

# NAÎTRE ACCOUCHER À NANTES [1970-2025]

WWW.ALACRIEE.ORG

**Jean-Baptiste**

**Pédiatre, CHU de Nantes, 46 ans**

**Entretien du 18 juillet 2023**

La prise en charge des prématurés, c'est récent dans le domaine de la médecine. Ça a commencé fin des années soixante. Il a fallu d'abord s'approprier le matériel très particulier pour des bébés de tout petit poids. Il fallait être certain des débits de perfusion. Il fallait être certain des systèmes respiratoires sur les bébés qui avaient besoin d'un soutien réanimatoire, respiratoire. Ça a été un environnement de soins très techniques au départ. Alors que naturellement, il y a besoin d'une absolue proximité entre le bébé et ses parents. La naissance fait une rupture de quelque chose qui est absolument une continuité du corps entre la mère et le bébé. Le niveau technique qui a été nécessaire, l'appropriation technique des équipes qui a été nécessaire, c'est fait avec une séparation catastrophique des familles, des parents, des mères avec leur enfant. Initialement, les services autorisaient, un peu, les familles à visiter leur bébé.

Aujourd'hui, ça nous paraît complètement délirant. Les professionnels de l'époque avaient peur que les bébés meurent, tout simplement. Pour autant, pour des raisons d'hygiène, de stress, les familles regardaient les bébés derrière des vitres. Les mamans regardaient leur bébé derrière des vitres. Et ça voulait dire que les bébés surtout, eux ne voyaient pas leur mère, ne sentaient pas leur mère, n'entendaient pas leur mère.

Aujourd'hui, on sait que sur le plan sensoriel, c'est toujours la même chose au niveau du développement. Le toucher se développe très précocement. Dès la 7ème semaine de gestation, il y a des récepteurs en nombre sur les paumes et les plantes et autour de la bouche. Qui deviendront des zones très très sensibles plus tard. L'expérience très précoce du bébé in utéro va vraiment être importante pour la suite. Il y a une logique à cette maturation-là. Il y a le toucher très précoce, la sensibilité aux odeurs très très précoce chez les fœtus. Dès 24-25 semaines, l'oreille est fonctionnelle et l'enfant entend la voix de sa mère qui a une fréquence assez élevée, en communication interne par le corps. Mais il entend la fréquence basse de son père puisque la fréquence basse passe bien la barrière utérine. On sait, sur des études menées sur des comportements faites à l'échographie des fœtus, que les bébés réagissent différemment à la voix de la mère, à la voix du père et à la voix de quelqu'un d'autre. Il réagit différemment à la voix de son père et à celle d'un autre homme. C'est très intéressant comme outil quand on le sait, dévastateur si on le méprise. Et donc à ne pas mépriser.

Le développement de l'oeil se fait d'abord de façon très anatomique. Ensuite la fonction de la rétine se développe parce que l'enfant automatiquement a une activité électrique de la rétine. La vision est très dépendante des expériences. Si l'enfant ne voit pas, si on ne propose rien à voir à l'enfant, le cerveau de la vision ne va pas se développer, voire va régresser.

Nos sens ont besoin d'être stimulés, c'est vraiment le mot, pour se développer. La vision pour ça est un bon exemple.

In utéro, l'enfant est baigné par plein de sensations. Logiquement, à la naissance et ce n'est pas de la magie même si cela paraît magique à tout le monde, quand le bébé naît à terme et qu'il est posé en peau à peau sur la maman, il va grimper sur le ventre de sa mère pour aller vers le sein. En fait, il a un organe voméronasal qui marche très fort, l'organe de la captation des odeurs qui va régresser après, mais pour notre instinct de survie, ça nous sert bien. Ça permet au bébé de s'orienter vers le mamelon qui secrète plein de petites hormones. Le bébé va dessus. Ce besoin sensoriel de survie doit être satisfait.

Chez les tout-petits et les prémas, on observe des choses très très archaïques mais très fortes. A terme, un bébé va stimuler la venue de sa mère à lui parce qu'il va en avoir besoin. La mère va être, parfois, la seule apte à l'entendre parce qu'elle reconnaîtra le cri de son bébé parmi plein d'autres. On sait aussi maintenant que les mères, probablement, reconnaissent l'odeur de leur

bébé par rapport à d'autres. L'enfant exprime une odeur, il exprime un cri qui, normalement, va être spécifiquement être reconnu par la mère. Lui-même au départ n'est pas uniquement rassuré par la mère mais il y a un échange très individuel entre ce qu'il va émettre et ce que la mère est apte à reconnaître spécifiquement. Le bébé, naturellement, quand il a faim va pleurer. Quand il se réveille, il va gigoter, il va avoir des petites expressions. Ça va stimuler ce qu'on appelle le « bonding » chez la mère, c'est à dire, dans la théorie de l'attachement, le sentiment d'avoir besoin de s'occuper de son bébé. La mère l'a naturellement mais les signes de stress, entre guillemets, du bébé vont stimuler ça. Le bébé est apte physiquement à montrer ses signes-là. Donc il appelle sa mère, il se sert de pleurs, de cris, d'expressions du visage. Et la mère va y répondre. Si l'enfant stimule sa mère et qu'elle répond, il va petit à petit constituer des liens d'attachement. La mère va éprouver son bonding. Elle va faire un soin pour calmer son enfant qui va être de l'ordre du caregiving.

Petit à petit, ce couple mère-bébé va s'ajuster. La mère va s'ajuster aux besoins de l'enfant qui, lui-même va s'apaiser plus facilement. D'ailleurs, dans le registre de ce que sait faire le bébé, il peut appeler sa mère avec des comportements aversifs, des pleurs, des cris, puis des comportements de signalisation plus sympas, des sourires, des petits cris mélodieux, des gazouillis.

Et puis, troisième façon d'accrocher sa mère, ce sont les réflexes archaïques qui ne sont pas conscients mais qui correspondent à l'accrochement du bébé. Le registre de compétences du bébé permet à l'enfant d'apporter à lui sa figure d'attachement. Au départ, tout le monde peut le rassurer mais petit à petit ça va être sa figure d'attachement qui est dans 95 % des cas, la mère. Si la mère répond bien, entre guillemets, ce n'est pas un jugement, c'est comme ça, si elle peut répondre bien aux besoins exprimés par l'enfant, le bébé va calmer ces signes aversifs de pleurs, de cris pour appeler sa mère. Il va aller sur un côté plus sympa qui est le gazouillis, l'expression du visage, parce qu'il sent que ça va marcher très bien. Ça va apaiser son côté stressé et ça va lui permettre d'appeler sa mère vers trois mois, six mois de plus en plus spécifiquement avec un côté sympa des comportements de signalisation. Petit à petit, ça permet à l'enfant d'être apaisé, sécurisé et de développer un attachement sécurisé.

Si on arrive à faire ça, quelque soit la situation, c'est le travail le plus important du monde pour l'avenir.

Dans la population générale, on le sait, c'est stable, il y a deux tiers de personnes sécurisées, un tiers de personnes insécurisées. Quelqu'un qui est sécurisé sait représenter le monde, l'autre de manière très positive. C'est pour ça que j'insiste sur le fait que si l'enfant peut calmer ses signes de stress et appeler l'environnement par des petits signes sympas, comme on voit chez un bébé, ça veut dire qu'il envisage l'autre de manière positive. L'échange est agréable. Et c'est majeur.

Quelqu'un qui devient sécurisé peut envisager l'autre, tous les autres de manière positive en respectant l'autre dans sa manière d'être, en l'intégrant. Ça se joue beaucoup dans les premières semaines, les premiers mois.

Le boulot qui est fait en néonatal est majeur. À mon sens.

C'est tout ce que John Bowlby a écrit et qui a été repris ensuite.

Les sens de l'enfant, présents dès la naissance, son aptitude à entrer en communication peuvent permettre au bébé de générer une réponse de l'adulte, adaptée. C'est hyper important de savoir les reconnaître chez l'enfant. Dans les situations les plus extrêmes de prématurité, ces aptitudes-là existent. Elles se manifestent différemment parce que l'enfant au niveau moteur, au niveau puissance de cris n'a pas les mêmes aptitudes. Et d'un autre côté, sa mère n'a pas non plus les aptitudes d'une maman à terme, c'est aussi une mère prématurée. On sait que cette sensibilité maternelle à ressentir le besoin de s'occuper de son bébé est certes dépendante d'hormones mais aussi dépendante du parcours psychique de la mère qui s'est progressivement représentée son bébé. Elle l'a d'abord fantasmé puis elle l'a senti et puis il va devenir réel. Du fantasme à sentir un bébé bouger, à se le représenter et à se dire, ok il va arriver, il y a un parcours pour la maman. Quand il y a un coup de tonnerre dans une grossesse avec un accouchement prématuré, la mère n'est pas prête, non plus.

Aujourd'hui contrairement à ce que je disais au départ, la chambre est la chambre de l'enfant et des parents. Les parents n'ont pas un droit de visite, c'est leur chambre. On essaie au maximum

de garder cette proximité-là. Pour que l'enfant ait une réponse à ses signes parfois difficiles à lire, il faut que la réponse soit possible et que ses parents soient présents.

On fait une continuité, à partir du moment où les bébés sont à risque d'arriver, en allant expliquer tout ça aux parents. En expliquant aux parents tout ce que l'enfant ressent déjà, in utero, en demandant aux mamans puisqu'on sait que l'enfant est capable de sentir les odeurs, de mettre un lange sur elle-même. A la naissance, le lange suit l'enfant et on voit bien que ça l'apaise. Ils ont moins de gênes respiratoires, moins d'apnée centrale. Ça les apaise dans leurs comportements parce qu'ils sentent la présence de la mère.

Pour qu'il y ait une continuité importante, ce qu'on essaie de faire maintenant, que l'on fait dans 90 % des cas, c'est de descendre les bébés en fauteuil, dès la naissance, en peau à peau avec le papa. On fait un peu parler les papas, on essaie de détendre l'atmosphère par ces paroles. Et la voix du père est là. Le bébé a l'odeur de la mère avec le lange et la voix du père. Dès les deux heures qui suivent l'accouchement, on propose aux mères, le plus rapidement possible, de venir faire des peau à peau, dans le service. L'enfant va bien ressentir cette présence du toucher maternel.

Puis, petit à petit, à partir des observations de Brazelton, adaptées par Als pour prématurés, on observe l'enfant avec les parents. On montre aux parents. On va regarder comment l'enfant gère les systèmes qu'il exprime. C'est une aptitude que le préma a. Je donne un exemple. A-t-il, par exemple, une fréquence cardiaque extrêmement élevée ou beaucoup trop lente? Sa fréquence respiratoire est-elle irrégulière? Ou au contraire est-ce que sa fréquence cardiaque est bien régulière, sa fréquence respiratoire bien régulière aussi? Qui nous fait dire que l'enfant nous montre qu'il est bien sur le système cardio respiratoire. Et comment l'enfant est-il sur le plan moteur? Arrive-t-il à se regrouper comme le fait naturellement un bébé? Approche-t-il les mains de la bouche, ce que cherchent à faire tous les bébés pour s'auto-stimuler? Une sensibilité très intégrée chez l'enfant déjà, la paume, les lèvres. Il a besoin de s'auto-rassurer, ce bébé-là. Encore faut-il qu'il puisse le faire sur le plan moteur. Est-ce qu'on arrive à voir ses signes de bien-être au niveau moteur ou au contraire, sur cette sphère motrice, est-il désorganisé, en alerte?

On va observer ces signes-là, cardio-respiratoires, moteurs. On va regarder comment l'enfant arrive à gérer ses phases d'éveil et de sommeil. Un bébé à terme à des phases d'éveil de 20-30 minutes, voir plus. Un nouveau-né prématuré, c'est très court. On essaie de voir si la fluidité entre les stades de veille-sommeil est bien observée. Un enfant peut nous montrer du sommeil profond, du sommeil léger. Il peut nous montrer qu'il est en phase de transition par son comportement moteur, par le fait qu'il entrouvre les yeux, par le fait qu'il commence à respirer un peu plus vite. L'enfant, dans ces cas est peut-être, en train de se réveiller et si on a un soin à faire, c'est peut-être le moment d'aller le voir pour, éventuellement le « déranger », le moins possible. Il peut arriver en phase d'éveil calme. Si lui nous montre ça, nous, il faut qu'on lui réponde en stimulant cet éveil calme. Parce qu'après l'enfant peut se déstabilier en passant sur une phase d'éveil moins calme, agitée, voir des pleurs. On peut perdre l'enfant dans ce système veille-sommeil. Mais si on le maintient bien dans son éveil calme, on peut aller voir son système d'interaction qui est le système le plus évolué pour un enfant, celui d'être en aptitude d'interactions ou pas.

Ce qu'on regarde avec les parents, ce sont ces domaines-là, cardio-respiratoire, moteur, veille-sommeil et système d'interactions. Si l'enfant arrive à être bien équilibré ou au contraire plutôt dans des signes de stress. S'il respire vite, ce n'est pas la peine de chercher à lui parler, il faut d'abord apaiser ses signes cardio-respiratoires. Si au niveau moteur, il nous montre qu'il est très éparpillé, on n'arrivera pas à aller gagner un stade d'éveil calme et donc il faut qu'on le regroupe, qu'on le cocoone, faut qu'on l'enveloppe, faut qu'il soit probablement dans les bras de sa mère. A ce moment-là peut-être qu'on va ralentir la fréquence cardiaque, réussir à le regrouper. Alors, il va peut-être réussir à gagner ce stade d'éveil qu'on aime bien voir. Ça va nous permettre de porter l'enfant à ses compétences et surtout porter les parents dans leurs compétences de parents. On va leur dire : « Ah, vous voyez votre bébé dans vos bras, il est bien calme, il est bien apaisé, il est bien regroupé. Il a votre odeur, il a votre voix. Allez-y, parlez-lui directement, vous allez voir, il va s'orienter dans son système d'interactions. » Un enfant, dès 28 semaines, dès 800 ou 900 grammes, a l'aptitude à avoir des petits signes d'orientation à la voix de la mère. Dans ces situa-

tions-là, la mère voit que l'enfant fait l'effort d'ouvrir les yeux même si sa vision est encore peu mature. Il fait l'effort d'ouvrir les yeux, de s'orienter vers sa mère. Et c'est très positif pour, par exemple, le bain de langage de l'enfant. C'est énorme ! J'ai des parents d'enfants de 6-7 ans qui aujourd'hui me rappellent que je leur avais fait faire cette interaction. C'est fondateur pour les parents et pour leurs interactions avec leur bébé.

Tous ces éléments-là, on peut les expliquer aux parents, on peut leur montrer ce que dit le comportement de l'enfant.

Je pense que ça, c'est tout ce qu'on n'a pas fait quand on n'observait pas les bébés. Aujourd'hui, ça concerne même un certain pan de la recherche en néonatal. On essaie de soutenir l'intérêt de la présence des parents.

On a su avec des capteurs dans les couveuses qui font la différence entre les sons d'origine humaine et les sons qui viennent d'autre fréquence, qui ont une sensibilité assez fine qui dépasse l'oreille humaine, on sait que dès 32 semaines, à la voix de la mère, l'enfant répond sur le rythme du dialogue. On capte des sons qui répondent à la voix de la mère. C'est fascinant. Ce que fait un bébé à terme, un peu, parfois, parce qu'on y est attentif et si on y était plus attentif, on le verrait beaucoup plus, un bébé préma relance, relancerait la conversation avec sa mère en émettant des petits sons. Dès 32 semaines. Les capteurs le prouvent. C'est une autre notion qui nous fait dire que le bain de langage à ce moment-là est déjà majeur. Dans la réassurance au bébé et probablement dans le développement au niveau cérébral des connexions des aires auditives. Ces aptitudes-là sont majeures à prendre en compte.

Il y a un cinquième système à prendre en compte, sa capacité à montrer qu'il peut se réguler lui-même ou pas. C'est à dire que, malgré un son aigu, il va rester bien regroupé. Il a une capacité d'auto-régulation motrice qui est bonne. Parfois, il peut être dépassé par ça. Il y a un son aigu et fort et il ne va pas bien se réguler au niveau moteur. Son système d'auto-régulation n'est pas suffisamment mature.

Les nouveau-nés sont des exemples de sensibilité, dans leur manifestation à leur environnement. En plus, ils le manifestent tellement nettement. Quand on le dit à des parents, les parents passent non plus leur temps à regarder éventuellement la fréquence cardiaque du bébé, ils regardent leur bébé. Et petit à petit, on voit bien, ils les connaissent mieux que nous. Ils réagissent plus vite que nous. Ils disent leur ressenti avec un manque de mots parfois mais c'est une réalité qui nous dépasse. Ce sont des moments d'échange avec les mamans, les bébés, des moments magnifiques. On partage des choses hyper fortes sur le plan de l'altérité. Du bébé notamment. Je ne sais pas s'il y a beaucoup d'endroits où ça existe. C'est vraiment passionnant.

Réussir à répondre aux besoins du bébé qui sont manifestes, réguler son comportement a probablement un impact sur le long terme. Est-ce que ça passe par l'attachement? Est-ce que ça passe par la protection de l'équilibre initial? Il y a encore des questions là-dessus, mais c'est observé. On voit ces besoins-là pour le bébé prématuré. On progresse, on est un petit groupe à s'intéresser plus spécifiquement aux bébés prématurés. On repère facilement les fragilités du bébé préma. Il respire plus vite, il se désorganise sur le plan moteur... Ce qui nous manque à partager ce sont les compétences de l'enfant dans ce qu'il nous montre. Il y a dix ans, un enfant avait besoin d'un « avocat » pour qu'on dise, si, là il y a une fragilité. Aujourd'hui, ça se partage mieux mais l'enfant a encore besoin d'un « avocat » pour défendre ses compétences. Ça c'est quelque chose qui doit encore progresser. C'est un point important.

Quand on regarde ce que nous montre le bébé, on est forcé, obligé de regarder ce qu'apporte les parents. C'est quelque chose qui n'est pas forcément de la formation des pédiatres. J'ai fait un an de psy avant de faire de la pédiatrie. Les pédo-psy disent toujours que les pédiatres ont un bon sens de la relation, je comprends pourquoi car on ne peut pas se permettre de regarder un enfant sans regarder les parents. Mais après, il faut essayer de comprendre ce que manifeste le parent. Quand ce n'est pas sa formation, on peut ressentir des choses qui ne vont pas bien mais on n'a du mal à mettre des mots sur un profil, des éléments psychologiques qu'on ne cerne pas bien. Ce qui est sûr, c'est que le vécu des parents est important.

C'est pour ça qu'on va voir les femmes en menace d'accouchement prématuré. On va les voir dans les unités de grossesse à haut risque pour essayer de les rassurer. Les obstétriciens ne sont

pas choqués d'hospitaliser des mamans dans un service appelé « grossesse à haut risque ! » Il faudrait déjà changer le nom de l'unité ! Toujours est-il que lorsque qu'on leur explique le parcours de leur bébé, leur rôle en tant que parent, ça fait baisser le stress des parents. On sait que même six mois après la naissance, l'entretien a eu un impact. On conçoit que quelque chose se passe dans cette période d'attente. Le bébé fantasmé devient un petit peu concret avec les petits coups qu'elles prennent dans le ventre mais les mères ne sont pas encore prêtes.

Potentiellement un risque de traumatisme existe qui peut faire des dégâts dans le vécu de l'enfant. Une mère qui a un traumatisme, c'est à dire la peur de perdre la vie ou la peur de perdre la vie d'un proche, au moment de l'accouchement, si on ne prépare pas ça ou si on n'y est pas attentif, ça peut faire le lit d'un stress post-traumatique. C'est très fréquent chez les mères qui ont eu un bébé prématuré, 30 à 40 % des mamans, quatre ans après l'accouchement.

Un stress post-traumatique, c'est des mamans qui revivent tout le temps leur accouchement, par exemple et qui paradoxalement font tout pour éviter ce qu'il leur rappelle. Ça a des impacts notables sur la vie des gens et un impact dans le lien que les femmes tissent avec leur bébé.

Psychiquement, si on a un traumatisme, la peur de mourir ou la peur de perdre son bébé, pour se protéger, car on ne sait pas quelles représentations là-dessus, il y a un blanc qui se fait. La mère a une période de 24 heures où elle ne sait même pas trop ce qu'elle vit. Elle est affectivement déconnectée parce que ce serait trop dur. C'est un mécanisme de défense. Mais pendant ce temps-là, le bébé a les besoins dont on a parlé et si ce trauma n'est pas désamorçé, la mère va évoluer vers un post-trauma. Qui va générer des réponses affectives qui ne vont pas être celles qu'attend le bébé. C'est très important dans ces cas-là, pour l'enfant, de montrer à la mère, le comportement de l'enfant mais aussi de se tourner vers elle et lui demander, mais qu'est-ce que vous vivez exactement ? Des travaux iraniens, très intéressants sur la place de la médecine narrative à ce sujet, existent. Il s'agit de faire écrire aux mères ce qu'elles ont vécu. Très précocement, afin de pouvoir, plus tard, mettre une image, mettre des mots sur le trauma. Et le blanc, là va disparaître. Même si les écrits ne sont pas toujours manifestement plein d'émotions, justement parce qu'elles sont dans un moment où elles s'en protègent, il y a un rappel concret de ce qu'elles ont vécu, dans les semaines où elles vont se relire qui va permettre d'habiter d'émotion le blanc du trauma.

C'est quelque chose que je fais en soins. Faire écrire les mamans désamorcent les éventuels post-traumas... Pas toujours mais souvent... Les mamans qui ont un bébé préma, on a une étude en cours, le plus souvent ont un vécu traumatique d'autre chose avant. Ce n'est pas une grossesse suivie d'un accouchement prématuré, par hasard. Pas toujours mais potentiellement.

C'est un truc tellement simple de proposer aux mères d'écrire, simple et tellement accessible. Pas toujours mais souvent efficace. Je leur dis : « Vous le gardez pour vous, ça ne me regarde pas, mais si vous voulez vous pouvez le montrer. Et puis, vous le relirez. » On sent qu'un accouchement peut avoir été plus ou moins habité. Quand il ne l'a pas été, c'est quelque chose qui est important à prendre en compte.

Et pour les mères qui n'ont pas toujours cette facilité-là, parce qu'elles ont moins de mots ou qu'elles ne sentent pas de le faire parce que ce n'est pas leur culture, il faut faire parler les mamans beaucoup. Les psychos ont l'habitude ici de reprendre le vécu des mamans, de leur faire mettre des mots dessus, des images dessus, des images mentales sur leur accouchement. Si ce trauma-là s'efface, elles seront disponibles pour leur bébé, pour répondre à ce que leur disent leurs bébés. C'est vraiment important. Dans la population générale, il y a 4 % des femmes qui sont trauma de leur accouchement, notamment quand c'est une césarienne. Il ne faut donc pas le négliger en population générale.

On sait que la dépression de la mère peut s'exprimer avant la naissance. Le plus souvent, quand il y a une dépression post-partum, il y a déjà des petits signes. Quand ces petits signes-là existent, on sait que le bébé, dès la maternité, dès trois jours de vie ne bouge pas pareil. Donc, il le montre, le bébé. Si sa mère s'est mal sentie dans le dernier mois, alors que l'accouchement s'est bien passé, qu'il n'a aucune raison médicale d'être moins tonique, d'être moins orienté sur le plan moteur et bien pourtant, il l'est. Ce sont des études larges qui l'ont montré. Ça nous fait poser la question de ce que dit l'activité motrice du bébé dans les interactions à terme. Lui, le bébé de toute façon, ne peut pas être dans le déni. Il ne peut pas être dans la sublimation. Il n'a pas les or-

ganismes de défense créatifs qu'on a nous, pour fuir quelque chose qui nous coûte, dans la relation, dans notre vécu. Lui, le bébé, si la relation lui coûte, comment peut-il le montrer ? Uniquement par le retrait relationnel. On a des échelles d'évaluation du retrait relationnel, ça comporte notamment des bébés qui soutiennent moins longtemps le regard ou qui bougent moins. Probablement que les mamans qui ont un vécu dépressif de la fin de la grossesse ont un bébé qui sait très précocement se mettre en retrait relationnel parce qu'il sait que ça lui coûte. Peut-être parce qu'il est moins porté, moins stimulé. Mais on l'observe bien. Beaucoup d'enfants vont chez le kiné pour une plagiocéphalie.

Les kinés dans les congrès disent que c'est la pathologie de l'immobilité. La plagiocéphalie, c'est 15 % des bébés. L'immobilité du bébé, oui, il faut vérifier qu'il n'y ait pas un truc somatique, des limitations liées à des rétractions musculaires qui peuvent arriver mais qui ne sont quand même pas très fréquentes par rapport à la plagio.. Par contre, un enfant qui est en retrait relationnel parce que la relation lui coûte... Pour moi, la plagiocéphalie, ça parle. Le bébé nous parle là. Quand on regarde un bébé qui a une plagiocéphalie, ok on va vérifier ses réflexes mais il faut assez vite se tourner vers sa mère, voir comment elle va. Je fais une thèse sur ce sujet. Je pense qu'on a des résultats assez intéressants. Je crois qu'il faut changer son regard. Le bébé nous dit quelque chose, il ne nous demande pas de taper ses réflexes quand il dit ça.

On m'a dit que ça pouvait être jugeant, culpabilisant mais cela dépend comment on présente les choses. On a le droit de dire : « Votre bébé présente quelque chose parce qu'il y a quelque chose qui ne va pas. » Ce n'est pas toujours un problème de lien, mais ça a le mérite de poser la question. C'est super important de se tourner vers la mère, vers cette dame qui potentiellement ne va pas bien, c'est important de le reconnaître. Il n'y a rien de pire que de ne pas reconnaître la souffrance des gens. Si on ne partage pas la souffrance, si on ne la divise pas, elle reste élevée. Si on la divise, elle diminue déjà. Je pense que c'est majeur d'appeler un chat un chat !

Je parle de tout ça mais ce sont les puéricultrices qui font tout le boulot. Elles ont un boulot extraordinaire. Elles font des choses au quotidien, auprès de l'enfant. Elles connaissent les signes du bébé. Elles ressentent la position des parents, les besoins des parents, ce qu'ils peuvent donner, ce qu'ils ne peuvent pas donner. Elles sont référentes pour les parents, sécurisantes. Si elles sécurisent bien les parents, eux-mêmes seront apaisés et ils pourront être disponibles pour leur bébé qui a besoin d'eux. Les puer. pour ça, c'est magnifique ce qu'elles font comme métier.

En France, on a pris un retard terrible, je pense, sur l'observation des liens d'attachement. Bowlby qui a écrit la théorie de l'attachement a été viré de la société de psychanalyse, notamment par des psychiatres français. Il a été réintégré en post-mortem...

Les comportements sont hérités des mammifères. C'est pour ça qu'on a deux tiers de gens sécures quelque soit les continents. Mary Ainsworth, psychologue, élève de Bowlby, a suivi son mari ingénieur sur tous les continents du monde. Partout où elle allait, elle observait les comportements des enfants, en crèche, aux Etats-unis, en Afrique où les modes de garde sont différents, au Japon et en Europe Centrale. Elle a décrit les comportements des enfants. A chaque fois, elle a vu une centaine d'enfants. Et elle a toujours trouvé le même nombre d'enfants qui avaient un comportement sécure. Elle l'explique très bien, c'est qu'on a les mêmes racines, tous, des comportements mammifères. C'est donc logique qu'on ait tous le même taux de sécurité affective. Certes la culture intervient, mais en fait ce sont des comportements archaïques, très profonds. Et c'est hyper fondateur d'un être humain.

Le fond du métier de pédiatre, sa base n'est pas de soigner une entérocolite, d'intuber un bébé, le but est qu'il soit sécure.