux de deux mois pour le prématuré n'avait ni changé ni accéléré son ontogénèse. Pourtant, comme le signale le docteur S. Saint Anne Dargassies, « le prématuré paraît déjà plus excitable, agité, voire dispersé dans ses facultés d'attention : *vestige* ou *prélude ?* »

Sera-t-il handicapé ? impossible de le dire ; la négativité des examens médicaux à cette période ne permet pas d'affirmer la normalité dans l'avenir ; même si l'élevage du prématuré s'est déroulé facilement, sans symptôme particulier, même si l'enfant a eu une souffrance du système nerveux central transitoire dont il s'est remis. À l'inverse, si le prématuré conserve des signes neurologiques soit d'ordre général comme des troubles du sommeil, de l'alimentation, des trémulations à la moindre sollicitation, soit d'ordre neuro-moteur comme une tendance aux raideurs des membres inférieurs ou une hypotonie de l'axe corporel, le médecin ne peut affirmer que le bébé gardera des séquelles définitives sans risque d'erreur. Si la clinique ne peut que dépister des signes suspects, à suivre de très près, les examens complémentaires les plus sophistiqués, le scanner entre autres, ne lèvent pas le doute. S'ils

montrent une anomalie topographique, ils n'indiquent pas quelle en sera l'expression clinique à distance ; s'ils sont normaux, ils ne confirment pas l'intégrité du fonctionnement et des connexions cérébrales [1].

Tout cela pour dire que le médecin et les différents intervenants de l'équipe soignante doivent parler de cette période néonatale avec les parents et suivre avec eux l'évolution de leur enfant avec une vigilance toute particulière, sans pour cela leur donner l'impression d'un optimisme rassurant, ni d'un pessimisme mal étayé, avec toutes les conséquences de ces deux attitudes sur la famille [2]. Les cas ou des anomalies majeures se voient d'emblée et où la qualité de la survie est compromise doivent faire l'objet d'un long entretien, mais là aussi en évitant les mots irrecevables qui risquent de briser les rapports affectifs futurs de ce couple avec leur enfant ; le temps est toujours nécessaire pour faire face à un tel drame et le terrain n'est pas préparé, alors, à entendre ce qui semble être la « vérité médicale », même si elle est clairement formulée.

Dans tous les cas, il va être nécessaire de suivre cet enfant qui porte un risque par sa naissance prématurée, et de créer des liens avec la famille. Ce suivi pourra se faire à la consultation du service hospitalier où le prématuré avait été amené en urgence ou à la consultation du pédiatre proche du domicile des parents dans la mesure où il peut établir une collaboration étroite avec le service d'origine. C'est ainsi que, au cours de la première année de la vie, pourront être dépistés et pris en charge par une réduction et une guidance parentale des troubles moteurs qui ne permettent plus de douter d'une infirmité motrice. Celle-ci empêche ou caricature l'évolution motrice normale. L'anomalie est qualitative ; on peut l'analyser quel que soit le développement affectif et mental, normal ou non, du bébé, grâce à l'utilisation de manœuvres explorant la réactivité posturale et ses modulations selon le degré de vigilance du nourrisson. Tous les auteurs insistent sur le fait que le bébé infirme a des discordances, des ruptures dans son comportement

1. C. Amiel-Tison, A. Grenier, *Évaluation neurologique du nouveau-né et du nourrisson*, Masson, 1980.

2. E. Herbinet, « Autour de la naissance, une étape clef de la vie », numéro spécial : *Les Seize Semaines, Informations sociales*, C.N.A.F., n° 12, 78.

moteur, spontané ou provoqué : membres enraidis et axe corporel trop mou, réactions de redressement excessives contrastent avec des impossibilités à consolider la tenue de la tête, la station assise. Quelle que soit la répartition de l'atteinte unie ou bilatérale, symétrique ou non, l'enfant n'a plus les enchaînements complets qui représentent la base d'une motricité normale. Pendant cette période, même si le handicap doit un peu plus tard apparaître comme localisé sur un segment ou un hémicorps il retentit globalement sur les acquisitions motrices. C'est en outre difficile d'apprécier la valeur des informations perceptives qui jouent un grand rôle dans l'organisation et pratiquement impossible d'apprécier la valeur réelle de la motricité volontaire. En conséquence le diagnostic de l'infirmité motrice n'est affirmé que vers huit, neuf mois, bien que largement suspecté auparavant.

Le pronostic, plus délicat, sera étayé sur la notion de niveau fonctionnel que l'enfant améliore petit à petit, en dépit de son handicap. Prenons un exemple : l'hémiplégie d'un nourrisson de cinq, six mois ne se résume pas à l'impotence totale ou partielle du seul membre supérieur touché, qui empêche le déroulement de la préhension de ce côté. L'examen analytique puis dynamique apporte la preuve que tout l'hémicorps se montre plus ou moins incapable de s'adapter aux ajustements posturaux et cinétiques. Certes, l'enfant va apprendre à s'asseoir tardivement mais sa station assise n'est pas normale, l'appui est asymétrique, obligeant à une compensation par une attitude scoliotique et ainsi de suite pour la station debout. Néanmoins, l'enfant gravira à sa manière les différents niveaux d'évolution motrice ; quel que soit le handicap physique, la ligne de progrès n'est pas dictée par des processus de maturation à potentiel propre, mais par une logique de compléments d'organisation. C'est dire que derrière l'évaluation des troubles strictement moteurs s'impose une autre évaluation, celle des déficits associés d'origine centrale, dont l'intensité peut compromettre l'élaboration de ces compléments d'organisation. Il en va ainsi de la déficience mentale, globale parfois, le plus souvent partielle, portant surtout sur les perceptions temporo-spatiales comme la coordination visuo-motrice, le repérage du corps dans l'espace — bases de l'anticipation mentale nécessaire au « savoir agir ». Mais les troubles de l'attention, comme ceux

du comportement ou de la personnalité, peuvent tout autant entraver les processus d'autonomie, comme la motivation personnelle, si étroitement liée, chez le jeune enfant, à son environnement familial. Celui-ci saura-t-il développer chez ce bébé handicapé son appétence et sa ténacité face à des tâches motrices difficiles pour lui ? C'est ici que le pédiatre qui suit l'enfant — à la consultation hospitalière ou en privé — doit savoir que, lorsque la phase de diagnostic et d'évaluation permet de s'orienter vers des rééducations, il ne peut en dissocier les aspects techniques d'une prise en charge *globale* parents-enfants.

À ce stade du chemin parcouru avec l'enfant et ses parents, lorsque la vigilance et la surveillance régulière ont permis la mise en évidence du handicap, il nous paraît bénéfique de proposer alors à ceux-ci la compétence d'une équipe pluridisciplinaire, travaillant dans un service spécialisé, ou, mieux, dans un centre d'action médico-sociale précoce, comme il commence à s'en ouvrir un peu partout en France [1].

Pour une action médico-psycho-sociale précoce

Les centres d'action médico-sociale précoce (C.A.M.S.P.) sont en effet de création récente. Ils ont pour but « le dépistage, le traitement et la rééducation des enfants de moins de six ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci ». Ils exercent ainsi des actions de prévention et de traitement spécialisées, soit en consultation, soit à domicile, associées étroitement à la guidance des familles. Ils peuvent fonctionner dans les locaux d'une consultation hospitalière, d'un centre de protection maternelle et infantile, d'un dispensaire d'hygiène mentale ou d'un centre médico-psycho-pédagogique dont les équipes, actuellement, s'élargissent ou se forment en vue de ce type d'actions.

L'expérience du centre d'assistance éducative du tout-

1. R. Salbreux, « Les séquelles neuro-psychiques des enfants de petit poids de naissance, prévention, dianostic et prise en charge », *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 1978, *26, 9,* p. 425-433.

petit, qui fonctionne comme un C.A.M.S.P avant la lettre depuis plus de dix ans dans le XIIe arrondissement de Paris, fait apparaître de manière évidente l'importance de la précocité dans le traitement des troubles du développement psychomoteur du jeune enfant et du soutien de ses parents [1].

Certes, il est difficile de dire à partir de quel âge, précisément, une prise en charge précoce doit s'instaurer. Cela dépend non seulement du cas de l'enfant, mais aussi de la demande des parents. Il s'agit de sentir à quel moment ceux-ci prennent conscience des difficultés ou du retard de développement de leur enfant, et de *leurs* difficultés à en assumer l'éducation. Or, ces difficultés ne viennent pas toujours que de l'angoisse, de l'ambivalence, du rejet ou de l'hyperprotection, mais aussi du fait que les parents se trouvent démunis et incompétents face aux troubles de leur enfant, favorisant involontairement mauvaises postures ou défaut d'utilisation. Aussi, par sa précocité, une véritable guidance familiale fait œuvre de prévention, en informant, en instaurant un climat de confiance et de sécurité qui va retentir sur l'enfant. Ce n'est pas seulement les aspects techniques d'une rééducation qui sont ici envisagés, et on ne peut jamais réduire une action médico-sociale précoce globale à une simple ordonnance délivrée aux parents. Il s'agit d'aborder, en faisant le chemin du développement de l'enfant avec ses parents, les problèmes de la vie quotidienne comme ceux de leur vécu profond du handicap et ceci par rapport à l'avenir. Car ce n'est que dans un désir et dans des projets d'avenir que cet enfant pourra se développer et trouver *sa* place, être attiré par des expériences nouvelles et la conquête d'une autonomie. Comme tout autre enfant, cet enfant qui a un handicap a besoin d'être estimé et de réussir, et c'est essentiellement du reflet que ses parents lui donneront de lui-même que dépendra son appétence à réussir, à se développer [2]. Une assistance éducative ainsi comprise ne peut donc séparer le dévelop-

1. Ce centre a été créé par l'Entraide universitaire, en 1971, sous la direction de J. Lévy, kinésithérapeute, avec le professeur Richardet, et D. Rapoport, psychologue, 25, rue du Colonel-Rozanoff, 75012 Paris. *Cf.* le n° 231 de la revue *Réadaptation*.

2. M. KELLMER PRINGLE, *Les Besoins de l'enfant*, publication du Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations. (C.T.N.E.R.H.I.), diffusé par P.U.F., 1979.

pement du tout-petit de la participation pédagogique et relationnelle de ses parents.

Quels moyens peut offrir un centre de ce type aux parents et à leur enfant, s'il a un handicap ? Nous l'avons vu, la plupart des difficultés associées à une prématurité entraînent des troubles de la motricité, du développement mental mais aussi des déficits sensoriels (comme l'amblyopie ou la cécité, séquelles de l'oxygénothérapie mal contrôlée en incubateur) et des atteintes moins sévères, qui n'entrent pas dans une classification rigide mais qui inquiètent. À ces familles, à leurs enfants, le centre offre des locaux chaleureux, intimes et attrayants — où rien ne rappelle les consultations, encore trop fréquemment froides et anxiogènes, d'un hôpital. Dès le premier accueil, les parents sentent la cohérence d'une équipe, la compétence des spécialistes derrière une écoute attentive ; c'est ce dont ils ont le plus besoin au départ, pris comme ils le sont entre les propos contradictoires de leur entourage et leurs propres sentiments, où se mêlent sans cesse doute et espoir.

Le premier contact de l'enfant et sa famille avec l'établissement est essentiellement assuré par la directrice, puis par le pédiatre. Ce sont eux qui vont réunir les premières informations retraçant l'histoire de l'enfant, établir un contact avec ceux qui l'ont adressé ou connu auparavant — maternités, service de pédiatrie, médecins traitants, centres de P.M.I. ou crèches. À partir de là, la conception même du centre va permettre une très grande souplesse dans les propositions faites pour l'enfant et sa famille, selon les cas, l'âge, les possibilités d'assimilation et de développement de l'enfant à ce moment précis, mais aussi selon les besoins de la famille, les distances, etc. Dans les difficultés les plus fréquemment rencontrées chez l'enfant prématuré, c'est en général la kinésithérapie qui va être au départ de toutes les aides dont l'enfant bénéficiera, avec la collaboration du médecin neurologue et des psychologues.

La kinésithérapie a pour but essentiel d'améliorer l'autonomie motrice de l'enfant. L'approche de l'enfant se fait toujours en présence de ses parents au début, et par l'intermédiaire du jeu, dans une atmosphère détendue et active, où l'observation, la disponibilité ont une place prépondérante. Petit à petit, les parents apprennent des gestes qu'ils peuvent répéter chez eux dans la vie quotidienne, prolongeant ainsi le travail effectué au centre qui,

lui, requiert souvent une très grande finesse technique. Selon l'évolution de l'enfant et le cas, le rythme des séances peut varier, parfois intensif et rapproché, parfois espacé ; l'enfant peut être pris, à certains moments seul, sans la participation de ses parents ou avec un autre enfant, puis s'intégrer au groupe d'éveil en aménageant progressivement cette nouvelle étape.

Le groupe d'éveil, en effet, constitue une transition entre le milieu familial et les communautés qui accueilleront ultérieurement l'enfant. Il permet l'observation de l'enfant dans un champ d'action et d'expression élargi, où il rencontre d'autres adultes et d'autres enfants, progressivement sans ses parents. Les coins sable, eau, pot, habillage et déshabillage, repos, sont bien individualisés par rapport à d'autres territoires où le matériel de jeux se rapproche de plus en plus des activités proposées en jardin d'enfants, à l'école maternelle ou à la crèche. Psychomotricien (-ciennes) et éducateurs (-trices) spécialisés peuvent avoir ici une relation très privilégiée avec l'enfant, tout en l'envisageant au sein du groupe. Plus tard, orthophoniste et institutrice vont intervenir, s'il en est besoin, chaque fois que s'associent au handicap de l'enfant des troubles dans le développement du langage, ou que peut s'instaurer une intégration en école maternelle.

Dès le début, l'équipe psychologique du centre (psychiatre, psychanalyste, psychothérapeute et psychologue) est à la disposition des parents et de l'équipe éducatrice ; il peut s'agir d'interventions ponctuelles, au moment de l'accueil, puis d'un avis ou d'une évaluation des progrès de l'enfant, mais aussi d'un soutien et d'une psychothérapie au long cours pour l'enfant ou ses parents.

L'assistante sociale, au travers des demandes des parents (modes de garde, difficultés financières, conditions de logement...), va pouvoir cerner progressivement l'environnement familial de l'enfant et sa vie quotidienne.

Elle participe avec l'ensemble de l'équipe à l'orientation de l'enfant, que ce soit pour soutenir une intégration en milieu habituel ou mettre en place un relais vers un milieu spécialisé.

L'intérêt de ce type d'équipe pluridisciplinaire dans la même unité de lieu réside essentiellement dans la compétence de chacun de ses membres et la communication de tous entre eux, dans l'intérêt de l'enfant et de son avenir.

Les réunions sont possibles chaque fois que cet intérêt est en jeu, ou que le projet thérapeutique n'est pas en harmonie avec celui des parents, risquant de placer l'enfant dans un morcellement néfaste. Mais, de plus, la structure même du centre et son ouverture sur l'extérieur favorisent de multiples échanges, permettant aux familles et à l'enfant de sortir de cette sorte d'enfermement où les a placés la révélation du diagnostic, la prise de conscience d'un handicap. Il est, en effet, très important que la « spécialisation » inhérente par définition à ce type de centres n'accentue pas cet enfermement, mais entraîne au contraire les parents dans le jeu du développement de leur enfant. Les interactions qui s'établissent entre parents et enfants au centre, le climat de confiance et de détente ressenti par tous, le handicap mieux assumé qui s'intègre dans l'histoire de cet enfant dès le commencement au lieu de la bloquer et de barrer l'avenir, c'est sans doute l'essentiel...

... Encore faut-il que cet enfant dont la prématurité va être associée à un handicap puisse être réellement aidé précocément, en y associant étroitement ces parents, *là où ils se trouvent vivre*, dans une perspective dynamique, souple et adaptée à chaque cas. C'est bien le but d'une action médico-psycho-sociale précoce de qualité. Encore faut-il donner à ces centres les moyens de se généraliser...

Table ronde

Réunie le 3 juillet
au Centre international
de l'enfance, sous la présidence
de Michel Manciaux,
au château de Longchamp *

* Liste des participants p. 273.

MICHEL MANCIAUX. — Le prématuré vaut-il la peine d'être élevé ? C'était le titre d'une thèse donnée par un professeur d'obstétrique de Nancy alors qu'en compagnie de Bernard This j'y faisais mes études. Cette question m'avait à l'époque beaucoup frappé. Les conclusions de cette thèse étaient à la fois peu convaincantes et peu optimistes. À l'époque, c'est-à-dire dans les années cinquante, on ne savait pas très bien comment s'y prendre. J'étais alors jeune pédiatre et la référence commune était le traumatisme obstétrical que nous faisions intervenir chaque fois que nous étions mis en présence d'un enfant présentant des troubles neurologiques d'apparition prévue. Il n'était guère difficile de retrouver, en interrogeant un peu les parents, soit vers la fin de la grossesse, soit dans le déroulement même de l'accouchement, de petites anomalies qui nous confortaient dans notre opinion. Nous étions alors, pédiatres et obstétriciens, en plein dogmatisme et en pleine incompréhension.

Les choses, je dois dire, ont depuis lors beaucoup changé, en partie à la faveur d'une technicité croissante que je considère parfois comme fort envahissante, mais qui nous a amenés à mieux cerner le concept de prématurité, à mieux définir les différentes composantes, et à mieux prévenir un certain nombre de situations dont les neurophysiologistes nous avaient montré, et cette fois avec des arguments convaincants, qu'elles pouvaient avoir des conséquences nocives sur le fonctionnement cérébral, sur l'irrigation vasculaire cérébrale, et au bout du compte sur l'avenir neurologique de l'enfant.

Un peu plus tard est apparu le terme de détresse, terme particulièrement approprié, et qui fait bien ressortir la notion d'urgence à répondre à de telles situations. Je dois cependant à cette occasion rendre hommage à certains obstétriciens, et en particulier à Émile Papiernik ici présent, qui ont su introduire un certain nombre de déterminants psycho-sociaux dans un mode de raisonnement qui était jusque-là terriblement mécaniciste, exclusivement biologique et qui risquait de nous enfermer dans une technique envahissante.

Dans un article récent paru dans l'*American Journal of Pediatrics*, l'un des collaborateurs de Brazelton décrivait les modifications explosives de nos comportements au cours du dernier demi-siècle et s'interrogeait sur le sens de cette transformation ainsi que sur les limites de l'adaptabilité humaine. Jusqu'où pourrons-nous aller dans cette évolution dont certains aspects sont incontestablement positifs, mais dont d'autres font fi d'une expérience millénaire très riche et sans doute très importante pour la perpétuation de l'espèce ? J'ai le privilège, du fait de mes fonctions au Centre international de l'enfance, de voyager beaucoup et en particulier dans les pays du tiers monde. Et il est sûr que le regard que nous portons aujourd'hui sur les diverses pratiques obstétricales ou d'accueil du nouveau-né n'est plus seulement teinté de curiosité, de supériorité, comme ce fut longtemps le cas, mais plutôt empreint de sympathie et de recherche de compréhension. Beaucoup d'entre nous déplorent d'ailleurs qu'un certain nombre de médecins du tiers monde copient inconsidérément certaines pratiques obstétricales ayant cours dans les maternités occidentales et que nous commençons nous-mêmes à remettre en question. Ces équipes ont adopté ces pratiques avec un enthousiasme de néophytes et un goût de l'imitation qui fait qu'elles vont souvent plus loin que nous-mêmes n'allons dans notre propre démarche. Mais nous savons très bien que ce n'est pas leur rendre service que de leur proposer ces modèles. Nous avons sans doute plutôt à leur dire : il y a dans votre patrimoine ancestral des richesses, des richesses techniques, des richesses de communication, que vous devez soigneusement identifier, répertorier, sauvegarder, et que vous devez nous aider à mieux connaître et à mieux comprendre.

En effet, dans beaucoup de ces pays, on a gardé à la

grossesse, à l'accouchement, aux premiers jours de la vie, à la relation mère-enfant, à l'accueil de l'enfant dans la famille élargie, des dimensions que malheureusement nous avons depuis longtemps perdues. C'est dire à quel point l'approche ethnologique, anthropologique et, pourquoi pas ? l'approche éthologique ont des choses à nous apprendre dans la compréhension des phénomènes de la reproduction humaine, et la prématurité n'y fait pas exception.

Je vous propose de consacrer la première partie de notre discussion au sens même de la prématurité et la désirabilité de sa prévention. Et si nous jugeons que la prématurité, à tout le moins la grande prématurité, doit être prévenue, quels sont les moyens à notre disposition et comment les mettre en œuvre pour sauvegarder à la fois l'enfant et le sens de la prématurité, comme certains auteurs l'ont souhaité.

ÉMILE PAPIERNIK. — Je suis tout à fait d'accord avec Michel Manciaux pour replacer notre pratique dans une échelle de valeur plus vaste. Jusqu'à il y a peu en Occident la prématurité n'avait pas de sens, parce que la plupart des enfants en mouraient. Dans des pays comme le Maroc ou le Sénégal où je me suis rendu pour étudier comment cela se passait, je me suis aperçu que la prématurité ce n'était pas plus grave qu'un avortement car de toute façon l'enfant va mourir, qu'on va le remplacer, et que pour ce qui est de la descendance finale on tient compte de tous ces échecs de grossesse. Il faut bien se rendre compte que notre appréciation de la prématurité est très nouvelles et qu'elle est venue de l'arriération mentale comme conséquence de la prématurité. Et ce sens n'est apparu que dans les années cinquante, soixante. C'est à cette époque que, sans bien se rendre compte de ce qu'on faisait, on a aidé ces enfants à vivre et que c'est devenu un problème dramatique au sens du poids affectif pour la famille concernée et petit à petit on s'est même aperçu que ça avait un sens dramatique pour la communauté en tant que charge financière.

Deuxième point, la prématurité a des causes médicales qui ne sont pas très fréquentes. Mais surtout quand on arrive à faire le compte des causes évitables et des causes inévitables de la prématurité, travail que je me suis efforcé de faire depuis des années et des années, on s'aperçoit qu'il

y a des causes inévitables qui sont liées à certaines variétés de grossesse et à certains accidents spécifiques, et pour ne prendre que quelques exemples, je citerai les naissances gémellaires, le placenta praevia, les hydramnos, etc. Bref, il y a des causes médicales contre lesquelles il est très difficile de lutter et pour lesquelles la prévention est quelque chose de très difficile à mettre en œuvre, et il y aura toujours un certain taux de prématurité. Ce taux est d'ailleurs difficile à mesurer, mais il nous semble qu'il se situe autour de 2 pour 100 des naissances telles qu'on les définit aujourd'hui. En revanche, je me suis efforcé de montrer qu'il y avait des causes évitables, et qui sont liées à des étiologies multiples, et c'est cette approche globale, ethologique en effet, qui nous a permis de faire un progrès. Nous avons montré, et Nicole Mamelle a confirmé, qu'il y avait, entre autres, une relation entre la prématurité et la position de travail. La durée du travail, la pénibilité, des éléments très simples de la vie quotidienne, dont on n'avait pas mesuré l'impact. Cette découverte permettait de proposer une prévention qui s'est révélée efficace, mais qui n'a pas résolu tous les problèmes ; en particulier la proposition d'un arrêt de travail prolongé pendant la grossesse n'est pas bien acceptée, et pour cause, par les femmes ayant l'ambition de réussir leur carrière. La concurrence entre la réussite de la grossesse et la réussite de son métier est aujourd'hui un problème central dans la prévention de la prématurité.

BERNARD THIS. — Cette rencontre réunit des obstétriciens, des pédiatres, des historiens, des psychanalystes, des individus passionnés par *la relation qui peut s'établir* entre un enfant, sa mère, son père et son environnement social, et ceci *bien avant sa naissance*, notons-le.

Il compte pour eux bien avant d'être né, mais il n'existait légalement, civilement, qu'à partir du moment où un acte de naissance témoignait de sa sortie du ventre maternel. En Chine, on donnait à l'enfant son âge en comptant à partir de la conception.

Pour un certain nombre d'analystes, Anna Freud, Melanie Klein, Winnicot, Spitz, etc., la libido n'apparaît qu'avec la première tétée. Mais la théorie analytique doit cadrer avec les faits observés, et en ce domaine nous avons fait quelques progrès : il est possible d'entrer en contact avec

l'enfant bien avant sa naissance. Contact *verbal* ou musical, et les sons graves ont toute leur importance, *contact tactile* dès que ses mouvements sont perçus, et à ce moment quelque chose d'essentiel se noue entre l'enfant, sa mère et son père. Franz Veldman nous expliquera tout à l'heure comment nous pouvons faire fleurir cette relation vivifiante et sécurisante, et Titran nous montrera peut-être comment, depuis qu'il apprend aux mères à jouer avec leur enfant, le taux de prématuration se modifie. Il ne s'agit pas seulement d'intervenir haptonomiquement auprès des enfants prématurés pour les aider à développer leur sécurité de base, il s'agit de *prévenir* la *prématuration* et vous noterez que jamais nous n'entendons parler de ce *contact* réjouissant et *sécurisant*. Il n'est question que de multiplier le nombre des consultations et des examens biologiques ; que la relation des parents et de l'enfant puisse s'épanouir bien avant la naissance, on ne s'en préoccupe jamais ! Du *plaisir*, il n'est jamais question.

Vous voyez que nous avons la possibilité de réinterroger ce taux prétendument « incompressible » de prématuration. Jusqu'où pourrons-nous aller ? Je n'en sais rien, mais c'est peut-être la chance et le sens de cette rencontre d'aujourd'hui : poser les problèmes sous cet angle.

ANNIE DELAYEN. — Je voudrais quant à moi intervenir à plusieurs niveaux :

1. À propos des facteurs médico-socio-psychologiques de prématurité, et redire que la grossesse et la naissance doivent toujours être considérés dans l'histoire concomitante du couple (et de la famille de celui-ci), bien évidemment sans ignorer les antécédents.

Dans ce cadre, je voudrais faire état de l'enquête périnatale effectuée en Seine-Saint-Denis, dans les villes d'Aulnay-sous-Bois et Blanc-Mesnil (de 1975 à 1978), sous l'égide de la D.A.S.S. du département et de la M.G.E.N., en relation avec le service de réanimation néonatale de Port-Royal.

Cette enquête a entraîné la mise en place de la surveillance mensuelle de la grossesse par des praticiens travaillant dans divers lieux (un centre hospitalier, une clinique privée, des centres de P.M.I., des cabinets de médecine libérale) et conjointement la surveillance à domicile des

grossesses par les sages-femmes (qui se fait maintenant dès la déclaration de grossesse à la D.D.A.S.S.).

La mise en place de ces moyens d'action a permis de toucher et de sensibiliser notre clientèle. Rappelons que celle-ci est composée par des milieux sociaux défavorisés très souvent, et pour trente pour cent par une population migrante (ce chiffre est augmenté depuis), et que cette population est particulièrement exposée aux risques de prématurité.

Le taux de prématurité était alors de 8,6 pour 100 pour les femmes d'origine nord-africaine, contre 5 pour 100 pour les femmes d'origine française, dans une surveillance mensuelle de la grossesse. Dans ce contexte de prématurité, l'enquête fait état de la notion de désir de grossesse, et relève des chiffres qui à mon sens entraînent réflexion :

Faisant référence à l'origine ethnique et aux caractéristiques socio-économiques la notion de grossesse non désirée est notée chez 31,9 pour 100 de notre clientèle nord-africaine, et 18 pour 100 chez les femmes originaires d'Europe du sud : *soit plus de 24 pour 100* pour les deux ethnies considérées, contre 12,7 pour 100 chez les femmes d'origine française.

Même s'il est très difficile de différencier désir de grossesse conscient et inconscient, tout en sachant que nous ne pouvons détacher ces chiffres de la culture d'origine, tout en connaissant les difficultés à s'intégrer dans notre culture pour les femmes migrantes (et en notant les contradictions relevées au niveau des deuxièmes générations) il me paraît important de redire que la notion de grossesse non désirée doit être reconnue par nous (de même que la demande d'I.V.G. non satisfaite), et que ce facteur doit nous rendre plus vigilants pendant la surveillance de la grossesse, lors de la naissance et dans l'avenir des relations parents-enfant prématuré. D'où l'intérêt de favoriser les contacts sur les lieux de vie ou au plus près de ceux-ci, tout en essayant de minimiser l'effet d'intrusion dans la vie personnelle que ceux-ci pourraient représenter et en amenant des aides à domicile.

2. Concernant les lieux de prévention, et particulièrement pour les centres hospitaliers (trop souvent inhospitaliers), il nous a semblé très important de réfléchir autour de la construction d'un bâtiment mère-enfant (peut-être

pourrions-nous d'ailleurs l'appeler « bâtiment parents-enfants »).

Cette réflexion s'intègre certainement dans le sujet qui nous occupe aujourd'hui : la lutte contre la prématurité et les relations parents-enfant prématuré. Nous avons été ainsi amenés à créer un groupe de recherche qui travaille depuis plusieurs mois sur l'architecture des maternités en relation pour notre bâtiment avec l'Association natation maternité. Cette architecture doit pouvoir répondre à plusieurs exigences :

— Intégration de la technicité médicale actuelle, en la rendant moins agressive.

— Respect des règles d'hygiène et de sécurité.

— Besoins en matière de préparation à la naissance, d'environnement de la naissance et à l'après-naissance.

— Ouverture à la parentalité.

Différents professionnels concernés ont été ainsi amenés à travailler ensemble : techniciens du bâtiment (architecte, ingénieur, décoratrice), techniciens de la relation (psychologue et ergonome), techniciens de la santé (médecin, gynécologue-accoucheur et pédiatre, sage-femme, puéricultrice, infirmière et autres professionnels), et à faire part de notre réflexion aux responsables administratifs. Cette expérience est pour nous lieu de grande richesse.

3. Au risque de monopoliser la parole, je voudrais terminer sur un troisième point et faire état d'une réflexion personnelle, née après un travail effectué dans le cadre d'une revue d'obstétrique, lors d'un tour de France de l'obstétrique que nous avons commencé en 1980.

Il apparaît que des oppositions de plus en plus visibles se créent (et sont répercutées par les mass media), entre ce qu'il est convenu d'appeler maintenant une médicalisation à outrance et à l'opposé une démédicalisation à outrance.

Je voudrais redire qu'il serait grand temps que les professionnels de la santé soient amenés à une réflexion sur les motivations qui les ont fait cheminer vers ces professions.

En ce qui concerne ici la prématurité, je me demande en tant que professionnelle et en tant que femme à quelles aberrations nous aboutissons dans ces cheminements extrémistes.

MICHEL MANCIAUX. — Je vous remercie de cette intervention qui pose, en effet, de multiples questions, mais je souhaiterais que nous précisions ensemble quelque peu cette notion d'enfant désiré. Vous admettrez aisément que s'il n'y avait dans cette salle que des enfants désirés nous serions sans doute moins nombreux. (Rires.) Par ailleurs, le désir d'enfant est quelque chose qui ne se cerne pas par un interrogatoire où l'on demande aux femmes de répondre oui ou non. Suivant la période de la grossesse, suivant les conditions de celle-ci, suivant la réponse que la femme croit qu'elle doit donner, compte tenu de la façon dont l'interrogateur pose la question, nous savons tous qu'il y a d'énormes biais... Peut-être Titran qui, dans son article, aborde ce problème est-il plus proche de ma propre vision des choses à savoir : notre rôle n'est-il pas, dans le cadre même de la prévention, de réconcilier la femme avec sa grossesse ? Par ailleurs, peut-être Papiernik pourrait nous dire un mot sur l'importance des facteurs psychosociaux sur le taux de prématurité, et faire le point sur les moyens dont nous disposons pour intervenir à ce niveau.

MAURICE TITRAN. — Oui, bien sûr, notre propos est bien celui-là : réconcilier la femme avec sa grossesse. Toutefois cela n'est pas toujours très simple, et en particulier dans les milieux les plus défavorisés. La grossesse, quelle que soit la femme qui se trouve enceinte, se déroule comme une crise physiologique. M. Soulé la décrit comme un acte de la folie ordinaire. Dans la plupart des cas, cela ne se passe pas trop mal. Mais si la femme ne dispose pas des moyens nécessaires pour se faire aider quand le besoin s'en fait sentir, à ce moment-là cette crise physiologique peut se transformer en crise pathologique. Les médecins et le personnel soignant, lorsqu'ils sont confrontés à ce type de problèmes ne savent souvent pas très bien comment ils doivent y répondre, et peut-être ont-ils justement tendance à qualifier de pathologique le comportement de cette femme issue d'un milieu culturel justement très différent. On a parlé tout à l'heure d'un taux élevé (24 pour 100) de femmes maghrébines qui ne désiraient pas leur enfant. Cela me surprend beaucoup quand je pense à l'importance que prend la grossesse pour la femme issue du milieu maghrébin, l'ascension sociale que cela provoque au sein de la famille pour la mère qui donne

des fils ou des enfants à son époux, ce que devient par exemple une femme maghrébine stérile, qui risque d'être répudiée, on a du mal à comprendre ce chiffre de 24 pour 100 qui a été donné tout à l'heure. Au total, une mécompréhension de la demande entraîne obligatoirement une inadéquation de la réponse qui est alors fournie avec des résultats qui, bien sûr, sont alors ceux que l'on observe entre autres au niveau de la prématurité dans ces milieux-là. Peut-être va-t-on prendre pour pathologique ce qui n'est qu'une manière d'être à ce moment-là, et le traitement prescrit alors dans ces conditions risque, bien sûr, de n'être pas appliqué. D'où il résulte alors cette impression que, quoi qu'on fasse, ces taux élevés ne bougent pas.

ÉMILE PAPIERNIK. — D'abord un mot de terminologie : prématurité et prématuration ont été les deux termes employés jusqu'à présent. La prématurité est un état de fait, alors que la prématuration est un état évolutif dont je ne comprends pas très bien le sens. Dans toutes les enquêtes effectuées en Europe à un niveau national, il est bien montré qu'il y a une différence du taux de naissance prématurée en fonction de la classe socio-économique à laquelle la femme appartient, et ce quel que soit le mode de définition adopté (niveau de revenu, niveau éducatif), cela va de 3 pour 100 pour les classes les plus favorisées selon ces critères, à 12, voire 15 pour 100 pour les milieux les plus défavorisés, toujours selon les mêmes critères (enquête de Roumeau-Rouquette en 1972). Notre hypothèse était que la différence sociale traduisait la part évitable de la prématurité, évitable par des moyens sociaux ou médicaux. C'est cette hypothèse que nous avons essayé de tester et nous aboutissons à une conclusion positive. Ce que nous avons obtenu, c'est une disparition de ce gradient, tout du moins en ce qui concerne les femmes qui consultent avant vingt-huit semaines (de 3 à 3,5 pour 100 de prématurité). Nous le constatons aussi sur l'enquête d'Haguenau, grâce à laquelle nous avons pu observer l'évolution progressive des choses. Nous avons constaté d'abord une diminution importante pour les femmes des milieux les plus favorisés, et maintenant, huit ans après, nous constatons la même évolution pour les femmes issues des autres milieux. Notre politique consiste à proposer aux femmes, car il s'agit bien entendu d'une proposition, une venue précoce et répétée

aux consultations prénatales, venue qui aboutit à un suivi régulier de ces femmes pendant toute la durée de leur grossesse, ceci sans entrer dans les explications psychologiques dont je suis friand par ailleurs, mais en restant à un point de vue extérieur des choses, on aboutit aux résultats dont je viens de faire état brièvement.

L'efficacité de la prévention se manifeste très clairement aussi bien chez des femmes dont le risque est bien connu et mesurable. Par exemple, celles qui ont déjà accouché prématurément ont un risque de récidive de plus de 25 pour 100. Quand elles sont suivies, le taux de récidive est de 7 à 9 pour 100. Les femmes enceintes de jumeaux ont un risque connu de 35 pour 100 de prématurité. Celles qui sont suivies ont un taux de dix pour 100 actuellement.

PIERRE SATGE. — J'ai, bien sûr, été séduit par le travail décrit dans son article par M. Titran qui a bien cerné le problème des « migrants », milieu dans lequel on trouve en effet une forte proportion de naissances prématurées. Cependant, je doute un peu de notre capacité d'intervention dans ces milieux. En effet, notre service social tel qu'il est organisé en France est très loin de ces gens-là, et en plus dans ce milieu très particulier il est même souvent ressenti comme un agresseur. Il y a eu souvent dans leur environnement beaucoup trop de placements abusifs par ces services sociaux et de ce fait ce quart monde peut nous ressentir — je dis « nous » car je m'identifie à ce service social qui travaille avec moi et pour lequel j'ai par ailleurs beaucoup d'estime —, d'une façon qui n'est pas celle que nous désirerions, celle qui pourrait être efficace. Un autre problème est celui de ces grossesses extrêmement souhaitées [1] qui auparavant auraient abouti à des fausses couches, mais grâce aux progrès de l'obstétrique parviennent au terme de trente, trente-deux semaines, au prix d'une médicalisation intensive. Une fois ce terme atteint, les obstétriciens ont tendance alors, et quel que soit le rapport

1. D'autant plus souhaitées qu'elles surviennent dans un contexte médical qui rend une naissance problématique, comme c'est par exemple le cas chez les femmes présentant une hypertension artérielle importante pendant le temps de la grossesse, ou ayant des difficultés liées, ou une incompatibilité rhésus. *(N.d.l.R.)*

L/S [1] à passer le relais aux pédiatres en se disant qu'ils se débrouilleront toujours. Ce sont ces enfants-là qui aujourd'hui nous posent sur tous les plans le plus de problèmes.

MICHEL MANCIAUX. — Je voudais préciser un peu ce terme de quart-monde. Il s'agit d'autochtones qui vivent au bas de l'échelle sociale et qui accumulent un grand nombre de handicaps de toute sorte, non seulement au niveau de l'éducation, de la culture, mais aussi du logement, de l'emploi, etc. Et c'est en définitive ce cumul de handicaps et sa transmission de génération en génération qui définissent le quart-monde. Il est sûr que la distance culturelle et sociale entre les médecins et les services sociaux d'une part, et ces populations d'autre part, est telle que la compréhension est fort difficile.

Il y a quelques années un travail a été effectué auprès de ces populations dans la banlieue de Metz, travail qui avait montré que dans cette catégorie de population, les taux de mortalité périnatale, et même les taux de mortalité infantile, car on avait suivi les enfants issus de ces grossesses pendant une période d'un an, étaient tout à fait analogues à ceux que l'on trouve dans les pays du tiers monde. Je crois qu'il y a là quelque chose de tout à fait choquant et inadmissible, et nous n'améliorerons l'ensemble de nos résultats qu'en accordant une importance toute particulière à ces populations.

Le problème n'est pas d'une technicité plus poussée, encore qu'il ne faille pas la répudier, et qu'il faille la mettre aussi au service des plus défavorisés : il est celui d'une approche humaine.

MAURICE TITRAN. — Je veux préciser qu'il s'agit de familles d'origine européenne. Que l'expérience a débuté il y a trois ans maintenant, et les premières constatations que

1. Le rapport lécithines sur sphingomyéline (L/S) dans le liquide amniotique prélevé par ponction donne une idée de la maturité pulmonaire du fœtus. Lorsque l'extraction délibérément prématurée d'un fœtus en danger (hypotrophie grave, iso-immunisation rhésus grave, par exemple) est nécessaire, on s'efforce, lorsque c'est possible, de ne la réaliser que lorsque le rapport L/S est suffisant, ce qui permet de présumer que l'enfant ne fera pas une détresse respiratoire grave par « maladie des membranes hyalines ». (*N.d.l.R.*)

nous avons pu faire sur un ensemble de dix-sept familles c'est qu'elles étaient devenues demandeuses de soins à bon escient, et que pour les enfants adressés à l'hôpital par des spécialistes la durée d'hospitalisation était divisée par deux.

CATHERINE DOLTO. — Je voudrais prendre le problème en amont. Quand je fais de la contraception, quand j'aide les femmes à mieux gérer leur contraception, j'estime que je fais la prévention de la prématurité. Lorsqu'une femme vient pour arrêter de prendre la pilule, ou pour en changer, pour poser, retirer ou changer son stérilet, si je n'en profite pas pour parler avec elle de ce que cela représente, alors je fais mal mon travail. Il y a en effet un risque de glissade entre le désir d'enfant et le besoin d'enfant. Nous sommes souvent confrontés à des femmes de « bon niveau social », cultivées, qui, une fois enceintes, sont aux prises avec leur désarroi. Elles s'aperçoivent qu'elles avaient peut-être un désir de vivant poussant dans leur ventre, mais pas forcément un désir d'enfant à élever. Parfois, elles découvrent qu'elles ont été le réceptacle d'un enfant que voulaient leur mère, leur belle-mère, leurs grand-mères ou leur mari : tout le monde sauf elles. Il n'est pas toujours facile de s'y repérer entre son propre désir et celui de son entourage. Elles ont vraiment cru désirer cet enfant, et ne repèrent pas leur absence de désir dans le grand désarroi qui les saisit. La prématurité, c'est peut-être le symptôme de cette glissade entre la grossesse bien programmée et un enfant désiré. Il faut savoir prendre en compte la gravité qu'il y a pour elles à ne pas mener à bien cette grossesse-là qui arrangeait si bien tout le monde.

ÉTIENNE HERBINET. — La discussion, telle qu'elle a commencé ce matin, pourrait prendre place dans n'importe quel congrès médical sur la prématurité. Si *Les Cahiers du nouveau-né* ont quelque chose de spécifique, de particulier, c'est de s'attacher à la part de l'humain, à l'aspect émotionnel dans la pratique médicale autour de l'accouchement et de la naissance. La part de l'humain peut-elle être maintenue dans la médecine ou pas ? Y a-t-il une impossibilité théorique comme le suggère Clavreul [1] ? Personnellement, je ne le crois pas.

1. *L'Ordre médical*, Le Seuil, 1978.

J'ai lu, trop rapidement malheureusement, les textes de la première partie et je dois dire qu'ils me mettent mal à l'aise. J'ai l'impression que l'on assiste à une dissection, à des analyses précises faites par des médecins qui veulent tout prévoir, ne rien oublier.

Qu'on s'intéresse à la prévention de la prématurité ou aux soins administrés aux enfants nés prématurément, il s'agit ici aussi de relation : relations entre la mère, son enfant, le père, relations aussi entre eux et le pédiatre, entre eux et l'accoucheur, médecins qui ont aussi leur corps d'émotions.

Il y a peut-être quelque chose qui explique que nous soyons partis si allégrement dans une discussion technique, c'est le fait que c'est la première fois qu'un *Cahier du nouveau-né* aborde *la maladie*. Et cela pose la question de savoir à qui on s'adresse.

ODILE de BETHMANN. — Je travaille dans le service du professeur Minkowski, à Port-Royal, dont on connaît la haute technicité, mais je ne suis pas venue ici pour entendre parler de technicité ou de statistiques car je crois que nous sommes tous convaincus de la valeur du C.R.A.P. de Papiernik et de l'intérêt de l'enquête de Blanc-Mesnil. En tant que mère plus encore qu'en tant que médecin, je me pose souvent la question : est-ce que certaines femmes ne sont pas plus faites que d'autres pour la maternité ? Est-ce simplement ça qui expliquerait ce petit pourcentage de prématurité qu'on n'arrive pas à réduire ? Je suis frappée par le fait que, à risque équivalent, certaines femmes accouchent prématurément, et pas les autres. Il y a des familles où on ne connaît pas la prématurité... Il y a des femmes dont je suis d'avance persuadée qu'elles auront un accouchement prématuré, même si elles n'ont pas un facteur de risque bien défini, et pour d'autres j'ai une certaine confiance, et je pense que même si elles ont cinq enfants en six ans elles les auront dans de bonnes conditions, à terme ! L'autre jour, une jeune femme m'a raconté l'histoire de sa maternité qui, me semble-t-il, illustre bien ce propos : femme de médecin, elle est enceinte ; c'était il y a sept ou huit ans. Elle se fait suivre dans une grande maternité hospitalière de Paris, réputée pour sa qualité d'accueil et de soins ; elle attend des jumeaux, et voilà qu'à cause de cela, par précaution, car son col est court, le chef

de clinique dont la compétence ne fait pas de doute, lui dit qu'elle doit se faire cercler : c'est la douche froide, elle qui était si heureuse d'attendre les jumeaux dont elle avait toujours rêvé... « L'idée qu'on touche à cet endroit-là m'était intolérable », dit-elle. Pour confirmation, elle va voir le patron. Il ne réfute pas qu'il y ait une indication de cerclage mais, après avoir longuement écouté cette mère, accepte qu'on ne le fasse pas : elle explique que, depuis son enfance, elle savait qu'un jour elle aurait deux enfants, qu'ils seraient jumeaux, et que ce serait un garçon et une fille. Quand on lui a annoncé cela, elle n'a eu aucune surprise, mais une très grande joie car s'accomplissait ce qu'elle avait toujours imaginé et prévu. Faite pour la maternité, sereine dans son programme de femme préparée de longue date, elle a mené à terme sa grossesse sans problème, l'accouchement a été simple.

LAURENT LE VAGUERÈSE. — Le sens de cette discussion est, à mon avis, de confronter des approches très différentes. Ce contre quoi *Les Cahiers du nouveau-né* se sont battus, c'est la dominance hégémonique d'un certain discours. À un moment donné, il y a toujours un discours qui domine, et à l'intérieur même de ce discours, par exemple le discours médical, il y a une tendance qui domine, laissant croire que seule cette parole existe, et qu'elle s'identifie plus ou moins à la vérité. Nous sommes pour notre part toujours partis du point de vue qu'il n'y a pas une vérité, mais bien des vérités, que chacun a son approche. En aucun cas le discours médical tel qu'il s'exprime en 1982 n'est La Vérité. Nous avons à entendre des voix différentes qui peuvent s'exprimer ici, que celui qui parle soit médecin, psychologue, psychanalyste, historien, sociologue, etc.

Comme tout le monde, j'ai, bien sûr, été frappé par l'article de Titran qui a un peu centré le début de notre discussion, car il montre combien cela peut avoir d'effet négatif lorsque le discours médical vient en quelque sorte jouer les rouleaux compresseurs. Pour une fois, l'expérience qui nous est rapportée nous montre des gens qui n'essaient pas d'imposer un discours aux autres, fussent-ils maghrébins ou déshérités de toute sorte, mais qui essayaient au contraire de comprendre quel sens cela peut avoir pour eux cette maternité, et de les aider à faire quelque chose pour que ça se passe bien. L'exemple de la

contraception comme pseudo-accord destiné à faire plaisir au médecin et ne pas trop se heurter à lui montre que ce n'est pas parce que tout le monde semble s'être mis d'accord que chacun s'est véritablement exprimé, et a dit ce qu'il pensait vraiment. Le rôle des *Cahiers du nouveau-né*, c'est justement de mettre des coups de poinçon dans ce bel accord, accord en fait tout à fait factice.

Enfin, pour répondre à la question posée par Herbinet, je dirai qu'on a souvent un peu trop tendance à considérer d'un côté il y a les médecins et de l'autre le public. D'une manière générale on a tendance à porter auprès du grand public la bonne parole des médecins, et je crois qu'aujourd'hui, ce qu'il s'agit de faire, c'est de permettre que cela aille dans les deux sens, et que le public puisse s'adresser aux médecins, non pas dans une situation de face à face où le patient est toujours en situation d'infériorité, mais à travers le biais de cette revue : il est tout autant nécessaire que les médecins puissent faire part au public de leurs difficultés et que se fassent entendre simultanément d'autres voix qui permettent à nous tous d'y voir un peu plus clair dans les questions auxquelles nous sommes, les uns et les autres, confrontés.

JACQUES GÉLIS. — Jusqu'à une époque récente, la naissance s'est faite dans la communauté des femmes ; puis progressivement à partir du milieu du XVIIIe siècle, est apparue une seconde étape, celle de la médicalisation, dont on commence aujourd'hui à mesurer les limites. Notre interrogation commune me semble donc celle-ci : que pourra être la naissance demain ?

Ce qui s'est passé hier peut nous éclairer, nous aider à comprendre certaines réactions contemporaines qui nous paraissent à première vue incompréhensibles. Ce qui suppose aussi que les exemples du passé soient replacés dans leur contexte, et qu'on ne les plaque pas artificiellement sur la réalité contemporaine.

Enfant désiré, enfant accepté ? Il me semble que la question, pendant longtemps, n'a pas eu de sens ; je veux dire que l'enfant était désiré *et* accepté ; la grande hantise, c'était de ne pas en avoir, car il était de l'ordre de nature au fond que la femme ait des enfants. L'anormalité, c'était bien de ne pas en avoir.

Dans ce contexte culturel, mental, le prématuré était

considéré comme un déchet, au même titre que l'avorton, que l'enfant débile et le monstre. C'était la manifestation d'un balbutiement de la nature. Cette vision des choses n'excluait d'ailleurs pas une autre interprétation : ce produit anormal était le résultat d'un sort, d'un maléfice. Les parents pensaient alors que cet enfant n'était pas le leur, qu'il y avait eu substitution. Un historien médiéviste, J.-C. Schmitt, a montré récemment la permanence d'un rituel d'exposition des enfants malingres du XIIIe au XIXe siècle, dans la Dombes, près de Lyon. Les femmes portaient l'enfant dans un bois et invoquaient saint Guinefort ; elles se soumettaient à un rituel assez contraignant dans l'espoir de récupérer celui qu'elles pensaient être leur véritable enfant. En fait, derrière un tel rituel, se trouve posée la question : cet enfant vaut-il la peine d'être sauvé ? Ce qui nous ramène à l'exemple qu'évoquait tout à l'heure M. Manciaux. Que cette question réapparaisse en 1950 ne me surprend pas : elle est la manifestation tardive, dans un contexte médicalisé, d'une très ancienne préoccupation.

ÉTIENNE HERBINET. — Lorsqu'un accoucheur (ou un pédiatre, ou un médecin généraliste, car il n'y a pas que les accoucheurs !) conseille après un enfant mort, « de faire rapidement un enfant », je me demande si ce n'est pas plus simplement une manifestation de l'angoisse de ce médecin devant la mort, ou encore son angoisse devant ce qu'il imagine des réactions des parents devant cette mort. Parce qu'un accoucheur, c'est formé et payé pour s'occuper de naissances, c'est-à-dire de vie. Conseiller de faire un enfant, très vite, c'est vouloir annuler cette mort, combler le trou par quelque chose à la place, immédiatement, pour qu'on n'ait pas le temps de le savoir. Alors, si ce conseil est suivi, il ne faut pas s'étonner si le nouvel enfant prend la place du mort et en ait des troubles, comme le raconte par exemple Serge Leclaire [1]. Si cela m'intéresse, bien que ce ne soit pas une pathologie qui concerne mon métier, c'est parce que les paroles d'accoucheur ou de pédiatre, sur le moment, ont leur poids, et que j'ai été souvent confronté à ces situations.

1. Serge LECLAIRE, *On tue un enfant*, Le Seuil, 1975.

ANNE BOUCHART. — Je voudrais rappeler surtout l'importance primordiale de la relation à la mère chez la femme enceinte, son vécu de bébé avec sa propre mère. Cela renvoie la femme enceinte à des références culturelles primaires, qui risquent de la mettre mal à l'aise par rapport aux normes culturelles actuelles. Il y a donc, c'est du moins l'hypothèse que je fais, un conflit pour chaque femme entre les références socio-culturelles qui organisent la grossesse aujourd'hui, et les références qui se situent dans sa toute première enfance, voire au moment où elle-même était en gestation. Peut-être cela nous permet-il de mieux comprendre, par exemple, la question des femmes immigrées qui sont particulièrement exposées à ce conflit socio-culturel, mais ce serait vrai pour toute femme enceinte et qui devient mère, comme une nécessité absolue d'enraciner sa grossesse actuelle dans les traces qui ont marqué les débuts de sa vie à elle, au risque de se mettre « hors la loi ».

CATHERINE DOLTO. — Je ne suis pas d'accord avec Étienne Herbinet quand il dit que, pour lui, la prématurité serait une maladie. Selon moi, c'est tout juste un symptôme, symptôme auquel nous participons tous. Je ne peux pas passer là-dessus car, d'une certaine manière, ce serait accepter de dire qu'on ne peut pas communiquer avec le prématuré, qu'il ne se passe rien entre lui et sa mère, ni entre lui et les médecins, et avec ça je ne suis pas d'accord. Peut-être même faut-il aller plus loin. J'ai parlé tout à l'heure de la gestion de la contraception, mais à l'heure actuelle, tout le travail remarquable qui a été fait sur la stérilité n'est pas sans poser problème. Quand Odile de Bethmann dit qu'il y a peut-être des femmes qui ne sont pas faites pour avoir des enfants, on sait bien qu'auparavant intervenait là quelque chose de l'ordre du destin. On sait bien aussi qu'une femme peut être incapable d'avoir des enfants à un moment donné de sa vie, pourra ne plus l'être à un autre moment. Maintenant, avec les différents inducteurs d'ovulation, on a fait de ces femmes qui n'étaient pas faites pour cela des mères. Parfois, elles ne savent même pas pourquoi ni comment. Peut-être que la prématurité est une réponse à cela.

MICHEL ODENT. — Peut-être cette table ronde serait-elle

mieux partie si l'on avait pris une certaine distance vis-à-vis du concept même de prévention de la prématurité, et même vis-à-vis de l'idée de médecine préventive. L'idéologie médicale dominante s'accommode très bien du concept de médecine préventive. Les médecins veulent prévenir la prématurité comme ils veulent prévenir d'autres maladies, comme ils veulent prévenir le cancer. Mais il se peut que cette attitude les empêche d'aborder des questions beaucoup plus fondamentales, qui transcendent toutes les autres, comme la genèse du bien-être, la genèse de la bonne santé ou de l'attachement à la vie. Cela m'est venu à l'esprit récemment lorsque je me suis trouvé au milieu de femmes enceintes qui chantaient ou évoluaient dans une piscine en compagnie d'un maître nageur, ou plutôt d'un antimaître nageur qui leur apprenait à dépasser l'angoisse de l'immersion. Je me suis alors trouvé face à des gens qui n'étaient pas médecins, mais qui allaient très loin dans leur interrogation sur la genèse de la bonne santé, et de l'attachement à la vie, et j'ai l'impression que ces gens-là transcendent nos petits problèmes.

GUÉNOLÉE STROUK. — En tant que praticien, je suis extrêmement embarrassée devant une mère qui a eu un bébé dont on nous dit qu'il est né prématurément, et tout à coup je me mets à coller à ces parents et à cet enfant sans du tout pouvoir prendre de distance. Je me sens dans un grand malaise, avec un désir de négation et de réparation qui me semble bizarre, et j'ai envie de fuir alors du côté de ce que propose Odent qui me semble être tout à fait solide et sensé. Et alors, quand j'ai lu l'article d'Odile de Bethmann j'ai poussé un grand « ouf » lorsqu'elle dit — je vais sans doute mal la citer, mais enfin c'est quelque chose comme : « Faut s'occuper du prématuré », et on sait que ce qu'elle dit c'est très sérieux quand même. (Rires.) Pour ma part, je me sens tout à fait partie prenante de ce problème, et incapable de prendre cette distance qu'on devrait pouvoir prendre. J'ai envie de dire : « Faisons-nous un peu confiance, tous. Tâchons d'aller dans le sens de ce qu'a dit Odent. Il y a des signaux pour les médecins, il y a un certain nombre d'examens neurologiques que l'on peut faire, il y a un certain nombre de certitudes qu'on peut avoir, eh bien, moi, je suis incapable de me dire : « Voilà : ce bébé a telle chose, et il va évoluer de telle et telle façon. » Et cela est

également vrai pour ce qui est de l'examen psychologique. C'est d'abord de cette incertitude, de ce malaise dont je voulais témoigner.

CHARLES COHEN SALMON. — Excusez-moi d'avoir à tenir ici un discours hyper-biologique, mais en regardant les graphiques sur les causes présumées de la prématurité, je suis amené à poser cette question : est-ce que les 2 ou 3,5 pour 100 au-dessous desquels on n'arrive visiblement pas à descendre dans les taux de prématurités, est-ce que ces 2 ou 3,5 pour 100 sont des chiffres incompressibles ? Si cette incompressibilité est bien une réalité, on peut alors imaginer deux types d'explication.

Il peut s'agir d'un effet de l'environnement, les 2,5 pour 100 représentant la réactivité au « bruit de fond », le niveau zéro n'existant pas. Ce que j'appelle ici « bruit de fond » traduirait l'action minimale de tout environnement prénatal, fût-il « favorable ».

Autre explication : il y a un facteur génétique présent dans la population humaine, et ces courbes seraient le résultat d'une interaction génotype-environnement, ce dernier modifiant le déterminisme génétique dans un sens quelconque selon le type d'environnement et les sensibilités particulières du patrimoine génétique à chaque type d'environnement. Car justement cette interaction exclut toute espèce de fatalité. Je vais vous donner un exemple tiré des travaux de notre groupe dirigé par P. Roubertoux : chez la souris, à la naissance, il existe, comme chez l'homme, des réflexes précoces (grasping, ouverture des yeux, etc.). En fonction de la couche consanguine à laquelle on a affaire, l'ouverture des yeux s'échelonne entre douze et dix-neuf jours. Mais si l'on fait adopter des petits qui ouvrent normalement les yeux à dix-neuf jours par les mères d'une souche dont les petits ouvrent les yeux à douze jours, on s'aperçoit que ces petits les ouvrent alors à quatorze ou quinze jours. La question se pose donc de savoir si ce n'est pas le même problème qui se pose quand il s'agit, cette fois, de prématurité humaine. S'il s'agit bien d'un facteur génétique qui se trouve ici en jeu on peut rechercher la cible correspondante, qu'elle soit hormonale ou autre.

Il est d'ailleurs regrettable qu'un tel problème n'ait pas donné lieu à davantage d'études systématiques, alors que certaines méthodes pourraient éclairer, par exemple, la

question des influences de souris présentant des temps de gestation différents ; on sait aussi effectuer des greffes d'ovaires et des transplantations d'embryons. La transplantation d'embryons d'une souche à gestation courte dans l'utérus d'une femelle appartenant à une lignée à gestation longue, et les durées de gestations obtenues pourraient déjà donner un certain nombre de réponses à la question du rôle de l'environnement prénatal sur la durée de la gestation. Ceci n'est qu'un exemple des possibilités des méthodes génétiques.

MAURICE STUPFEL. — Dans la même suite d'idées que Cohen Salmon, je pose la question : que sait-on aujourd'hui de la durée de la grossesse dans l'espèce humaine ? Chez les mammifères, il existe de grandes variations d'une espèce à l'autre, et d'une souche à l'autre à l'intérieur d'une même espèce. Cela prouve l'importance des facteurs génétiques. Connaît-on chez l'homme l'existence de telles variations ? Sont-elles étudiées ?

Il faudrait connaître parfaitement la durée d'une grossesse avant de parler de prématurité.

JEAN-CLAUDE GABILAN. — J'ai été sensible à l'intervention de Le Vaguerèse quand il parlait non de la vérité, mais des vérités. Des vérités simultanées et des vérités successives. Nous, médecins, sommes tout à fait persuadés de cela. Les médecins n'ont absolument pas la prétention d'avoir une hégémonie quelconque à partir de leur(s) vérité(s). Au cours de mes vingt-cinq années de pratique, j'ai vu se succéder différentes vérités et les attitudes médicales différentes qui en découlaient. Chaque fois, nous étions convaincus d'être dans le juste et dans le vrai. Cinq ans après, notre analyse avait changé après élimination d'erreurs de jugement, ou progressait grâce à des acquisitions nouvelles ; une autre attitude avait pris la suite, et nous nous considérions à nouveau comme dans le juste et le vrai. Ce qui met mal à l'aise, c'est l'imperfection de nos sens et de notre réflexion pour analyser une situation humaine dont les déterminants sont par nature multiples et complexes. Même si nous multiplions l'acuité de nos sens avec les appareils dont nous disposons, nous sommes encore limités dans la compréhension des nombreux éléments d'information qui nous sont donnés. Chacun de nous a ainsi

facilement tendance à penser, lorsqu'il prend une position à partir de ce qu'il sait vrai, qu'il détient La Vérité. Cela fait ainsi beaucoup de vérités apparemment différentes qui en réalité sont, pour la plupart, complémentaires. Je crois, effectivement, qu'il est important aujourd'hui que chacun de nous s'exprime et écoute en même temps, et que c'est dans cette mesure que nous arriverons à progresser. Le risque est que celui qui, grâce à un nouvel abord intellectuel ou technologique d'un problème, a découvert une nouvelle parcelle de vérité tente d'imposer sa position comme dominante, dans la mesure où il peut entraîner alors la régression des acquis positifs. Nous, médecins, devant des remises en cause trop véhémentes de nos attitudes, sommes parfois bloqués car nous avons un certain nombre de certitudes sur le plan du maintien de la vie et sur le plan de la défense du bien-être de nos malades. Nous ne demandons pas mieux que de faire progresser nos acquis ; au contraire, nous en sommes fondamentalement demandeurs : mais si certaines tendances nous paraissent, à nous qui sommes des hommes de terrain, compromettre les vies qui nous sont confiées, alors nous défendons avec une très grande fermeté des attitudes qui ont scientifiquement fait leurs preuves.

MICHEL MANCIAUX. — Je crois qu'il s'agit là d'un domaine où il est vraiment très difficile de généraliser, et les vérités médicales, même si elles sont changeantes, sont très souvent quand même des vérités corporatives, sectorielles, et il faut qu'on s'en méfie terriblement, d'autant plus que nous, médecins, nous avons toujours tendance à être très dogmatiques dans l'assènement de ces vérités aux autres.

(Au cours d'une pause café improvisée des discussions assez vives ont opposé divers participants. Comme on pourra le constater, à la reprise, le ton des échanges avait sensiblement changé.)

MICHEL MANCIAUX. — Je voudrais tout d'abord tenter de dissiper un malentendu qui règne entre la notion de facteur et celle d'indicateur. La notion de facteur implique une causalité directe qu'on ne trouve pas quand on parle

d'indicateur. Les indicateurs peuvent nous permettre de repérer, dans une population, les femmes qui sont moins aptes à être mères ou moins aptes à materner que d'autres, et cela peut être très utile au niveau d'une aide à leur apporter. Ces indicateurs peuvent aussi nous aider à identifier des groupes plus vulnérables qu'il faut peut-être aider à évoluer d'une façon plus soutenue.

Deuxième malentendu : la prématurité n'est pas une maladie en soi, même si elle est parfois l'aboutissant d'une maladie de la grossesse. Le prématuré n'est pas forcément malade, même si, compte tenu de sa prématurité, il y a autour de lui et en lui un certain nombre de contraintes qui obligent à des gestes et à des actes médicaux. Le prématuré est un être humain qu'il faut accueillir dans les conditions les meilleures pour favoriser son épanouissement et son insertion familiale et sociale, et cela en dépit des difficultés que nous connaissons bien. Je souhaite donc que cette deuxième partie soit consacrée à l'accueil du prématuré et à ce que nous devons faire pour lui permettre une insertion réussie chaque fois que cela est possible, et nous savons bien que cela est de plus en plus souvent le cas.

NICOLE MAMELLE. — Je souhaite démystifier un peu les statistiques attaquées parfois, à juste titre, par les psychanalystes qui ne leur reconnaissent pas la même valeur que les obstétriciens et les médecins. On a le sentiment, en écoutant les différentes interventions, ce matin, que dès que l'organicien apporte un élément de connaissance, un indicateur de risque, le psychologue ou le psychanalyste s'insurge : là n'est pas la cause de la prématurité. Oui, bien sûr, peut-être se trompe-t-on sur la cause véritable : un indicateur de risque n'est pas un facteur causal, il donne simplement le moyen de « repérer » pendant la grossesse les femmes qui risquent, plus que les autres, d'accoucher prématurément. Peut-être cela a-t-il un peu plus de poids si c'est moi, épidémiologiste, qui dit cela. Nous n'avons jamais eu la prétention de mettre en évidence des relations de cause à effet entre des facteurs environnementaux et la prématurité, ces facteurs environnementaux n'ont qu'une valeur d'indicateur, et je ne sais vraiment pas ce qui peut se cacher derrière.

Je voudrais aussi ajouter que je crois qu'organiciens et psychanalystes ont, par leur vue différente de la femme et

de sa maladie, la possibilité d'apporter une pierre à l'édifice dans la compréhension du phénomène « prématurité », et que si les organiciens ont pris une certaine avance dans la mise en évidence de ces indicateurs, la balle maintenant est dans le camp des psychanalystes ; dans cette démarche qui se veut de prévention, je crois en cette double approche organiciste et psychanalytique de symptôme-maladie « prématurité ».

MICHEL MANCIAUX. — Cela me fait penser à cette boutade : les médecins s'accrochent aux statistiques comme les ivrognes aux réverbères, non pas pour y voir clair, mais pour s'y soutenir. (Rires.)

FRANTZ WELDMAN [1]. — Je crois que le seul vrai problème est celui de la relation affective entre la mère et l'enfant. J'ai eu l'occasion de voir beaucoup d'enfants nés prématurément et ces enfants, qui avaient été traités par la médecine, étaient des handicapés psychiques qui n'avaient pas la possibilité de se développer normalement. Et je crois que cela tient pour une part à l'absence de contact tactile entre la mère et son bébé, car l'enfant est le plus souvent séparé de sa mère et hospitalisé loin de celle-ci, ce qui le prive du contact nécessaire pour sa sécurité fondamentale (sécurité de base). Je crois que notre responsabilité débute au moment de la conception. Comme le dit le titre de l'article de Titran, « Naître pour vivre », il me semble que notre responsabilité est de donner la possibilité à cet enfant de pouvoir se développer complètement et de s'épanouir. Beaucoup d'enfants prématurés se développent tant sur le plan de l'intelligence que sur le plan psychomoteur de manière normale ; cependant ces enfants ne se présentent pas comme des adultes, et ils n'ont pas la possibilité d'avoir avec le monde un vrai contact affectif. Toute femme peut avoir des enfants, mais toutes les femmes ne sont pas des mères.

SYLVIE GOSME. — Je suis là en tant que mère d'un enfant

1. On trouvera dans le numéro des *Cahiers du nouveau-né* n° 5 intitulé « L'Aube des sens » une série d'articles portant sur l'haptonomie et la pratique du toucher introduite par Frantz WELDMAN (chapitre intitulé « La peau et le tact », pp. 261 à 295).

prématuré qui a sept ans, et qui va bien maintenant, ce qui me permet de prendre la parole. Ce dont j'ai l'impression, ce que j'ai ressenti, c'est qu'un seul sens — la vue — se trouve sollicité pour le prématuré. Ni l'odorat, ni le toucher, ni l'ouïe, ni l'olfaction ne le sont. Quand on a parlé de maladie à propos de la prématurité, cela m'a fait bondir, et puis j'ai réfléchi, et je me suis dit que la maladie c'était peut-être iatrogène, c'était qu'on sépare l'enfant de la mère, c'est là qu'est la maladie, c'est là qu'elle peut se déclencher, et ce que j'ai ressenti c'est un besoin de rattraper le temps perdu. Le temps en couveuse c'était une parenthèse et il fallait absolument que je la comble après.

Ce dont j'ai souffert aussi, c'est au moment de mon accouchement de ne pas pouvoir parler. J'ai trouvé le personnel fuyant, sec, qui me laissait plongée dans mes fantasmes et mon désarroi. Moi-même je suis psychologue, et je me suis dit qu'il faudrait qu'il y ait des psychologues dans les maternités et les services de néonatologie.

ÉTIENNE HERBINET. — Je persiste à considérer, malgré les réactions de ce matin, que de deux choses l'une : ou bien la prématurité est une maladie, ou bien les prématurés n'ont rien à faire dans des services de médecine. Si je me réfère à l'article de Risse et Ricardou, je note qu'en moyenne, en France, on hospitalise environ un nouveau-né sur dix dans un service de prématurés. À Sens, ils ont réussi à faire descendre ce chiffre à 2,4 pour 100, toutes choses à peu près égales par ailleurs. Cela veut dire qu'à sécurité finale égale, selon ce que sont les convictions du pédiatre, on va hospitaliser dans un milieu hyper-spécialisé, c'est-à-dire séparer de leur mère, soit un nouveau-né sur quarante, soit quatre nouveau-nés sur quarante. Où est la maladie ? Où est la normalité ? Si un prématuré n'est pas quelqu'un de malade, il sera mieux soigné par sa mère, par un musicien ou un poète, mais sûrement pas par un médecin.

CHANTAL BIRMAN. — Ce que je dis, je le dis en tant que mère d'un enfant prématuré, Elya, qui a aujourd'hui trois ans. Une des choses les plus difficiles à affronter fut pour moi les images sociales auxquelles je me trouvais constamment confrontée. Être mère d'un enfant prématuré, c'est assumer à priori le fait d'être une mauvaise mère. La

« bonne mère » étant celle qui accouche à terme d'un gros poupon tout rose qui tète goulûment un sein débordant de lait. Au contraire, l'image de la bonne mère dans le service hospitalier est différente. Là, vous devrez ne pas poser trop de questions, sinon vous êtes l'« emmerdeuse », mais en poser suffisamment pour montrer votre intérêt à ce tout-petit qui est votre enfant. À vous de faire ce slalom compliqué sans oublier une seule porte ! Et pourtant, était-ce vraiment le moment pour vous ? Ce bébé que j'avais effectivement vu et touché, je savais que je ne le connaissais pas. Chaque jour le désir de l'emmener à la maison grandissait. J'avais envie de la connaître, de l'embrasser, de l'aimer, de l'adopter enfin.

En conclusion, je dirai qu'être mère d'un enfant prématuré, c'est d'abord être mère.

DANIELLE RAPOPORT. — Vous avez dit que vous aviez adopté votre enfant. Je voudrais dire que dans ce cas-là aussi le bébé devra lui aussi vous adopter. Ce n'est pas seulement la mère qui est séparée de son enfant, mais l'enfant aussi est séparé de sa mère avec déjà toute sa compétence à pouvoir sélectionner les repères. Il ne s'agit donc pas seulement d'une relation mère-enfant, mais d'interrelations permanentes.

CHANTAL FRANÇOIS-NAVELET. — Plus que des psychologues, et plus que de demander au personnel médical, il faut permettre aux parents d'entrer dans les services de prématurés et de vivre avec leur enfant.

JEAN-CLAUDE GABILAN. — Le prématuré est-il malade ? Le prématuré est ressenti comme malade lorsqu'il est séparé de sa mère ; surtout lorsqu'il quitte la maternité pour être « hospitalisé » dans l'unité de nouveau-nés d'un service de pédiatrie qui est le plus souvent séparée de la maternité. Ce qu'il faut, dans ces conditions, c'est que ce ne soit pas l'enfant qui soit déplacé de la maternité vers le service de pédiatrie, mais que ce soient les pédiatres néonatologistes qui se déplacent du service de pédiatrie vers la maternité, et aillent porter aux enfants restés près de leur mère les soins appropriés — bien sûr lorsque cela est possible dans des conditions normales de sécurité, c'est-à-dire pour un prématuré non vraiment immature, de

trente-six semaines d'âge gestationnel ou un peu moins, pesant deux mille à deux mille cinq cents grammes. Mais, pour cela, il faut que la maternité soit à proximité d'une structure pédiatrique et dispose de personnel et de moyens techniques suffisants. Il faut donc que la structure architecturale hospitalière soit réétudiée dans cette optique et que les plans prévoient que les unités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue des nouveau-nés se trouvent situés tout à côté de la maternité, qu'il n'y ait qu'une porte à pousser afin de permettre un va-et-vient permanent des médecins et du personnel soignant. Je crois qu'on peut ainsi diminuer le nombre des prématurés « malades » transférés à partir du moment où il sera possible d'effectuer les soins d'élevage spécialisés qu'ils requièrent à côté de leur mère. Par ailleurs, le prématuré peut n'être malade que pendant très peu de temps, deux ou trois jours, pendant lesquels son transfert est indispensable ; il peut ensuite revenir auprès de sa mère si les soins spécialisés et la surveillance médicale continue y sont possibles. Et dans le cas où le prématuré est vraiment malade, ou très immature, et nécessite des soins pendant plus de temps, il faut alors favoriser la permanence du contact mère-enfant. C'est ce que nous essayons de faire à l'hôpital Antoine-Beclère : les mères qui ont été césarisées viennent en chaise roulante voir leur enfant dans les vingt-quatre premières heures ; pour celles qui sont à l'extérieur de l'hôpital, nous réalisons tout de suite, même si l'enfant est intubé, une photo Polaroïd que nous remettons au père qui joue le rôle de messager. En attendant que la mère puisse pénétrer dans le service, voir et toucher son enfant.

MONIQUE BYDLOWSKI. — Je voudrais insister sur l'importance primordiale du désir de la mère pour que son enfant vive ou meure non seulement au moment de la gestation, mais aussi au-delà de la naissance. J'ai assisté à la naissance d'un enfant hypotrophique et prématuré, et cet enfant, pour des raisons médicales, a été enlevé à sa mère. Cette femme que j'avais vue une fois ou deux auparavant, et qui n'avait pas tellement de dispositions pour la maternité, cette femme a crié : « Dépêche-toi de grandir pour qu'on puisse rentrer à la maison. » Et elle n'est pas revenue voir cette enfant qui a cependant poussé très bien dans sa

couveuse. Ce que je veux dire là est en opposition avec tout ce que vous dites tous sur l'importance de la première relation sensorielle de la nouvelle mère avec l'enfant. Je crois que les prématurés qui vont bien sont ceux dont la mère a un très authentique désir qu'il vive, même si elle ne met pas les pieds à la maternité parce qu'elle est phobique de tout l'appareillage médical qui est en place.

CHANTAL FRANÇOIS-NAVELET. — Ça ne correspond pas du tout à mon expérience.

BÉATRICE BERGER. — En ce qui me concerne, dans mon expérience, d'abord j'ai eu une réaction de rejet vis-à-vis de mon enfant, et si, par la suite, cela s'est relativement bien passé dans un premier temps, c'est aussi parce que j'ai pu voir mon enfant, j'ai pu rentrer dans l'endroit où elle était soignée, parce que j'ai pu la toucher et que j'ai pu me rendre compte qu'elle existait, qu'elle était là, qu'elle avait besoin de nous. Je crois qu'on ne peut pas accueillir chez soi un bébé dont on a été séparé pendant quatre mois sans avoir eu de relation avec lui auparavant. C'est sûrement très grave pour la mère et pour l'enfant. Il y a aussi une chose dont on n'a pas beaucoup parlé jusqu'à présent, c'est de la culpabilité de la mère, et je crois que quand on peut en parler, c'est quand même plus simple après.

Enfin, je voudrais dire que l'environnement c'est quelque chose d'important car je suis maintenant persuadée que, si ma fille est morte, c'est qu'elle était dans un environnement qui ne pouvait pas lui donner envie de vivre.

Ce que je n'admets pas d'ailleurs, c'est qu'on ne demande pas aux parents s'ils se sentent capables d'assumer une hospitalisation qui peut durer jusqu'à six mois pour un enfant de très faible poids. Pour ma part, je l'ai vécu de façon très douloureuse. Pour assumer cela il faut être soutenu, il faut des tas de choses que l'on n'a pas forcément. Si on ne peut pas assumer cela, on n'a pas le droit d'imposer quelque chose qui peut être vécu comme un calvaire par des gens alors que les gens ne se sentent pas capables de le faire.

MARIANNE HERBINET. — Dire seulement « les parents doivent être présents auprès de leur enfant », sans préciser

dans quelles conditions, n'est pas réaliste. Dans bien des cas, c'est une expérience insoutenable émotionnellement, sans aide et explications répétées, tout au long de l'hospitalisation, et en particulier dès le début.

Or, si le personnel est formé à utiliser ces techniques si impressionnantes, il ne l'est pas du tout à faire face à l'angoisse des parents en plus de la sienne.

Le travail de psychologue se situe là : parfois directement auprès des enfants et des parents, mais surtout auprès des soignants pour leur permettre d'accepter les particularités du cheminement de chaque parent dans leur épreuve, afin que chacun (parent ou soignant) puisse tenir la place et le rôle qui lui revient sans se sentir ni menacé ni rejeté.

CHANTAL FRANÇOIS-NAVELET. — Je voudrais dire qu'on ne doit pas oublier qu'il s'agit de la naissance aussi de gens qui vont devenir parents, et le contact doit s'opérer avec l'ensemble de l'équipe, de la femme qui nettoie par terre au patron du service, en passant par tous et avec un esprit d'accueil qui, bien sûr, ne va pas sans questions.

FRANTZ WELDMAN. — Il subsiste pour moi un grand problème dans la réanimation du prématuré, c'est l'impossibilité pour le personnel soignant d'avoir un contact affectif, un toucher affectif avec les enfants, mais seulement un contact technique. Il est nécessaire qu'à l'occasion, par exemple, des soins, on donne à l'enfant cette affirmation affective ; il est possible d'apprendre aux médecins et au personnel ce contact, ce toucher, et aussi de faciliter le contact des mères avec l'enfant, qu'il soit en couveuse ou non. Dans mon expérience, lorsque l'enfant à été séparé de sa mère et n'a pas eu de contact d'attachement, ce contact affirmatif et tactile avec la mère, on peut rattraper cela plus tard même des années après.

MAURICE TITRAN. — Parmi les difficultés que nous rencontrons pour maintenir les nouveau-nés au lit des mamans dans les maternités, il y en a une d'ordre administratif puisque le nouveau-né en maternité en France est un véritable passager clandestin. Il n'a pas de statut sauf, bien entendu, s'il est hospitalisé ou transféré.

JEAN-CLAUDE RISSE. — Je crois qu'il est tout à fait

possible de violer l'administration comme les locaux. À Sens nous avons eu deux hôpitaux, un ancien et un nouveau, et nous avons réussi à nous adapter aux locaux. On a du mal à s'adapter à l'administration, mais en allant de l'avant l'administration arrive à s'adapter à nous. C'est à l'administration de s'adapter à l'intérêt de ces enfants. Quant au problème des prématurés malades, je pense que la plupart des prématurés entre un kilo huit cents et deux kilos quatre cents sont des enfants qui sont surtout malades des médecins. Il n'est pas possible de faire rentrer un enfant dans un service de prématurés sans qu'il ait des numérations, des perfusions, des radios, des machins, des trucs, alors qu'il ne demande rien du tout, et que même une couveuse, à mille huit cents grammes, il peut s'en passer très bien. Si l'enfant se passe d'une couveuse, les parents disent alors : « Qu'est-ce qu'il fait là ? Pourquoi il n'est pas avec moi ? » Alors là on peut le mettre dans une couveuse, et ainsi on ne se pose pas de questions.

PIERRE SATGE. — Je crois qu'il faut que nous parlions de mêmes choses, ce dont parle Risse ce sont des enfants en élevage et ce dont parle Mme Eyk, ce sont des enfants en réanimation, pour lesquels on ne peut pas se passer pendant quelques jours de toutes les ressources d'un service très spécialisé. Je crois qu'il ne faut pas confondre ces deux types de prématurés. L'enfant de mille cinq cents ou mille huit cents grammes, sans pathologie associée ; nous avons vu dans des villages africains des mères les élever efficacement comme je l'avais vu il y a quarante ans dans le service du professeur Lelong, où des nounous sans formation para-médicale leur donnaient du lait au compte-gouttes et les enveloppaient dans du coton. Bien entendu, tous ces enfants, il faut faire en sorte qu'ils restent près de leur mère en leur assurant un soutien particulier. Par contre, pour un certain nombre, seul un service de réanimation bien structuré peut assurer leur survie dans de bonnes conditions.

MARIANNE EYK. — Il y a une contradiction qui n'est peut-être qu'apparente entre la prise en charge des enfants chez M. Odent et chez M. Papiernik. Est-ce qu'on pourrait avoir des précisions à ce sujet ?

JEAN-CLAUDE GABILAN. — Peut-être me suis-je mal fait

comprendre ; mais bien évidemment ce que nous préconisons nous le faisons, et ce malgré des locaux partiellement inadaptés ; cela nous amène seulement à parcourir quelques longs couloirs ; ce que nous faisons va tout à fait dans le sens de ce qui se passe chez nos amis de l'hôpital de Sens.

ÉTIENNE HERBINET. — Il était peut-être important de rappeler que la population des prématurés n'est pas homogène. Il serait sans doute dangereux que, par un retour complet du balancier et une simplification hâtive, on dise : « Il faut maintenant maintenir *tous* les prématurés près de leur mère, et ceux qui ne le feront pas seront des médecins inhumains. »

Cela dit, je rappelle lourdement qu'*à recrutement égal* certains hospitalisent 10 pour 100 des nouveau-nés, et d'autres le quart de ce chiffre.

CHANTAL FRANÇOIS-NAVELET. — À partir du moment où l'on admet que, sauf erreur, il ne rentre dans un service de réanimation néonatale que des bébés qui véritablement ne pourraient pas vivre ailleurs, alors là se posent les vraies questions qui, moi, m'interrogent et qui tournent autour de l'énorme souffrance qu'on va imposer à l'enfant et aux parents, et la possibilité que nous avons d'être iatrogènes.

DANIÈLE TRUSCELLI. — Pour reprendre ce qui a été dit par celles qui nous ont parlé de leur expérience, je crois que cette absence de dialogue, cette absence de réponses, il n'y a pas que chez les prématurés qu'on la trouve, et il me semble que vous élevez à juste titre le débat au niveau d'une interrogation de la médecine. La deuxième question que nous n'avons pas encore abordée, c'est le droit des familles à juger de l'intérêt de la réanimation. Par ailleurs, je ne suis pas certaine que dans l'état actuel de nos connaissances techniques, même les enfants les plus atteints, ceux qui ont justement besoin d'être intubés, ne puissent être traités dans une chambre proche de la mère. Une unité de réanimation c'est vraiment un monde lunaire et qui appartient en propre au médecin, qui reste très inaccessible aux parents, même quand ils y pénètrent.

BÉATRICE BERGER. — Je voudrais reposer le problème du pouvoir médical. Est-ce qu'un médecin a le droit de décider qu'un jour vous allez avoir un enfant handicapé moteur et cérébral et qu'il va falloir que vous viviez avec pendant des années ? Moi je ne suis pas du tout d'accord. Je considère pour ma part que ce n'est pas du tout au médecin de décider si l'on est capable de vivre avec un enfant handicapé. Moi, je ne m'en sentais pas du tout capable, et quand j'ai réussi à le dire on m'a fait la réponse suivante : la médecine ne s'est pas donné autant de mal pour en arriver à un geste comme celui-là. On m'a répondu éthique du médecin, mais est-ce que cette éthique peut aller jusqu'à décider ce que sera votre vie à vous, mère d'un enfant handicapé ?

ANNIE DELAYEN. — Pour tenter de répondre à votre question, j'ai l'impression que nous n'avons pas le droit de prendre la place des parents, mais d'un autre côté, et c'est là je crois que repose sans doute toute la difficulté de notre fonction, nous n'avons pas le droit de rejeter sur vous notre responsabilité médicale, et de faire vivre aux parents des choses qu'ils ne peuvent peut-être pas assumer à ce moment donné.

Je voudrais aussi vous faire part de la grande émotion qui est la nôtre et du cas de conscience qui nous est posé lorsqu'il s'agit de savoir si nous allons réanimer ou non un enfant, lorsque nous avons sous les doigts un enfant dont le cœur bat encore, et dès lors que nous avons des décisions à prendre en quelques minutes.

C'est peut-être à nous de réfléchir à tout cela avec les parents. Il est question de vivre un moment extrêmement intense pour tout le monde, aussi bien pour vous, parents, avec tout votre drame présent et peut-être à venir, que pour nous, corps médical, qui vivons cet instant avec vous, mais qui vous interpelle bien au-delà.

BERNARD THIS. — Puisque la mort est au premier plan, et ceci au moment où la table ronde va se terminer, en fin de groupe, je voudrais souligner l'importance des paroles échangées depuis quelques instants. Il faut être passé par là, à ce niveau de détresse, pour comprendre les difficultés de l'équipe médicale qui ne peut entrer en contact avec les parents d'un enfant prématuré, atteint de malformation et

sur le point de mourir. Les parents endoloris se sentent *comme des pestiférés :* on les fuit, on évite leur regard interrogateur, on ne leur parle pas.

Mais à cet enfant prématuré parlez-vous ? Vous adressez-vous à lui ? Aujourd'hui même, nous en avons parlé *comme d'une chose.* Je n'ai pas entendu dire qu'il était souhaitable de s'adresser à lui. Frantz Weldman nous a brièvement parlé du contact affectif, du toucher sécurisant, de l'affirmation tactile si importante à cet âge. Quand on prend contact avec le prématuré, on lui parle, on établit une relation : on n'applique pas une technique de massage. Tout le problème est là : je n'entends jamais les médecins parler aux prématurés. Les obstétriciens parlent-ils aux bébés *in utero ?* Non, pour eux, c'est une chose, un corps biologique animé de réflexes archaïques. Ils ne lui disent même pas « bonjour » quand ils examinent, en fin de grossesse, une parturiente. Alors, quand il est handicapé, atteint de quelque malformation, prématuré, ne nous étonnons pas de ce silence : ça ne le concerne pas.

Un médecin peut-il s'adresser directement à l'enfant et à ses parents, l'un n'excluant pas l'autre, en exprimant ce qu'il ressent, ce qu'il éprouve ? Sous une blouse blanche, peut-il y avoir des sentiments, une souffrance partagée, un être humain vivant, et non pas un robot relié à une machine à calculer chargée d'établir un diagnostic avant de prescrire un traitement ? Un espoir peut-il naître aujourd'hui avec les perspectives que nous ouvre l'haptonomie pré- et post-natale ?

LAURENT LE VAGUERÈSE. — Le fond du problème me semble être celui-ci : ou bien on laisse s'instaurer un rapport de force entre les parents et les médecins, et avec tout ce qui se passe au moment de la naissance d'un enfant prématuré ce seront forcément les médecins qui gagneront et qui décideront en dernier recours, ou bien on essaie d'instaurer un dialogue entre les parents et les médecins. Si l'affrontement demeure, on va opérer forcément une économie de parole parce que parler de la douleur, parler de la mort, c'est quelque chose dans laquelle les médecins se sentent menacés, comme si on allait les accuser de cette mort. Et puis quand bien même cela serait, parfois c'est quelque chose que si l'on est médecin on doit savoir assumer.

Au fond, chacun se dit, en prenant l'autre comme alibi : si je parle de ça, ça va être insupportable. Eh bien, avec cet insupportable, il faut finir car, de fait, cela deviendra beaucoup plus supportable pour tout le monde si l'on accepte de ne pas projeter cet insupportable supposé sur l'autre, mais que l'on accepte de parler de ce que l'on ressent.

ANNE BOUCHART. — J'ai l'impression que ce qu'a dit Mme Bydlowski n'a pas été compris dans l'esprit dans lequel cela a été dit, et qu'elle voulait rappeler l'importance fondamentale de l'inconscient. Il nous faut reconnaître des désirs de vie et des désirs de mort, c'est-à-dire l'ambivalence en chacun de nous. Permettre à une mère de voir et de toucher son enfant, je crois en effet que c'est une très bonne chose, mais ça n'a de sens pour l'enfant que dans la mesure où c'est animé par l'inconscient de cette femme.

BERNARD THIS. — Mais si tu dis à cette femme « désir de mort » tu la culpabilises, alors qu'il ne s'agit que d'une « dette de mort », quand la mort est exigée par les conflits inconscients des générations précédentes.

ANNE BOUCHART. — Justement, je crois qu'il faut parler de cette nécessité inconsciente chez certaines femmes d'avoir un enfant mort. Il est important de pouvoir le dire et de pouvoir la laisser le dire. Peut-être que dans la mesure où elle pourra le dire elle pourra en faire quelque chose, et quelque chose d'autre qu'une mort mise en acte, mais il ne faut pas que nous confondions désir de mort exprimé verbalement et mise en acte, justement !

CHANTAL FRANÇOIS-NAVELET. — Ça, je pense que c'est notre place à nous psychanalystes de percevoir ça, d'en être traversés, bouleversés au besoin. Et c'est l'équipe soignante qui doit petit à petit entendre ça et dans la mesure où elle l'entend elle le laissera se dire. Mais attention aux interprétations sauvages quand vie et mort sont en jeu.

ANNE BOUCHART. — Bien sûr c'est clair qu'il ne s'agit pas d'interpréter, mais que nous, psychanalystes, on lui fasse une place telle qu'elle puisse le dire, et le dire ça n'a jamais tué personne, contrairement à ce qu'on croit.

NELLY BOUDOUL. — Présente de nombreuses heures dans un service, l'équipe soignante est en premier lieu bouleversée par une mort d'enfant ou par une séparation « mère-enfant » qui laisse planer le risque de mort.

L'attitude adoptée par chacun est souvent liée à la « permissivité » et à l'organisation de la hiérarchie au sein du service. L'attitude défensive d'un chef de service ou d'une surveillante n'autorise pas toujours la spontanéité de l'équipe soignante. Cantonnée à exécuter les gestes médicaux prescrits, elle se distingue de l'équipe médicale en se nommant « équipe de soins » ou « équipe soignante ». Tout geste venant d'elle et non prévu peut devenir suspect au jugement de l'autorité. Il est donc fréquent qu'en dehors de ce que l'on nous a appris au niveau de la technique nous en venions à douter de nous-mêmes et de notre capacité d'écoute et de communication.

Encouragés et entraînés à masquer nos émotions, nous nous laissons rarement « aller » à pleurer en tenant une mère ou un père dans nos bras ; il ne va pas de soi que nous utilisions pour nous exprimer un langage autre, et peut-être plus vieux que les mots, celui du toucher et du regard.

Pourtant, adopter une attitude autre que purement médicale induit un nouveau réseau de relations. Elle signifie notre présence à l'autre : sans défense, et sans même une solution, face à une situation d'angoisse extrême, celle où la naissance correspond à une mort réelle.

Alors, quel rôle peut jouer un psychologue ou un psychanalyste quand il existe au sein d'un service ? Va-t-il être celui qui nous décharge de notre angoisse collective en assurant les « cas difficiles » ? Mais alors, s'il nous ôte la difficulté d'affronter le réel, il nous confirme en tant qu'être irresponsables et dépendants.

Ou bien va-t-il être celui qui s'intègre à l'équipe soignante parce que c'est celle qui vit une grande part de son temps près des mères et des enfants en difficultés ?

Va-t-il être celui ou celle qui nous écoute en laissant nos craintes, nos angoisses, nos frustrations se dire, mais nous permettre alors une prise de conscience toujours plus grande de notre indépendance et de notre responsabilité ?

CATHERINE DOLTO. — On n'a pas beaucoup parlé de l'inconscient du prématuré. Dans les services il y a certaines morts d'enfants qui sont très dramatiques parce qu'on a l'impression qu'il s'agissait d'enfants qui voulaient vivre et dans d'autres cas on n'a pas le sentiment d'échec et de deuil parce qu'on a le sentiment qu'on lui a fait beaucoup de propositions qu'il n'a pas voulu saisir.

NELLY BOUDOUL. — Pour revenir sur ce qui a été dit précédemment à propos de la difficulté que peut éprouver le personnel dans certaines situations, je voudrais vous raconter une histoire qui s'est déroulée il y a trois jours.

Il s'agit d'un couple algérien dont la femme avait accouché à terme, il y a sept mois (dans un autre établissement) d'un petit garçon qui allait bien. Elle a été vue il y a deux jours en consultation et on lui a fait une échographie montrant une grossesse de cinq mois sans problème apparent.

Elle revient dans le service parce qu'elle a mal. Hier elle est tombée sur la voie publique de sa propre hauteur sans qu'elle sache pourquoi. Elle n'a pas éprouvé le besoin de venir immédiatement consulter. Ce n'est que ce matin, en prenant sa douche, qu'elle a ressenti des douleurs. À l'examen obstétrical : la « poche des eaux » est à la vulve. Le col, entièrement dilaté. Je lui explique ce que je trouve, et lui dis que le bébé ne pourra malheureusement pas vivre. Il n'y avait plus de bruits du cœur.

Son regard évitait le mien. Elle était tendue. Je n'arrivais pas à établir un contact avec elle. Elle accepta que je fasse entrer son mari qui n'avait pas voulu assister à l'examen. Je lui expliquai, à lui aussi, et je sentis monter en eux une énorme agressivité contre moi. Ils étaient furieux de ce que je leur disais. Le mari me répondit : « Cela ne peut pas être fini puisqu'il y a deux jours tout allait bien. »

Je les laissai seuls, pensant qu'en dehors de ma présence ils allaient pouvoir se parler et mieux comprendre. Entre-temps j'appelai le médecin qui avait reçu cette femme deux jours auparavant. Il vint. Nous n'avions pas de réponse à leur donner, hormis l'épisode de cette chute qui pouvait avoir entraîné la fausse couche.

Un peu plus tard nos paroles ne furent pas différemment

perçues : « Nous n'y connaissions rien. » Mais ils ne voulaient pas consulter ailleurs.

Nous n'avons pas pris la décision de « rompre » la poche des eaux. Il fallait attendre. En fin de journée, nous leur avons demandé qui s'occupait en ce moment du premier enfant. C'était une voisine. Puis nous avons pu parler de cette grossesse. Pourquoi si rapprochée ?

Alors la femme nous a raconté comment de cet enfant-là, elle n'en voulait pas. Elle avait essayé de s'en « débarrasser », mais elle n'avait trouvé aucun médecin pour cela. Après, il était trop tard.

Ils étaient si fortement culpabilisés de cette mort d'enfant qu'ils avaient eu besoin de nous en rendre responsables.

ÉTIENNE HERBINET. — Il faut dire que pour un médecin c'est dur de supporter de telles agressivités alors qu'on ne sait pas pourquoi on reçoit tout ça. Quelquefois, plus tard, on sait. Mais pas toujours...

Mme Berger, tout à l'heure, était très émue et très agressive. Nous, médecins, avons reçu notre compte ! Elle nous parle du pouvoir médical, et au fond elle nous dit : « Vous, médecins, vous êtes inhumains de choisir à notre place de réanimer notre enfant ou pas » (sous-entendu : « alors que vous savez ce qu'il va devenir ». Parce que si on ne sait pas on ne *choisit* pas ; on avance au jugé). Eh bien, je trouve qu'elle a raison de parler d'*inhumanité* [1], mais à mon avis elle n'est pas où elle le croit. Je trouve, pour préciser cela, qu'un certain nombre de textes de ce cahier forment un ensemble inhumain. Pourquoi ? Parce qu'ils évoquent une maîtrise que nous n'avons en aucune façon. Certains textes cherchent à préciser tous les cas de figure possibles au cas où un enfant naîtrait trop tôt. Qu'on ne risque surtout pas de dire ensuite que le médecin avait oublié de prévenir d'une possibilité ! Ailleurs on fait des recherches pour tenter de maîtriser l'in-maîtrisable : le temps. Et, d'une manière plus générale, les mass media insistant lourdement sur ce qui se vend bien : la technique, l'échographie, la ponction amniotique, les bébés-éprouvet-

1. Cette notion d'inhumanité fait référence à certains textes qui ont été, depuis cette table ronde, très largement remaniés pour l'édition définitive. Elle perd donc, ici, une partie de son sens. (E.H.)

te, etc., construisent une image du médecin capable de toute maîtrise.

Si cette image correspond à la réalité, il est normal que Mme Berger nous dise : « Vous êtes inhumains de réanimer un enfant qui sera handicapé moteur ; c'est un abus de pouvoir médical intolérable. »

Je ressens personnellement qu'il est urgent de dire que nous, médecins, comme on dit, *nous ne savons pas prévoir l'avenir*, nous ne savons pas au moment où on réanime un nouveau-né en détresse ce qu'il deviendra plus tard. (La seule chose que l'on sache, en l'occurrence, c'est que statistiquement il a moins de risques d'être handicapé si on le réanime que si on ne le réanime pas, et que néanmoins il survive.)

Reconnaître que l'on peut à la fois être dans la technique et dans une certaine ignorance, que cette maîtrise absolue c'est du fantasme mais pas de la réalité, c'est le seul moyen de rester dans l'humain. Parce que, quand on ne sait pas prévoir l'avenir, parents et médecin, on est dans le même bain, dans la même incertitude. Et, pourquoi ne pas le dire, dans la même angoisse, pour votre prématuré, au moment où il ne va pas bien.

BÉATRICE BERGER. — Je voudrais revenir sur ce désir de mort dont on a parlé tout à l'heure pour dire que ce qui m'a permis de dépasser ce désir de mort c'est ce qu'on m'a permis de vivre dans le service où avait été hospitalisé mon enfant. À ce moment-là le désir de mort s'est estompé. Ma fille, j'avais envie qu'elle vive. Il y avait une relation qui existait. Et ça, c'est parce qu'on m'a permis de le vivre. Je crois que c'est vrai pour les parents comme pour le bébé. Cela dépend de ce qu'on lui offre, de la manière dont on s'en occupe, et je crois que ce n'est pas un hasard si ce désir de vie qu'elle manifestait s'est complètement dégradé dès l'instant qu'elle a changé de service. Petit à petit je me suis sentie très ambivalente vis-à-vis de mon enfant, alors que je n'avais jamais éprouvé cette ambivalence avant. Et je crois que cette ambivalence était plus liée à la façon dont j'ai été accueillie dans ce service qu'à mon inconscient.

DANIELLE RAPOPORT. — C'est une question qui s'adresse aux obstétriciens. Tout à l'heure M. Satge nous a dit qu'au niveau de la prise en charge des bébés prématurés ce qui

faisait la différence entre ce que fait Odent et ce qui se fait à Clamart, c'était une différence de population. Je voudrais savoir si cela reste vrai pour ce qu'il en est de la prévention, car il m'a semblé plutôt qu'il s'agissait d'une différence de conception et que d'un article à l'autre c'était à l'opposé [1].

JEAN-CLAUDE RISSE. — Ce qu'on n'a pas évoqué tout à l'heure, c'est la possibilité pour les parents qui ont un enfant handicapé de l'abandonner.

BERNARD THIS. — C'était une responsabilité du père dans la « gens romana » — prendre l'enfant qui avait été déposé sur le sol *(humipositio)* pour l'élever et le placer sur ses genoux en signe d'*adoption* (*tollere :* élever). Le *porter* sur ses *genoux* c'était dire : il vivra, c'était lui dire : tu es mon enfant, j'accepte que tu sois vivant.

ODILE DE BETHMANN. — Je n'avais pas du tout envie de parler de handicap à la fin de la table ronde pour éviter de terminer sur une note amère, mais c'est pourtant dans cette hantise du handicap que nous sommes amenés à partager l'angoisse des parents. Et pour reprendre ce que dit Herbinet, c'est vrai que nous ne savons pas toujours, et qu'en première ligne l'obstétricien hésite souvent à réanimer un très petit enfant né en mauvais état, car sa décision peut avoir de lourdes conséquences ; en prenant le relais, nous avons plus de temps et de moyens pour « évaluer » l'enfant, mais là encore les critères ne sont pas absolus, et il me semble impensable de demander aux parents de prendre la décision à notre place. Dans les cas de très grand doute, il faut essayer de faire accepter par les parents l'incertitude, la possibilité de risque de handicap, de déviance ; c'est parfois au-dessus de leurs forces, même si les séquelles envisagées sont peu importantes. Encore une fois, nous sommes dans le contexte de très petits prématurés. Il est indispensable que les parents fassent le chemin avec nous, et qu'il existe entre eux et nous un climat de confiance excluant les rapports de pouvoir.

1. Il n'y a pas eu de réponse à cette question.

PIERRE SATGE. — C'est aux accoucheurs de répondre à la question de Mme Rapoport. Pour ce qui vient d'être dit par Odile de Bethmann, il y a deux types de situation pour l'équipe de réanimation : les premières vingt-quatre heures au cours desquelles il est très difficile d'avoir un contact étroit avec les parents, car l'enfant a été orienté sur le service par le S.A.M.U., en fonction des places libres, nous ne connaissons pas la famille qui ne nous a pas choisis. C'est à ce moment que la plupart des décisions fondamentales se prennent, sans que le médecin puisse pour autant en prévoir le résultat à court, et surtout à long terme.

La deuxième situation, c'est celle de complications graves apparaissant secondairement — c'est celle que Mme Berger a connues —, à ce moment, la mère est soudée à cette équipe de réanimation qui a su dans l'immédiat éviter la mort et je pense que l'équipe ne nous contredira pas, c'est la mère qui, par sa présence journalière, remonte son moral devant l'évolution d'une complication qui remet en cause son efficience. La décision d'arrêter les thérapeutiques est prise alors de manière explicite ou implicite en accord avec la famille car là, vraiment, on travaille ensemble, on s'est battu ensemble, et c'est ensemble que la décision se prend, même si, en apparence, personne ne s'en est rendu compte.

JACQUES GÉLIS. — Je voudrais replacer tout cela sur le long terme. Il s'est passé quelque chose d'important dans les sociétés occidentales avec la Renaissance. Une nouvelle conscience du corps est alors apparue. Et ce qui semblait jusqu'à cette époque acceptable, comme étant de l'ordre de la nature, a été mis en discussion. On a commencé à demander au corps médical de repousser les limites de la mort. Or il me semble que pendant un temps le corps médical a été incapable de répondre, en particulier, à la volonté de la mère de sauver son corps dans l'accouchement, et de sauver son enfant.

Le débat actuel sur le partage des responsabilités vient après une autre période où la médecine a prétendu répondre à cet appel dans tous les cas. On a vu se développer en effet, à partir du XVIIIe siècle, une espèce de positivisme médical qui prétendait répondre à tout, et repousser sans cesse les bornes de la mort. Il était inévitable qu'à un

moment donné on demande l'addition au corps médical. Je crois que le débat actuel est effectivement celui-ci : on a moins d'enfants, mais on veut avoir des certitudes. Le corps médical a entretenu pendant des générations cette idée de certitudes. Ce que l'on demande aujourd'hui au corps médical, c'est peut-être davantage d'humilité. (Applaudissements.)

Liste des participants à la table ronde

BERGER Béatrice : Mère d'enfant prématuré (témoignage publié dans le numéro).
BIRMAN Chantal : Sage-femme (maternité des Lilas).
BOUDOUL Nelly : Sage-femme (maternité des Lilas).
BOUCHART-GODART Anne : Psychanalyste, assistant (université de Paris VII).
BUSNEL Marie-Claire : Chargée de recherches (Laboratoire de Physique acoustique).
BYDLOWSKI Monique : Psychanalyste chargée de recherches (I.N.S.E.R.M.).
BETHMANN Odile de : Médecin (service de néonatalogie à l'hôpital de Port-Royal).
DELAYEN Annie : Sage-femme (Hôpital d'Aulnay-sous-Bois).
DOLTO Catherine : Médecin généraliste (Paris).
EYCK Anne-Marie : Infirmière à l'Institut de puériculture.
FRANÇOIS-NAVELET Chantal : Psychanalyste attachée à l'hôpital A.-Beclère.
GABILAN Jean-Claude : Pédiatre chef de service (Hôpital A.-Beclère).
GÉLIS Jacques : Historien assistant (Université de Paris VIII).
GOSME Sylvie : Psychologue.
HERBINET Étienne : Gynécologue accoucheur, chef de service (hôpital d'Auxerre).
HERBINET Marianne : Psychologue attachée à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

JULIEN Françoise : Pédiatre (Paris).
LE VAGUERÈSE Laurent : Psychanalyste attaché à l'hôpital A.-Beclère (Clamart).
LÉVY Janine : Directrice du Centre d'assistance éducative du tout-petit.
MAMELLE Nicole : Chargée de recherches épidémiologistes (I.N.S.E.R.M., U. 170).
MANCIAUX Michel : Pédiatre, directeur du Centre international de l'enfance.
ODENT Michel : Chirurgien accoucheur, chef de service à Pithiviers.
OLLIVIER Annie : Pédiatre (hôpital Trousseau).
PAPIERNIK Émile : Gynécologue accoucheur, chef de service (hôpital A.-Beclère, Clamart).
PERNOUD Laurence : Directrice de collection aux Éditions Stock.
RAPOPORT Danielle : Psychologue attachée à l'hôpital Trousseau.
RICARDOU Jacqueline : Pédiatre attachée à l'hôpital de Sens.
RISSE J.-Claude : Pédiatre attaché à l'hôpital de Sens.
SATGE Pierre : Chef de service (Institut de puériculture).
STROUK Guénolée : Pédiatre (Paris).
STUPFEL Maurice : Maître de recherches (I.N.S.E.R.M., U. 123).
TITRAN Maurice : Pédiatre (hôpital de Roubaix).
TRUSCELLI Danièle : Chef de service de rééducation neurologique.
WELDMAN Frantz : Haptonomiste.
THIS Bernard : Psychanalyste (Paris).

Courrier

(à propos d'une lettre parmi d'autres...)

Saint-François, le 7 décembre 1982.

Bonjour !

Je suis tombée par hasard sur un de vos ouvrages (*Cahiers du nouveau-né,* n° 3) sur l'allaitement, en fouinant dans une bibliothèque.

Autant dire de suite que j'ai été emballée et que je me suis surtout sentie concernée. Je suis maman d'une petite fille de sept mois : Alice. Son papa étant indien, elle est donc métisse.

Je vis dans un village de l'île de la Réunion : département d'outre-mer dans l'océan Indien.

Ici sur cette île vivent côte à côte des habitants d'origine africaine, malgache, indienne, chinoise.

J'ai beaucoup appris au contact des mamans réunionnaises notamment : allaitement spontané, bercement et port fréquent de l'enfant.

Notre histoire à nous trois se passait à merveille. Alice tétait sans problèmes, le lait venait. Pas d'histoires de pesées après les tétées, d'abcès, de régurgitations. Tout se passait le plus naturellement... Papa déposait très souvent le bébé sur le sein plein, bien tendu, prêt à donner... (avec je crois un peu de fierté).

Or, devant nous rendre en France métropolitaine, tout notre comportement a été bouleversé.

Déjà à l'aéroport de Marseille notre première tétée sur le

sol français choquait énormément... et pourtant il était 6 heures du matin, quoi de plus normal qu'un bébé voulant téter ?...

Puis ça a été à l'entourage familial de réagir : « Comment ? Ce n'est pas fini à quatre mois ? C'est de la comédie, vous vous faites plaisir. »

« Ta fille est maigrichonne, ton lait est trop pauvre. »

Comme si ce n'était pas convaincant de voir ma fille s'endormir sur mon sein, repue, saturée de ce lait (qui ces temps-ci a goût de raisin plutôt que d'ananas...)

Comme si c'était une faute de nourrir mon enfant dans le plaisir et la joie, de la faire passer de mon ventre à l'extérieur ?

Ce fut ensuite au tour des médecins de m'affoler (lors des visites conseillées)... et de crier au scandale ; comment, cinq mois, pas de viande, pas de sevrage ?...

Bref, petit à petit et tout au long du séjour, j'en arrivais au sevrage sans vraiment le désirer... La fatigue aidant... nous bougions beaucoup... et puis donner le sein à Alice dans la rue des villes de France devenait une gêne pour moi.

Alice a bien accepté, je crois, le sevrage. Quant à moi, dès notre retour sur l'île du bout du monde... J'avais mal... Je ne cicatrisais pas... en revoyant les mamans continuer leur histoire d'amour (jusqu'à dix, douze mois et plus), je les enviais, je m'en voulais d'avoir sevré...

Que j'en ai voulu à cette France moderne, évoluée, aux beaux services de maternité !

Soit ! J'ai avalé... Je crois avoir passé le choc.

Et puis je viens de découvrir votre livre qui me prouve que plein de gens prennent conscience du bonheur qu'est d'allaiter. De cette relation à double sens et à « sens unique » en même temps... que ne sera jamais l'allaitement artificiel.

Votre livre m'a beaucoup aidée. Pour mon deuxième enfant je crois que je partirai la tête plus haute, plus sûre de moi.

Il y aurait beaucoup de choses à raconter, à exprimer, à développer sur la grossesse, la naissance, la petite enfance...

Merci donc pour votre travail à entamer ce grand dialogue. Dans votre livre : comme on dit ici : « C'est bon ça passe ! »

Affectueusement à tous et à toutes de la part de Françoise, d'Alice et de son papa...

Et je crois aussi de la part de tous les futurs bébés et les futurs parents... Hem ! Je vois loin !...

Lecteurs... à vous la parole !

Le point de vue « extérieur » de cette femme, le fait qu'elle vive habituellement dans une société différente, lui permet de percevoir immédiatement et avec acuité ce qui nous apparaît moins : l'influence considérable de l'environnement sur cette fonction « naturelle » qu'est l'allaitement (il nous semble, d'ailleurs, que l'on pourrait dire des choses comparables à propos de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches, des relations parents-enfants).

L'« environnement » ne se réduit évidemment pas à la médecine, mais il la comprend néanmoins, comme on l'a vu.

Grâce à son œil neuf, dû à l'expérience de coutumes différentes, cette femme a été frappée par ce que nous avons peut-être trop tendance à oublier, le fait que spontanéité et plaisir sont essentiels pour allaiter. On s'aperçoit que, chez nous, souvent, la raison et le projet (allaiter à cause des anticorps...) ne laissent plus que peu de place à l'insouciance et à la spontanéité.

Par ailleurs, c'est précisément en ce lieu et à cette époque où l'on parle de libération, où les seins se dévoilent sur les plages, que cette femme est gênée pour allaiter en public. Étrange constatation, mais qui dépasse le cadre de notre revue.

Nous envisageons un numéro de ces cahiers qui serait consacré à *la maîtrise autour de l'enfantement.* Maîtrise sociale, maîtrise personnelle (« un enfant, si je veux, quand je veux »), maîtrise médicale (maîtrise de la fécondité, maîtrise du risque, maîtrise du temps : le déclenchement).

Avantages de cette maîtrise, prix à payer pour cette maîtrise, réalités et utopies de cette maîtrise...

Selon l'esprit de ces cahiers, nous souhaitons vos témoignages sur ce thème. Vous venez d'en lire un... Nous en adresserez-vous d'autres [1] ?

Le comité de rédaction
des « Cahiers du nouveau-né »

1. Écrire à l'adresse indiquée p. 1.

Résumés français-anglais

I. PRÉVENIR LA PRÉMATURITÉ

Prévention de la prématurité

E. Papiernik

Il est possible de réduire la fréquence des naissances prématurées ; cet effet résulte non de l'application d'une thérapie spécifique mais d'un ensemble de changements de notre compréhension entre les gestes de la vie quotidienne, les désirs des femmes enceintes, et la définition plus claire des objectifs recherchés pour cette grossesse.

Cet ensemble est une politique de gestion de la grossesse définie à partir de la reconnaissance des signes de risque de prématurité et de la volonté de s'en servir. Nous avons décrit une technique de mesure apportée au risque individuel de prématurité. La proposition préventive est basée sur une transmission de ces notions de mesure et sur l'autogestion proposée à la femme de la durée de la grossesse. La volonté de réduire le danger est alors le moteur essentiel tempéré dans des situations conflictuelles par ce que nous avons appelé des transactions aboutissant à une prématurité.

Mots clés : prévention — prématurité — mesure.

Prematurity prevention

E. Papiernik

It is possible to obtain a reduction in the numbers and rates of the preterm births. This does not result from a specific therapy, but is observed after many modifications of our knowledge of the

relationship between a way of living, the desire of pregnant women and a clearer definition of the aims of this pregnancy.

This defines a new policy of prenatal care, a new approach based on early recognition of risk-signs of preterm birth and on the will of using this information for prevention. We have proposed a technic for individual measure of risk of preterm birth during pregnancy.

Prevention is based on this transfert of knowledge to the pregnant women, giving her the possibility and the responsability of leading the evolution of the prenatal period.

Some situations are sources of conflict, when the need for prevention is opposed to the need for professionnal accomplishment, or when the psychological relationship of the mother to her future child is not clear. In these situations the result way be a transaction resulting in a preterm birth.

Key words : prevention — prematurity — measure.

Prématurité et respect du symptôme

M. Odent

La baisse récente des taux de prématurité dans l'ensemble de l'Europe occidentale ne semble pas être la conséquence de mesures préventives à proprement parler médicales. D'autres interprétations méritent d'être envisagées. Il est permis de mettre en doute l'effet bénéfique de la multiplication des consultations prénatales, du repos au lit, des drogues ß mimétiques, des hormones à action progestative, des cerclages, etc. Bien plus, il est permis de remettre en cause le principe même d'une prévention médicale active de la prématurité.

Mots clés : prématurité — cerclage — ß mimériques — consultations prénatales.

Taking prematurity into account as a symptom

M. Odent

The recent decrease in the prematurity rate in the whole of western Europe does not seem to be a consequence of purely medical measures. Other interpretations deserve to be studied. It

is nowadays permitted to question the beneficial results of frequent antenatal care, bed rest during pregnancy, ß mimetic drugs, progestative hormons, cerclage, etc. Furthermore taking into account our own figures it is permitted to question the principle in itself of an active prophylaxis of prematurity.

Key words : prematurity — cerclage — ß mimetics — antenatal care.

La prématurité, un fléau social : mythe ou réalité ?

N. Mamelle

Les causes sociales au premier rang dans l'étiologie de la prématurité ? La question est posée par les mass media et l'épidémiologiste peut tenter d'y répondre.

S'il est admis que des facteurs sociaux tels que le niveau socio-économique, l'origine ethnique, la situation familiale, le niveau culturel constituent des facteurs de risque de prématurité, il est difficile de leur attribuer un rôle causal. On peut cependant faire l'hypothèse que ces indicateurs sociaux sont le reflet d'un mode de vie ou d'un mode comportemental de la femme durant sa grossesse. Notre enquête spécifique sur le thème « mode de vie et grossesse » réalisée auprès de trois mille cinq cents femmes enceintes a apporté plusieurs éléments de réponses :

— L'exercice d'une profession « en soi » ne peut être retenu comme un facteur de risque de prématurité, les femmes au foyer, présentant un taux de naissances prématurées légèrement supérieur à celui des femmes qui travaillent ; cependant, certaines catégories professionnelles sont exposées à un risque de prématurité plus élevé que les autres. La quantification de la fatigue professionnelle montre que les femmes soumises à plusieurs sources de fatigue simultanément ont un risque de prématurité quatre fois plus élevé que les femmes ayant des conditions de travail peu fatigantes.

— Une prévention de la prématurité en milieu professionnel pourrait consister en une réduction de la durée hebdomadaire de travail des femmes soumises à des conditions de travail préjudiciables à l'issue de leur grossesse. Une mise en congé anticipé au sixième mois de grossesse de toutes les femmes enceintes n'a pu être démontré bénéfique et serait la négation d'une possibilité de conciliation entre travail et maternité.

— Le taux élevé de naissances prématurées chez les femmes au foyer ne peut s'expliquer par l'existence d'une fatigue ménagère

préjudiciable à l'issue de la grossesse et la prévention de la prématurité chez ces femmes s'orienterait vers la recherche d'un encadrement psychologique permettant une meilleure prise en charge de la grossesse par la femme elle-même.

Mots clés : prématurité — prévention — risques professionnels — épidémiologie.

Prematurity, a social illness. Myth or reality ?

N. Mamelle

Are social factors the primary cause of prematurity ? This question has been raised by the mass media and the epidemiologist can try to provide an answer.

It has been shown that the ethnic origin, the socio-economic status, the cultural level and the familial status constitute risk factors relative to prematurity. However, it is difficult to state that they are the actuel cause of prematurity. What we suggest is that such social factors reflect the woman's probable way of life and behaviour during pregnancy. Our specific survey « Way of life and pregnancy », carried out on three thousands and fiftyhundred pregnant women, provides several answers :

— Exercing a profession during pregnancy « in itself » cannot be held responsible for prematurity, given that housewifes show higher rate of prematurity than working women. However, certain professional categories are more prone to prematurity than others. The quantitative analysis of professional fatigue shows that women subjected to several fatigue sources simultaneously have a risk of prematury four times greater than that of women whose jobs do not involve strenous work.

— Prevention of prematurity in a professional milieu could consist in reducing the weekly working hours of women subjected to an intense professional fatigue. Giving an antenatal leave from the 6th month was not shown to be beneficial and goes against a conciliation between work and pregnancy.

— The high risk level of prematurity among housewifes cannot be accounted for by an overload of housework. Research into the prevention of prematurity of these women could therefore be orientated towards some sort of group-psychotherapy to allow them to have a better understanding of their pregnancy.

Key words : prematurity — prevention — occupational risks — occurrence.

Naître pour vivre
M. Titran

Les enfants issus des milieux les plus défavorisés semblent à la fois plus exposés au risque de prématurité et de naissance pathologique, et plus souvent transférés en service spécialisé que ceux issus des autres milieux. Étudiant ce phénomène, l'auteur interroge la responsabilité des médecins et des services sociaux dont l'attitude, volontiers culpabilisante, place d'emblée la relation avec les parents sous le signe de la méfiance réciproque. Cette méfiance a parfois des conséquences dramatiques car elle oblige les médecins à intervenir dans les plus mauvaises conditions. Par ailleurs, le clivage entre le bon médecin et la mauvaise mère rend plus difficile encore l'acceptation de l'enfant par sa mère. Celle-ci, au bout du compte, se trouve amenée à avoir recours aux « bons soins » hospitaliers à la moindre occasion, le caractère de son accouchement marquant sa défaite face à l'institution médicale. Une attitude concrète d'accueil positif tant de la grossesse au cours de son déroulement, que de l'enfant et de la mère, à la naissance, est ici proposée afin de remédier à cette situation apparemment sans issue.

Mots clés : milieu défavorisé — culpabilisation — hospitalisation.

To birth for living
M. Titran

Children born from unprivileged families seem both at higher risk of prematurity or pathological birth and of being transfered in specialised hospital services, than those coming from privileged social groups. Studying this phenomena, the author questions medical service's responsability considering that their righteous attitude puts the relationships with the parents under the sign of réciprocal distress. This mistrust may have dramatic consequences for it introduces medical services at the worst moment and in the worst conditions.

In the same manner the cleavage between the « good doctor » and the « bad mother » worthens the acceptation of the child by his mother. Feeling unworthy she has more and more often the

need for hospital help on all occasions : having a sens of inadequacy she trusts the medical institution. A real welcoming attitude as well of her pregnancy as of the birth and of the relationship between mother and baby is proposed here as a remedy to this apparently hopless situation.

Key words : unprivileged families — culpabilisation — hospitalisation.

Le symptôme prématurité
L. Le Vaguerèse

Dans un travail précédent, l'auteur, qui a travaillé comme psychanalyste dans un service de réanimation néonatale, a introduit le concept de prématurité-symptôme. Celui-ci est fondé sur l'ambivalence des femmes vis-à-vis de leur grossesse et de l'enfant à naître. Se refusant à toute distinction entre maladies psychiques et maladies somatiques, il insiste sur l'intrication permanente, chez tout individu, de ces deux composantes. Il met l'accent par ailleurs sur la difficulté que représente l'investigation de l'inconscient, et rejette catégoriquement la notion si fréquemment utilisée de causalité traumatique. Il met enfin en garde les médecins contre une utilisation de ce concept qui méconnaîtrait les liens complexes existants entre le conscient et l'inconscient.

Mots clés : ambivalence — inconscient — maladie.

Prematurity symptom
L. Le Vaguerèse

In a preceding publication, the author, a psychoanalyst working in a neonatal reanimation unit, has coined the concept of prematurity-symptom which is based on women's ambivalence towards their pregnancy and unbornchild. Refusing any distinction between psychic and somatic illnesses, he insists on permanent intrication of these two components in every individual. He also emphasizes the difficulty of investigating the inconscious, and reject the frequently utilised idea of traumatic causality. He finally warns doctors against utilising this concept, without

recognizing the complex bounds existing between concious and unconcious.

Key words : ambivalence — unconscious — illness.

II. UN TEMPS POUR NAÎTRE

D'hier à aujourd'hui : les temps de la grossesse

F. Loux

L'auteur, anthropologue, spécialiste des traditions françaises, est également mère d'un enfant né prématurément. Dans cet article, elle met en parallèle la rupture profonde par rapport au temps, qu'elle a éprouvée lors de cette naissance, avec certains éléments présents dans les traditions qu'elle étudie. Celles-ci se révèlent fortement enracinées dans trois temps : temps du corps, temps de la nature et temps social.

Dans notre société urbaine, quand ces repères internes par rapport au temps disparaissent, comme c'est le cas lors d'un accouchement prématuré, les repères externes auxquels la mère peut s'accrocher se révèlent aujourd'hui beaucoup moins présents qu'autrefois. Cette situation peut créer chez elle un certain désarroi et la pousser à se constituer ses propres repères temporels.

Mots clés : traditions — temps — corps — nature — société.

From yesterday to today : pregnancy times

F. Loux

The author is an anthropologist specialised in french traditions, but also the mother of a premature baby. She compares here the deep discontinuity with time, which she felt as regards to this birth. There was also some reminders of the traditions she studies, which are strongly rooted in three different times : the time of the body, the time of nature and the social time.

In our urban society when such internal reference to time

disapears, as is the case in the course of a premature birth, the external references to which the mother could cling, are today much less present than in older times. In such situation may create in her a state of confusion which may bring her to invent her own time references.

Key words : traditions — time — weather — body — nature — society.

Étrange, en somme
A. Bouchart-Godard

Une femme martiniquaise dont on a médicalement entravé l'accouchement prématuré à sept mois, nous amène à comprendre, par le délire qu'elle développe ensuite, le sens, fondamental pour elle — dans son histoire personnelle et culturelle — qu'avait cet accouchement prématuré. Répétition de l'événement inaugurant sa propre histoire, l'accouchement à sept mois lui était une nécessité pour maintenir son équilibre psychique et pour tenter d'intérioriser ce qui, du traumatisme subi, était encore jusqu'alors resté extérieur à sa pensée. Devenir mère jusqu'à devenir mère comme sa mère exigeait qu'elle répète activement ce qu'elle avait subi ; le répéter dans son corps, à défaut de pouvoir en parler. C'est à son corps que le médical a répondu, l'abandonnant à la nécessité interne de « transformer la réalité » par un délire où s'exprime sa vérité qui n'a pu trouver à se faire entendre. Chaque femme qui devient mère n'est-elle pas prise dans cette « étrange » position ?

Mots clés : étrange — répétition — délire — identification.

Queer
A. Bouchart-Godard

A woman from the West Indies has been medicaly prevented from giving birth at seven month. She later developes a delirious episode showing that, in her personal and cultural history, this prematurity had a fondamental meaning. A repetition of the event starting her own history (a delivery at seven month) was a way to maintain her psychic equilibrium and to try to integrate the traumatism which had upto then stayed unconscious.

Becoming a mother means for her, becoming a mother just like her mother and actively repeating in her body, what she herself had been subjected to since she could not talk about it. What the medical institution did not allow to be expressed, had to be realised by a delirium where the truth which had not been heard, could be expressed. Is every woman who becomes a mother not entangelded in a strange position of this sort ?

Key words : strange — repetition — delirium — indentification.

« Enfant pas mûr, enfant pas cuit »

J. Gélis

Jusqu'au XVIIIe siècle, l'opinion publique et les médecins pensent que l'enfant peut naître entre le septième et le onzième mois. On ne conçoit pas la reproduction de l'espèce humaine comme fondamentalement différente de la reproduction animale et végétale. La femme est une sorte de « porte-graine » chargée de mener à terme l'embryon puis le fœtus. Son ventre, qui fonctionne comme un four, assure la maturation de la pâte fœtale. Suivant le « tempérament » de la mère et les caractéristiques du fœtus, la naissance est plus ou moins précoce ; le prématuré, trop pâle, trop petit, trop maigre, est opposé à l'enfant trop cuit, au teint mat et aux cheveux noirs, resté trop longtemps dans la matrice.

L'enfant est considéré comme viable à sept mois ; il tente alors de sortir ; s'il n'y réussit pas, il doit alors « repasser au four » pour refaire ses forces : s'il naissait à huit mois, épuisé, il mourrait à coup sûr.

La proportion des prématurés est importante (entre 15 et 20 pour 100) ; ceux qui survivent sont peu nombreux ; et c'est pour sauver à la fois la mère et l'enfant que les accoucheurs anglais mettent au point au XVIIIe siècle l'accouchement prématuré artificiel.

Mots clés : femme-arbre : femme-four — fœtus pas mûr ; fœtus pas cuit — viabilité ; « temps » de la nature — accouchement prématuré artificiel.

« Not ripe child, not cooked child »

J. Gélis

Up to the eighteen century both public opinion and doctors thought that children could be born from seven to eleven month. There was no fondamental differences between human reproduction and that of animals or plants. Women were considered as « seed bearers » in charge of bringing the embryo and the fetus to its normal term. Her belly functioning as an oven, insured maturation of the fetal paste. According to the mother's temperament and the fetal characteristics, birth was more or less precaucious. A too small, too pale, too thin premature baby is opposed to an over-coocked child with dark complexion and black hair who stayed too long in the womb.

The child is considered as viable at seven month when he tries to come out. If he does'nt succeed, he must then be « recooked » in the oven to rebuilt his strengh : If he were to be born at eight mounth, he would thus be exausted and would surely die.

At the time, the proportion of prematures is important (between 15 and 20 %) and those who survive are few. It is there for to save both mother and child that english obstetricians devised in the eighteen century the artificial anticipated delivery.

Key words : woman-tree : woman-oven — not ripe fetus : not cooked fetus — viability : nature « time » — artificial anticipated delivery.

Chronobiologie, environnement et néonatologie

M. Stupfel

La physiologie comparée montre l'importance de la périodicité lumineuse, aussi bien pour l'éclosion d'un papillon que pour les cycles annuels des fonctions reproductrices des vertébrés supérieurs.

L'homme s'est progressivement soustrait aux synchroniseurs solaires qui modulent les variations de température, d'hygrométrie et la longueur des jours, pour se soumettre à ses propres synchroniseurs socioéconomiques et culturels. C'est ainsi que naguère des facteurs religieux (carême), puis récemment la prise

de la « pilule », ont abouti à un rythme annuel de fécondation et de naissance. Actuellement, les modifications chronobiologiques les plus patentes de la néonatologie concernent l'horaire circadien de la naissance. Autrefois, le plus grand nombre d'accouchements avait lieu vers 4, 5 heures du matin, alors qu'aujourd'hui, dans les services d'obstétrique, il a lieu principalement entre 9 heures du matin et 9 heures du soir.

D'autre part, on connaît depuis plusieurs années les rythmes ultradiens des fœtus et des embryons des mammifères et des oiseaux. Et, depuis peu, on attache beaucoup d'importance aux rythmes ultradiens (activité, fréquence cardiaque, mouvements respiratoires...) du fœtus et du nouveau-né humain.

Après la naissance, ces rythmes ultradiens sont progressivement recouverts par des rythmes circadiens, car le nouveau-né subit de plus en plus l'influence des synchroniseurs sociaux et lumineux de son entourage. C'est certainement, pour le jeune enfant, un stade critique pour le devenir de sa structuration chronobiologique. Car c'est alors que ses différentes horloges internes se relient entre elles et se synchronisent avec les paramètres chronobiologiques de l'environnement.

Mots clés : périodicité lumineuse — synchroniseurs sociaux — rythmes circadiens — heures de naissance.

Chronobiology, environment and neonatology

M. Stupfel

Comparative physiology demonstrates the importance of light periodicity, as well for the hatching of a butterfly as for the yearly cycles of the reproductive functions of higher vertebrates.

Man has progressively substracted himself from solar synchronizers, which are modulating temperature, humidity variations, and day spans, to submit himself to socioeconomical and cultural synchronizers. Not long ago religions customs (lent), and more recently the « pill » lead to circunnual fecundation and birth rythms. Actually the more obvious modifications of neonatology are those of the circadian hour of delivery. Formerly the greatest number of deliveries were occuring towards 4, 5 o'clock a.m., whereas to day, in obstetric departments, they take place between 9 a.m. and 9 p.m.

Moreover, since several years, ultradian fetus and embryo rythms have been investigated in mammals and birds. And, since recently, many studies concern ultradian (activity, heart rate,

breathing movements...) rythms in human fetuses and newborns.

Afther birth, these ultradian rhythms are progressively covered by circadian rhythms, for the newborn is more and more submitted to the social and light-dark periodicity of his whereabouts. This stage is certainly, for the young child, a very critical moment for his chronobiological future structure. For it is then that his different « internal clocks » interlock and synchronize themselves with the chronological environmental parameters.

Key words : light periodicity — social synchronizers — circadian rythms — delivery time.

Et si l'inconscient calculait la date de la naissance

N. Bidlowski

La date de la naissance peut-elle résulter d'un calcul inconscient ? C'est l'hypothèse que soulèvent une psychanalyste et un accoucheur collaborant dans une maternité. Un très grand nombre de conceptions et de naissances surviennent involontairement à une date signifiante pour l'un des parents (naissance ou mort d'un autre enfant ou d'un ascendant par exemple). Si la conception survient à la date d'un événement signifiant, c'est alors une conception de fête ou de deuil. Si la conception survient 280 jours (durée de la gestation) avant la date signifiante (qui est alors celle de la naissance) x — 280 doit résulter d'un calcul de l'inconscient.

Mots clés : date de naissance : date anniversaire signifiante.

Is unconscious calculating the date of birth ?

M. Bidlowski

Can the date of birth result from anunconscious calculation ? This is the question asked by a psychoanalyst and an obstetrician after some years of collaboration in obstetrics. Many conceptions and many births occur unwillingly at a date which is significant for one or the other parent (date of birth or death of aptevious child anniversary of death or birth of a significant member of their

family for example). It sometimes happens that the date of conception itself falls on a significant day (festive or mourning conception). It also happens that the date of conception falls 280 days prior the significant date (280 being the lenght of human gestation). This date : x — 280 must therefore be calculated by the unconscious.

Key words : date of birth : date of significant anniversary.

III. ACCUEILLIR LE PRÉMATURÉ

Les petits Poucets

J.-C. Risse, J. Ricardou

Deux pédiatres de l'hôpital de Sens : Jacqueline Ricardou, responsable des nouveau-nés à la maternité et Jean-Claude Risse, responsable du service de néonatologie, s'efforcent, depuis 1976, de maintenir le plus possible d'enfants prématurés près de leur mère. Lorsque, malgré tout, une hospitalisation séparée est indispensable, tout est fait pour entraver le moins possible les contacts entre les parents et leur enfant.

En 1976, sur mille enfants qui naissaient, cent trente étaient hospitalisés séparément ; en 1978, vingt-quatre seulement, alors que la moyenne française à la même époque était de cent.

Les prématurés, parce que l'on considère à priori qu'ils risquent de devenir des enfants vulnérables et fragiles, et aussi parce que l'interaction parents-enfants a pu être modifiée par les conditions de leur naissance et de l'hospitalisation qui l'a suivie, connaissent des avatars particuliers ; les hospitalisations *inutiles* dans les premières années de leur vie en sont un exemple.

Deux enquêtes ont permis aux auteurs de montrer qu'en réduisant le nombre des hospitalisations à la naissance (ce qui ne s'accompagne de l'apparition d'aucun risque particulier), on réduit, *ipso facto* et dans la même proportion, le nombre des hospitalisations ultérieures inutiles.

Le prématuré qui sort de la maternité devient un enfant comme les autres...

Mots clés : néonatologie — prématurés près de leur mère.

Tom thumb
J.-C. Risse, J. Ricardou

Two pediatricians of french hospital (Sens) try since 1976 to maintain, ar far a possible, premature babies near their mothers. If a hospitalisation is nevertheless indispensable, all is undertaken to preserve the contact between the parents and their baby.

In 1976, 130 of the babies born in 1976, out of a thousand, were hospitalised and separated from their parents. In 1978, this occurred for only 24 of them, altough the mean was then in France of 100.

Prematures being considered *a priori* as susceptible of becoming vulnerable and frail are often subjected to unnecessary hospitalisation in the first years of their lives. This may also be due to the fact that parent-child interaction has been modified by the conditions of their birth and of the consequente hospitalisation. Two statistical investigations have shown that by reducing the number of early hospitalisation (witch does not bring about any particular risk) the number of ulterior unecessary hospitalisations is reduce *ipso facto* in the same proportion.

The premature who leaves thus the maternity becomes a child like any other.

Key words : neonatology — prematures by their mother.

Prématurité et créativité
M. Odent

Évocation de l'expérience d'une maternité où la plupart des prématurés ne sont jamais séparés de leur mère. Il est toujours possible d'introduire un incubateur dans la chambre de la mère. Bien plus, lorsque la mère et le bébé prématuré cohabitent en permanence, même le caractère bénéfique de l'incubateur peut être mis en doute. Seule la mère peut apporter à la fois la chaleur, le lait et les stimulations sensorielles nécessaires à tous les nouveau-nés. Les séquelles maternelles et infantiles de la prématurité sont plutôt des séquelles de la séparation mère-enfant. Peut-on mettre l'accent sur les séquelles négatives de la prématurité

lorsqu'on sait que les bases de notre connaissance actuelle de l'univers ont été élaborées par d'anciens prématurés de génie ?

Mots clés : prématurité — « rooming-in » — incubateur — créativité.

Prematurity and creativity
M. Odent

We describe the practice of a maternity unit where most of the premature babies are never separated from their mother.

It is always possible to put an incubator in the mother's bedroom. Furthermore the benefical effects of an incubator are doubtful from the moment when « rooming-in » is complete. Only the mother can bring at the same time warmth, milk, and the sensory stimulations which are necessary to any newborn baby. The negative after-effects of a premature birth on mother and child are rather the after-effects of mother-infant separation. Must we emphasize the negative consequences of prematurity when one knows that our basic scientific understanding of the universe has been elaborated by prematurely born men of genius ?

Key words : prematurity — rooming-in — incubator — creativity.

Accueillir et informer
O. de Bethmann

Dans l'U.S.I.N. de Port-Royal seuls des prématurés très malades ou de très faible poids de naissance sont : population d'enfants très sélectionnés, en danger vital, admis en urgence dans un service en alerte permanente. Enfants de parents souvent marginaux ou dans des situations socioéconomiques difficiles, nés après des grossesses parfois « acrobatiques », ils sont dits « précieux ». Les progrès dans la prise en charge technique de ces enfants sont spectaculaires et permettent la survie de nouveau-nés de très petits poids dans un % qui ne cesse de croître en association avec, à l'inverse, une diminution des séquelles. La fréquence des troubles relationnels reste néanmoins préoccu-

pante. Leur prévention nécessite que l'équipe soignante soit à l'écoute des parents, disponible pour les accueillir, les informer, et les accompagner dans ce vécu si douloureux de l'incertitude, et de la hantise du handicap.

Mots clés : prématurés malades — troubles relationnels.

To welcome and to inform
O. de Bethmann

The Port-Royal I.C.U. only admits premature infants with severe conditions and/or very low birth weight. Therefore the population includes strictly selected infants, in life danger, with emergency admission in a permanent alert state. Families suffer quite often from bad integration and/or socioeconomic difficulties, a number of pregnancies were very high risk ones and these babies are « apple of the eye » for their parents. Advances in the technical care of these babies allow a much better survival ; the survival rate increases constantly whereas sequelal decrease.

The rate of later disturbances in the intra-familial relationships remains a point of some concern. Prevention of such troubles requires that the I.C.U. medical and nursing be feeling commited to the demands of parents, be available to welcome them and discuss with them at any time, and support them in the painful process of uncertainly and lengthy fear of handicaps.

Key words : very ill prematures — relational troubles.

À l'autre bout du monde : accueillir le prématuré
E. Rey Sanabria

Le professeur Edgar Rey Sanabria est responsable d'un service de pédiatrie dans la ville de Bogota en Colombie. Pour lui, malgré les progrès de l'antibiothérapie, le risque infectieux demeure susceptible de provoquer de véritables ravages chez les enfants hospitalisés.

Pour combattre ce danger, le professeur Rey conseille de confier les enfants en bonne santé, mais de faible poids, à leur mère, afin qu'elles les gardent chez elles. Dans cette perspective,

si une infection apparaît secondairement, elle a toute chance de pouvoir être facilement combattue par une antibiothérapie adaptée, ce qui n'est pas le cas des infections hospitalières, dont les germes présentent des résistances multiples aux antibiotiques.

En ce qui concerne les enfants qui doivent être soignés à l'hôpital, l'auteur préconise une mise au sein aussi précoce que possible.

Mots clés : risque infectieux — lait maternel — prématuré près de sa mère.

Far away, to welcome the premature infant

E. Rey Sanabria

Pr Edgar Rey Sanabria is head of a Bogota pediatric service (Colombia). For him, despite progresses in antibiotic therapy infectuous risks are still capable of being devastating for hospitalized children.

To curb this danger, Pr Rey suggests leaving small weight but healthy infants with their mother in their homes. In this perspective, if an infection develops secondarely it is easier to be cured by an adapted antbiotherapy which is not the case of hospital infections whose germs are resistant to most antibiotics.

As for those infants who must be cared for in the hospital the author advocates breastfeeding as early as possible.

Key words : infections risk — maternal milk — prematures by their mother.

Réanimation et handicaps

Dr Valleur, Pr Satgé

Les techniques de réanimation néo-natale permettent la survie d'un nombre important de prématurés. La décision du traitement doit être prise dès la naissance. Son résultat acquis très rapidement sur le plan vital, n'est connu sur le plan du développement qu'au bout de plusieurs mois. Dans ce bref délai et dans cette situation imprévue, il est difficile pour les parents de prendre en compte tous les éléments qui peuvent militer en faveur de telle ou

telle décision thérapeutique et ils doivent faire entièrement confiance à des médecins qu'en général ils ne connaissent pas. En revanche, dans les réanimations de longue durée, en général secondaires à l'apparition de complications respiratoires ou digestives, l'attitude de la famille va être un élément important dans des décisions médicales toujours difficiles à prendre.

Mots clés : réanimation néo-natale — éthique médicale — relations mère-enfant.

Reanimation and handicaps

Dr Valleur, Pr. Satge

Neonatal reanimation technics allow the survival of a great number of premature babies. The decision of applying the treatment must be taken right after birth. Results are shown very rapidely but for the life process but take several months for the developemental level. In this brief instant and in this unexpected situation, it is difficult for parents to take in all the elements which plead in favor of one therapeutic decision or another, and they must entirely rely on doctors whom they usually do not know. On the other hand for long lasting reanimation, which are usually secondary to the appearence of respiratory or digestive complications, the attitude of the parents is an important factor in the always difficult medical decisions.

Key words : neonatal reanimation — medical ethics — mother-infant relation.

Et s'il a un handicap ?

D. Truscelli, A. Ollivier, D. Rapoport

Certains cas de prématurité entraînent des handicaps qui vont retentir sur le développement des enfants. Ces handicaps ne sont pas toujours décelables dans les premiers mois de la vie. Au cours de la première année, des troubles et des déficits plus graves peuvent apparaître. Il est important de les mettre en évidence de manière précoce, afin de mieux les traiter. Aussi ne doit-on pas relâcher la surveillance pédiatrique à la sortie de l'hôpital, afin de pouvoir mettre en place une aide de l'enfant et une guidance parentale adaptée. Un exemple de cette action médico-psycho-

sociale est donnée, à travers l'expérience du Centre d'assistance éducative du tout-petit du XIIe arrondissement de Paris.

Mots clés : déficits du bébé — surveillance pédiatrique — guidance — C.A.M.S.P.

Handicapped babies

D. Truscelli, A. Ollivier, D. Rapoport

A number of premature births are followed by handicaps wich hinders the children's development. These are not always detectable during the first months of life. During the first year, important deficits and disfunction can appear such as cerebral palsy. It is important to detect these precociously so as to treat and reeducate them more effectively. Thus pediatric supervision in the first year of life must be kept up, so as to introduce help and guidance (help for the child and guidance for the parents). An exemple of such an early medico-psycho-social actions given by the Centre d'Assistance éducative du tout-petit du XIIe arrondissement de Paris.

Key words : Deficiences of babies — pediatric supervise — guidance — C.A.M.S.P.

« LES CAHIERS DU NOUVEAU-NÉ »

Titres déjà parus

N° 1-2 : « NAÎTRE... ET ENSUITE ! »

Rencontre pluridisciplinaire autour de la naissance, imaginée et organisée par Étienne HERBINET.

Sommaire

À propos de la projection du film de Michel Soulé, Myriam David et Geneviève Appel « Entre Mères et Enfants ».

La genèse de l'attachement maternel et ses avatars.
l'éclosion de l'attachement - un instant dans une longue histoire - l'évolution ultérieure - sans oublier le père - les anomalies psychologiques de la jeune mère : les décompensations transitoires, anxiété et surprotection, l'agressivité - les sévices aux jeunes enfants - le prématuré, les nouveau-nés en péril vital
Léon KREISLER

Le syndrome du jeune enfant maltraité
Pierre STRAUS
Dominique GIRODET

Violence, accouchement et naissance
Étienne HERBINET

Accueillir...
Danielle RAPOPORT

Le père, le bain... le bambin
Bernard THIS

Les manifestations précoces du réflexe de fouissement
Michel ODENT

Heures et jours qui suivent l'accouchement, période sensible pour la dépendance de la mère aux dires des soignants.
• histoire d'un allaitement • histoire du petit schizophrène • les effets de la parole • phallisme et réceptivité • histoire d'un coma en Italie • relations mère-enfant pendant la grossesse • l'écoute de l'accoucheur • pulsion de mort, pulsion de meurtre • importance des paroles autour du berceau • ma petite chérie dont les yeux sont plus beaux que les étoiles • changement de ton dans la discussion • pouvoir médical
Françoise DOLTO

Table ronde
Modérateur : Jacques CHAVINIÉ

N° 3 : « D'AMOUR ET DE LAIT... »

Ouvrage collectif sur l'allaitement
sous la direction d'Étienne HERBINET

Il ne s'agit pas ici de faire pression pour que les femmes allaitent, mais de se demander pourquoi, trop souvent actuellement, celles qui désirent le faire n'y parviennent pas...

On découvre au fil des pages que les techniques médicales encore en usage dans beaucoup de maternités sont absurdes, en contradiction flagrante avec la physiologie de l'allaitement dont elles ne sauraient favoriser que l'échec.

Mais, récemment, un certain nombre de maternités françaises et étrangères ont adopté avec succès des usages radicalement différents autour de l'allaitement. Ce livre en détaille les points essentiels de même qu'il évoque l'aide que peuvent apporter des associations de femmes telles que La Leche League.

Depuis sa parution, de nombreux témoignages nous ont appris que « d'amour et de lait » avait aidé beaucoup de femmes à allaiter leur dernier-né, alors qu'elles n'avaient pas réussi pour leurs aînés.

Outre cet aspect pratique, le livre aborde la difficile question du choix, dont certains éléments sont rationnels, mais tant d'autres sont à la fois obscurs et puissants, profondément liés à la sexualité, situés à la charnière entre les dimensions animales et symboliques qui coexistent dans l'être humain.

Ont participé à ces cahiers et à la table ronde :
Des mères de famille : *Françoise CHABANE, Madeleine DUNAIS, Odile GUITARD, Gisèle LAVIOLLE, Françoise SEIGNEUR ;* des psychanalystes : *Anne BOUCHART, Françoise DOLTO, Laurent LE VAGUERÈSE, Bernard THIS ;* des psychologues : *Yves HALFON, Marianne HERBINET-BAUDOUIN, Danielle RAPOPORT, Claude REVAULT D'ALLONNES ;* des accoucheurs : *Étienne HERBINET, Hervé LEMEUR, Michel ODENT ;* des pédiatres « critiques » : *Françoise JULIEN ;* des pédiatres « innovateurs » : *Marie-Thérèse THIRION ;* des professeurs de pédiatrie : *André HENNEQUET, Henri LESTRADET, Pierre SATGÉ ;* des pédo-psychiatres : *Roger SALBREUX ;* des monitrices de La Leche League ; des médecins généralistes ; des chirurgiens plasticiens ; des scientifiques : immunologistes, spécialistes en écologie microbienne, des « scientists » de l'*O.M.S. : Manuel CARBALLO ;* des épidémiologistes de l'*I.N.S.E.R.M. : Gilbert BRÉART, Claude RUMEAU-ROUQUETTE ;* des médecins du Centre International de l'Enfance : *Samuel BEREMBERG, Michel PECHEVIS ;* des pédiatres suédois : *Yngve HOFVANDER, Göran KJELLBERG, Stig SJÖLING ;* des chercheurs en médecine sociale : *E. Alfred SAND ;* des ethnologues : *Françoise LOUX ;* des écrivains, des poètes...

N° 4 : « CORPS DE MÈRE, CORPS D'ENFANT »

Textes rassemblés par Danielle RAPOPORT

« Ce n'est pas sans affrontements que ce cahier remet en cause l'évidence peut-être abusive de la position dorsale, qu'il propose une nouvelle liberté des positions dans l'accouchement, et qu'il cherche comment, à travers les progrès techniques, préserver l'imagination... »

Sommaire

Michel ODENT
Les positions de la mère pendant l'accouchement

Jean-François HUSSON, Sylvain YANNOTI
Y a-t-il un obstétricien dans la salle ?

Juliette PLANCKAERT
Dans l'eau, ensemble, accroupis, debout, couchés, la mère, le père, la sage-femme

Mohamed SIJELMASSI, Youssef BOUTALEB, Latifa HILMI
Positions d'accouchement, rites, mythes et symboles autour de la naissance dans le Maghreb

Brigitte SERVAIS
Pour un lit d'accouchement multipositionnel

Richard J. ATWOOD
Positions d'accouchement et comportements s'y rattachant : étude ethnologique

Bernard THIS
La femme horizontale

François MAURICEAU (1668)
Extrait des « Maladies des femmes grosses et accouchées »

J.A. LEJUMEAU DE KERGARADEC (1821)
L'auscultation appliquée à l'étude de la grossesse et la réponse de Forestier, membre de l'Académie royale de chirurgie

Danielle RAPOPORT
L'échographie : pour une autre écoute des ultra-sons

Roger BESSIS
Jonas et l'échographie

Philippe-Jean PARQUET, Georges DELCAMBRE
Dessins de corps d'enfants imaginés pendant la grossesse

Témoignages

N° 5 : « L'AUBE DES SENS »

Ouvrage collectif sur les perceptions
sensorielles fœtales et néonatales,
sous la direction de
Étienne HERBINET et Marie-Claire BUSNEL

Qui ne s'est jamais, devant un enfant nouveau-né, demandé ce qu'étaient ses perceptions des êtres qui l'entourent et du monde où il surgit ?
Comment voit-il nos visages ? Qu'entend-il de nos paroles et chansons ? Que perçoit-il de nos mains, de nos mouvements, de nos caresses ? Des odeurs et saveurs qui l'environnent ? Quand devient-il capable de nous reconnaître ?
Les physiologistes, les éthologues, les psychologues-expérimentaux, s'ils ne savent évidemment pas tout, ont cependant des réponses, parfois surprenantes de précision.
Ce livre les rassemble...
Mais il va plus loin : c'est la première fois qu'est réuni l'ensemble des connaissances scientifiques actuelles sur les perceptions *d'avant la naissance*. Et nous apprenons comment, bien avant de naître, tôt dans la grossesse, l'enfant perçoit le monde qui l'entoure (sa mère et l'univers). Nous apprenons aussi que ces perceptions, ces stimulations sensorielles prénatales sont indispensables à son développement, par leurs effets immédiats mais aussi parce qu'elles resteront inscrites comme autant « d'expériences ».
Le thème est donc scientifique. *En contrepoint chantent d'autres savoirs et d'autres questions : ceux et celles qui tissent la trame des mythes et coutumes du monde entier et des temps passés. Des récits qui nous entraînent parfois dans un univers fantastique où des enfants parlent et boudent avant de naître, des traditions où se devine souvent une infinie richesse, précieuse à ceux qui s'efforcent de ménager les espaces où puissent s'épanouir librement nos enfants.*

Ont participé à ce cahier : M.-L. AUCHER, B. AURIOL, M. AUROUX, V. BARROIS, N. BELMONT, C. BONNET, A. BOUCHART-GODARD, M.-C. BUSNEL, J. CASTON, D. CHAMPAULT, S. CHARASSON-VALANTIN, C. COHEN-SALMON, P. DERLON, C. DOLTO, J. FEIJOO, R. GESSAIN, C. GRANIER-DEFERRE, M. HAITH, É. HERBINET, B. HERTLING, J. LAMMOU, B. LAROUZÉ, R. LEHMANN, J. LEMAGNEN, F. LOUX, P. MACLEOD, F. MAZIÈRE, H. MONTAGNER, M. ODENT, Cl. PHILIP, R. QUICHON, Cl. RAKOWSKA-JAILLARD, M. ROBIN, B. SCHAAL, J. SEGUI, B. THIS, M. TITRAN, É. VURPILLOT, J. WALLMAN.

ACHEVÉ D'IMPRIMER
LE 22 AVRIL 1983
SUR LES PRESSES DE
L'IMPRIMERIE HÉRISSEY
A ÉVREUX (EURE)
POUR LE COMPTE DES ÉDITIONS STOCK
14, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE, PARIS - 6e

Imprimé en France

N° d'éditeur : 4593
N° d'imprimeur : 31829
Dépôt : légal : Mai 1983
54-20-3273-01
ISBN 2-234-01632-0

On note globalement une diminution du taux de prématurité dans la plupart des pays occidentaux. Une politique de prévention a été mise en place et tend à se généraliser; quelles contraintes peuvent en résulter pour les familles? Ne risque-t-on pas de passer progressivement de la prévention au dépistage? Cette diminution globale ne masque-t-elle pas une persistance des inégalités entre les différentes catégories sociales?

Comment les femmes peuvent-elles après cette naissance survenue à l'improviste, trouver, ou retrouver, leurs repères dans le temps quotidien?

Et lorsque l'enfant naît prématurément, quels soins faut-il lui prodiguer? Que se passe-t-il quand il doit être réanimé? Quelle place les parents ont-ils dans les décisions qui doivent être prises? Que devient l'enfant handicapé?

Voici quelques-unes des innombrables questions que pose la prématurité. C'est pour y répondre que nous avons fait ce Cahier, et que nous nous sommes adressés à des spécialistes de différentes disciplines, médecins, personnels médicaux, historiens, ethnologues, psychologues, psychanalystes, chronobiologistes. Nous avons donné également la parole aux parents ayant eu un enfant prématuré. Ceux et celles qui ont vécu cette expérience, ou qui la redoutent, y trouveront certainement l'écho de leurs angoisses et de leurs espoirs.

Cet ouvrage fait ainsi le point sur un problème aigu de notre temps en utilisant les données les plus récentes des sciences biologiques et humaines. Il s'appuie en arrière-plan sur une réflexion approfondie de l'évolution de la médecine et des rapports que nous entretenons avec elle. La grossesse, la naissance mais aussi la maladie, le handicap, la mort ne concernent pas que les médecins, elles nous mettent tous en cause. Nos réactions et nos comportements dans ces domaines définissent le type de société dans lequel nous vivons, auquel nous aspirons. La prématurité est en ce sens exemplaire: elle permet de soulever des questions fondamentales: quelle médecine voulons-nous pour demain? Quel accueil ferons-nous aux enfants qui vont naître?

Un enfant, prématurément, ouvrage collectif, est publié sous la direction de Laurent Le Vaguerèse, psychiatre et psychanalyste qui travaille à l'hôpital A. Beclère à Clamart où il poursuit actuellement une recherche sur les stérilités. Il est également chargé d'un enseignement sur Groddeck à la faculté de Paris VII.

Photo Valérie Winckler

9 782234 016323 89,00 FF TTC 83-V 54-3273-7

Atelier Pascal Vercken