

L'ALLAITEMENT MATERNEL A DOMICILE, SES DIFFICULTES ET LE ROLE DU PEDIATRE.

L'ALLAITEMENT MATERNEL, UN ENGAGEMENT TOTAL.

Lorsque l'on parle de l'enfant et de sa personnalité en devenir, on dit souvent et à juste titre que tout se joue avant l'âge de quatre ans. En ce qui concerne l'allaitement maternel, tout se joue avant la naissance de l'enfant, tout commence peut-être déjà à se jouer à la naissance de celle qui sera la maman de cet enfant!

Il y aurait donc aussi peu de mérite à donner le sein qu'il n'y a de mauvaise volonté à ne pas le donner. "Vouloir c'est pouvoir" ne s'applique pas à l'allaitement maternel.

Il y a 30 ans, il n'était plus "à la mode" de nourrir soi-même son enfant. Pour bien des femmes, l'objectif premier était devenu de rivaliser avec l'homme sur le plan professionnel. Dès lors, puisque la grossesse constituait déjà un frein dans leur ascension, le congé de maternité se devait d'être le plus court possible. Pas question d'envisager un allaitement prolongé ni même, dans certains cas, de l'entreprendre.

Parallèlement, l'industrie alimentaire s'affirmait capable de fabriquer des laits dont la composition approchait les qualités du lait maternel. Et les pédiatres, souvent, de renchérir. Des articles parus dans des revues médicales de renom allaient jusqu'à préférer les avantages biologiques des poudres dérivées du lait de vache.

Pour déculpabiliser définitivement les mères qui auraient eu quelque hésitation, on affirmait qu'un biberon bien donné valait mieux qu'un sein donné avec réticence. Seul ce dernier argument avait quelque valeur.

Ces dernières années, les progrès de la biochimie ont permis d'établir d'une part, l'importance du fossé - qui est loin de se voir combler - entre la composition du lait maternel et celle des laits artificiels, et, d'autre part, une corrélation de plus en plus objective entre diverses manifestations de type allergique et l'absorption des protéines du lait de vache.

Depuis 10 ans, revirement dialectique. "Il faut nourrir au sein et ce, le plus longtemps possible..."

Cela va de pair avec la crise socio-économique qui sévit en Europe et l'élévation simultanée du chômage. On note aussi une certaine désaffection du public à l'égard de la médecine dite traditionnelle et une recrudescence des mouvements favorables à des valeurs et des comportements proches de la nature. Actuellement, un nombre de plus en plus important de médecins préconise l'allaitement maternel et ce, parfois, jusqu'en dépit du bon sens. "Votre enfant n'est pas un veau" disent-ils souvent; cette formule sentencieuse est ridicule.

Or, donner le sein implique un engagement total de la mère. Le choix de ce mode d'alimentation ne peut résulter d'une réflexion et d'un vote à la majorité simple d'arguments le plus souvent glanés dans la rumeur publique (pour: "On lui donne des anticorps, le contact est meilleur,..." ou contre: "Ça abîme les seins, c'est un esclavage,...").

A la question "Quel type d'alimentation avez-vous choisi pour votre bébé?", "Le sein, Docteur!" est la réponse idéale qui, à l'exclusion de tout débat préalable, devrait fuser.

Il y a quelques années, en Belgique, des études dans le cadre de la prévention routière avaient révélé que les automobilistes rebelles à la ceinture de sécurité, l'étaient pour des raisons surtout émotionnelles. Une campagne de publicité a donc été entreprise afin de sensibiliser cette tranche d'irréductibles et de les persuader par des arguments de choc: affiches représentant, par exemple, un enfant tenant la main d'une dame en deuil, ou encore, un visage terrorisé passant au travers d'un pare-brise.

En ce qui concerne l'allaitement maternel, adopter ce système de propagande adressé à l'inconscient me semble déplacé car, si le port de la ceinture constitue non seulement une nécessité, il résulte en plus d'une obligation légale. L'allaitement au sein est, tout au contraire,

une affaire entre la mère et l'enfant et ne souffre aucune ingérence extérieure.

L'argument: "Le lait maternel est meilleur" est aussi stupide que l'était anciennement: "Le lait de vache est presque aussi bon".

Bien sûr, le lait maternel est le seul aliment tout à fait adapté au bébé mais il ne faut pas oublier que si la préparation d'un biberon ne réclame que le mélange d'eau et de poudre en proportions adéquates, le repas au sein, en revanche, demande non seulement le bon fonctionnement de la glande mammaire mais engage aussi toute l'affectivité de la maman et tout son vécu dont personne, même pas elle-même, n'est maître .

La question n'est donc plus de savoir si le lait maternel est meilleur ou non, elle est de déterminer quelle va être la solution optimale pour chaque maman. La tendance actuelle de vouloir mettre bébé au sein même si la mère n'en manifeste aucune envie, est à proscrire. "L'essentiel n'est pas de gagner mais de participer": cet aphorisme valable pour une épreuve olympique ne s'applique pas à l'allaitement maternel.

DEPISTAGE DES VRAIES CANDIDATES A L'ALLAITEMENT MATERNEL.

L'alimentation au sein demande effectivement une grande disponibilité. Avant que d'encourager à l'allaitement et de prodiguer des conseils quant à la préparation des mamelons, le gynécologue devrait rechercher les éléments de bon pronostic, tels le fait pour la maman d'avoir reçu elle-même le sein , son désir viscéral de le donner et la possibilité matérielle de pouvoir le faire plusieurs semaines.

Dès avant la naissance, le pédiatre devrait être informé du mode d'alimentation choisi, autrement que par une rubrique cochée sur la feuille de liaison. Comme son rôle est de favoriser une relation de confiance entre la mère et son bébé et de tout mettre en oeuvre pour y parvenir, il pourrait être amené à recommander, d'emblée, l'alimentation artificielle.

De plus, pendant le séjour à la maternité, il lui faudra être attentif à un certain nombre d'attitudes de la mère face, par exemple, à la montée laiteuse, à la glotonnerie qui caractérise les soirées du 3e au 6e jour, à l'irritabilité des mamelons, à la durée des repas et à leur fréquence, ou à l'alimentation à la demande.

Faute d'une telle attention, l'allaitement maternel sera plus d'une fois voué à un échec rapide. Parfois, cela ressemble à un véritable avortement au bout de quelques jours d'essais peu enthousiastes et infructueux. Même en cas d'interruption précoce, la situation n'est jamais vécue sans quelque amertume et ressentiment à l'égard de l'entourage tant médical que non médical, comme le démontre cet interview récent, si exemplaire que j'ai choisi de le transcrire in extenso.

Le 4e jour de maternité: "Docteur, je ne donne plus le sein; vous allez être déçu, mais ça n'allait pas... Depuis le début, je ne trouvais pas la position. Elle prenait peu. Elle finissait même par détourner la tête. Je sentais que ça m'ennuyait, elle aussi. Comme le contact ne se faisait pas, j'ai préféré ne pas insister. On a commencé les biberons hier matin. Depuis qu'elle les prend, elle est aux anges. Maintenant, ça va beaucoup mieux. Au départ, je voulais donner le biberon. Le gynécologue, les amis, tout le monde m'avait convaincue que c'était mieux le sein, qu'elle n'allait pas bien grandir au biberon. J'avais lu "D'amour et de lait" et j'avais fini par me culpabiliser; je voulais faire plaisir à tout le monde... Finalement, c'est moi qui suis vue!"

En fait, aux premières places parmi les causes d'échec de l'allaitement maternel, se trouve l'inadéquation des conseils du corps médical. Un tel échec n'est jamais sans laisser quelque blessure narcissique au fond d'une mère et n'est guère bénéfique au couple mère-enfant. Le rôle du gynécologue et du pédiatre est de dépister les vraies candidates à l'allaitement maternel et de leur donner, à tout instant, les conseils les plus idoines; il n'est donc pas de trouver les moyens d'amener sur la ligne de départ de ce mode d'alimentation, un nombre de femmes sans cesse plus grand mais bien de mettre en oeuvre tous les moyens qui vont conduire à bon terme celles qui s'y sont fondamentalement engagées. Dans un pays donné, le comportement maternel est le reflet d'une certaine conception de la société; le choix du type d'alimentation pour le nouveau-né fait partie intégrante de ce comportement. Pour augmenter

le pourcentage des femmes qui allaitent, il faudrait pouvoir influer sur leur environnement socio-culturel, il faudrait pouvoir "agir sur les mentalités".

"EN VOL HORS DU NID-MATERNITE".

L'allaitement à la maternité n'entrant pas dans notre propos, j'en arrive tout de suite au retour à domicile.

En fin de séjour, des questions telles que "Peut-on donner un biberon, le soir?", "Mon mari se sent tenu à l'écart", "Que donner au bébé, si je dois m'absenter?" sont parfois révélatrices d'un certain désenchantement face à l'allaitement et ne doivent pas être négligés lors des conseils à la sortie.

Le jour du départ, il est classique d'avertir la mère de la probabilité d'une baisse de régime dans la production de son lait et de la nécessité transitoire d'y suppléer par l'un ou l'autre biberon. Si, pendant le séjour hospitalier, on s'est préoccupé d'entourer cette mère plutôt que de la diriger, la transition vers le monde extérieur suscitera chez elle moins d'appréhension et l'hypogalactie en résultant sera souvent peu marquée. Il est impératif que la maman, au moment de prendre son envol hors du nid-maternité, ait confiance en les possibilités de bébé à exprimer ses besoins et en sa capacité de pouvoir y répondre.

Par ailleurs, l'intention d'entreprendre une alimentation mixte ou d'y passer rapidement doit être déconseillée. L'argument "C'est toujours ça de pris" en faveur d'un allaitement maternel même partiel ne se justifie guère car les avantages biologiques pour le bébé sont dérisoires, le tarissement de la source à brève échéance, inévitable, et la fatigue supplémentaire infligée, parfaitement inutile. Mieux vaut choisir de passer sans transition au biberon que de s'y résoudre contraint et forcé par les événements.

Toutefois, en ce qui concerne les mères qui pour des raisons diverses, doivent envisager un sevrage avant 3 mois, il faut les inciter à donner quotidiennement, en plus du sein, un ou plusieurs biberons d'eau. La difficulté du sevrage en cas d'allaitement bien en train réside presque exclusivement dans le refus du bébé d'accepter la tétine en caoutchouc. A chaque essai de biberon, il détourne la tête et pousse des cris déchirants. Il arrive même qu'il préfère souffrir de ne rien manger pendant près de 24 heures, plutôt que de se résoudre à prendre un biberon.

Si certaines mères ressentent déjà de manière plus que pénible le fait de devoir interrompre leur allaitement, il est d'autant plus triste, pour elles, d'y être obligées dans une vallée de larmes.

DUREE IDEALE D'UN ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF?

Les recommandations théoriques des biologistes et nutritionnistes varient. Selon les écoles, les chiffres avancés vont de 3 à 6 mois. En fait, la durée idéale est celle qui conjugue les besoins nutritifs et affectifs du bébé, et le plaisir de la maman. Dans mon expérience, cela va pratiquement de 1 à 6 mois.

ALIMENTATION, FONCTION PHYSIOLOGIQUE ET COMPORTEMENT DETERMINE EN PARTIE PAR L'AGE.

Nous allons, donc, nous intéresser aux mères qui ont l'espoir de donner le sein le plus longtemps possible et nous concentrer sur les problèmes, vrais ou faux, que pose l'allaitement maternel pendant les trois premiers mois. Et cela pour deux raisons essentielles: la première est que cette période constitue une entité particulière, qu'elle a déjà fait couler beaucoup de larmes et beaucoup d'encre, et que celle-ci dépassée, de problèmes il n'en existe guère plus; la seconde provient du fait que la durée d'un allaitement maternel exclusif dépasse rarement ce délai. En effet, dans notre pays où très souvent les parents exercent tous deux une activité professionnelle, la durée de l'allaitement est limitée, dans la majorité des cas, par la durée du congé de maternité qui dépasse rarement trois mois.

Nous serons amenés, cependant, à envisager souvent et simultanément l'allaitement artificiel, ce qui permettra de mieux mettre en évidence les caractères propres à l'allaitement maternel et ceux relatifs au comportement alimentaire lié à l'âge.

Au cours des premières semaines, la préoccupation essentielle de la jeune maman allaitante peut se résumer aux questions suivantes: "Ai-je assez de lait ?" et "Mon lait est-il toujours bon?"

Trop souvent lors des consultations pour nourrissons, les difficultés éprouvées par la jeune maman face aux exigences du nouveau-né sont interprétées comme l'expression d'une lassitude plus ou moins avouée ou comme une preuve de l'insuffisance qualitative ou quantitative de son lait.

Quand une mère à bout de forces vient vous dire: "Docteur, ça ne peut plus continuer, il ne dort jamais et veut boire tout le temps...", il est indispensable pour le pédiatre - avant toute interprétation ou conseil - de se faire une idée précise de l'objectivité des plaintes et de leur signification. Il doit faire décrire de façon complète une journée-type de l'enfant, tant sur le plan de l'alimentation que sur celui du sommeil et de son développement psychomoteur. Faute d'une telle démarche, les réponses apportées aux interrogations de la mère risquent d'être inappropriées.

Dans notre exposé, nous négligerons volontairement ce qui relève de la pathologie médicale proprement dite pour aborder ce qui, à notre sens, ne sont que des comportements normaux en rapport avec l'âge. Ceux-ci sont trop fréquemment médicalisés du fait de l'inquiétude et de l'insistance des parents: diagnostics abusifs d'intolérance au lait de vache ou de quelque insuffisance au niveau du lait maternel.

Notons-le, sommeil et alimentation sont non seulement deux fonctions physiologiques intimement liées mais encore des comportements qui ont chacun une évolution prévisible et parallèle à celle du développement psychomoteur lui-même très varié. L'évolution de ces comportements est jalonnée par des étapes dont les caractéristiques sont spécifiques à chaque âge et dépendent de facteurs génétiques, psychosociaux et médicaux.

LE NOURRISSON N'A QUE DES BESOINS.

Le nourrisson n'a que des besoins et il est seul à les connaître. Dès la naissance et à tous points de vue, il manifeste son individualité. Disons-le tout de suite, bébé ne pleure pas uniquement pour manger. Mais aussi, il ne pleure jamais pour rien et, en tous les cas, nullement "par caprice". Il est présomptueux de faire le tri de ses cris et de vouloir décider pour lui de ce qui, par essence, devrait lui être acquis. Nous essayerons de découvrir comment écouter et déchiffrer ses appels, puis comment y répondre.

En ce qui concerne l'alimentation, appétit de moineau ou appétit d'ogre existent. Il ne faut donc pas le forcer, entre autres, à suivre le "programme pré-établi" que constituent les instructions sur les boîtes de lait (celles-ci n'ont qu'une valeur indicative), ou lui imposer des limites horaires coercitives quand il est nourri au sein.

Le bébé ne boit pas pour faire plaisir. Quand il a faim, il mangerait les barreaux de son lit; par contre, quand il est repu, il pince les lèvres devant la tétine ou le mamelon, il prend même parfois une expression de profond dégoût et, si on insiste, il pousse des cris de révolte. Donner à manger ne se limite pas uniquement à fournir des calories: c'est un moment privilégié de communication dont il serait dommage de ne pas profiter.

"QUE DOIT-ON MANGER OU BOIRE ET QUEL EST LE FRUIT DEFENDU QUAND ON DONNE LE SEIN?"

"Chère Madame, il faut manger et boire tout ce qui délecte votre palais. Si vous n'aimez pas le lait, inutile de vous forcer à en boire!"

D'autre part et contrairement à une opinion fort répandue, il n'y a, a priori, pas de raison de soumettre la mère à un régime d'exclusion.

Le bébé n'est pas nécessairement réfractaire au lait de celle qui affectionne le chou-fleur, l'ail et les oignons. S'il a des "coliques", les fruits absorbés par la mère ne doivent pas être mis au banc des accusés: au hit-parade des proscrits et hors-concours depuis le temps qu'ils y sont, se trouvent les oranges, les raisins et les fraises.

L'enfant de la maman soumise, pour raison médicale personnelle, à un régime pauvre en déchets, c'est-à-dire certainement sans fruits ni légumes, aura les mêmes selles peu consistantes que celui d'une maman à régime libre!

Toutefois si d'aventure, la consommation par la maman de tel aliment semblait incommoder l'enfant, mieux vaut pour elle s'en abstenir, même sans preuve formelle.

On ne peut, enfin, passer sous silence les études récentes qui ont permis de mettre en cause le régime alimentaire de la mère dans l'induction de manifestations allergiques chez des enfants nourris exclusivement au sein.

COMMENT "CALCULER" LES QUANTITES DE LAIT SELON L'AGE ET PAR REPAS?

Bébé ne boit jamais par gourmandise. Si la fin d'un repas est ponctuée de cris violents qui disparaissent en quelques minutes sans entraîner de raccourcissement de l'intervalle avant le repas suivant, il n'est pas utile d'augmenter le volume du biberon ou de prolonger la tétée.

Par contre, en présence d'un petit mangeur, ne pas trop vite s'inquiéter ni incriminer le lait: biberon ou sein ne doivent pas être ingurgités cul blanc.

Principalement pendant le premier mois, le début de la tétée ressemble presque toujours à un sprint: bébé ingurgite d'une traite les 50 à 80 premiers grammes du biberon ou plonge sur le sein pendant 5 à 10 minutes sans relever la tête; quand le débit de lait est trop rapide, il s'étangle à plusieurs reprises; le bruit que font les goulées de lait, en tombant dans son estomac, est souvent comparé à celui que produiraient "des chutes d'eau dans un tonneau vide".

En cas d'alimentation artificielle, le choix de la tétine, on le devine, n'est pas sans importance.

"Principe du verre de bière" et "loi du tout ou rien".

Quand on remplit un verre de bière, la formation de mousse, dont l'importance est proportionnelle à la vitesse de remplissage, empêche que celui-ci se fasse en une seule fois. Ainsi, dans notre image, la bouteille de bière représente le sein ou le biberon, et le verre, l'estomac de bébé. A tel moment de la journée, bébé a besoin d'une telle quantité de lait: "la capacité du verre" varie d'un repas à l'autre. Au cours de la tétée, de une à trois pauses plus ou moins longues peuvent lui être nécessaires pour faire un renvoi ou même "pour rien" (le temps que la mousse se tasse). Ces pauses vont de quelques minutes à une demi-heure. Bébé peut donc boire à sa faim en deux ou trois temps. Quelquefois et surtout si la pause a été longue, le deuxième temps et même le troisième peuvent avoir l'ampleur du premier. Dans bien des cas heureusement, ils se réduiront à quelques gorgées supplémentaires; le refus de les accorder provoquera inévitablement un réel malaise.

Si on donne, par exemple, à bébé 90 grammes de lait alors qu'il lui en faut 100, le manque si minime soit-il, déclenchera des cris violents, prolongés et inutiles.

"Tout" fera le bonheur de bébé: relaxation, "sourires aux anges", endormissement rapide.

"Presque tout" c'est comme si rien ne lui avait été donné: tension, grognements et puis colère.

Bien que souvent évoqué, le risque de "dilater son estomac" est une crainte non fondée.

En ce qui concerne les enfants nourris au sein, la durée d'un repas, pendant le premier mois et en dehors de la période dite des pleurs du soir, atteint couramment 1 heure à 1 heure et demie, arrêts compris; par la suite, elle se raccourcira considérablement du fait notamment de la disparition des pauses, pour ne souvent plus dépasser 5 à 10 minutes dès le deuxième mois sinon avant: ceci fera croire érronément à certaines mamans que leur bébé "prend moins". Par ailleurs, certainement le premier mois, tant que bébé garde les yeux ouverts, c'est qu'il n'a pas fini!

Les besoins nutritifs de bébé, tout comme le développement psychomoteur, n'évoluent pas de façon linéaire mais par bonds successifs: ceux-ci se produisent le plus souvent de façon inopinée. Mais si pour l'enfant au biberon, il suffit, le moment venu, d'ajouter les mesures supplémentaires requises, pour l'enfant allaité par sa mère, l'adaptation se fera nécessairement au prix d'une augmentation des mises au sein. Dans ce dernier cas, la période d'ajustement de l'offre à la demande risque d'être interprétée à tort comme l'expression d'une diminution dans la production du lait maternel.

Pendant la période dite des pleurs, que nous analyserons plus loin et qui caractérise les soirées des trois premiers mois, l'enfant peut rester "des heures" au sein. Entre 18h et 22h, il tête mollement et par intermittence, il n'accepte pas d'être remis au lit. Certaines mères ont l'impression d'être, à ce moment, une véritable sucette pour l'enfant!

A un mois et demi, l'apparition du sourire et des premiers gazouillis, les yeux dans les yeux, surtout au lever du matin mais aussi après les repas, est une gratification fort attendue par la maman. Plus d'une perçoivent ces moments-là comme la première récompense aux efforts consentis et expriment rétrospectivement la frustration ressentie jusqu'alors quand bébé s'endormait sitôt repu.

Dès le troisième mois, il se laisse facilement distraire par le mouvement autour de lui; ainsi, en cours de repas, il peut se détacher fréquemment du sein pour y revenir quelques instants après, curiosité satisfaite.

L'affirmation répandue dans le milieu médical et selon laquelle une tétée au sein ne devrait pas excéder 2 fois 10 minutes, l'enfant ayant absorbé "l'essentiel" de son repas en ce laps de temps, est nulle et non avenue comme le prouvent les observations décrites plus haut.

Il ne faut cependant pas méconnaître les bébés suceurs et gros mangeurs.

Les gros mangeurs ne sont pas toujours de grands suceurs; par contre, les grands suceurs sont toujours de gros mangeurs. Les mamans de ces derniers seront souvent amenées à confondre le besoin de sucer et "le principe du verre de bière" au point de fractionner les repas de manière involontaire et malencontreuse. Cela leur donnera l'impression parfois quelque peu lassante d'avoir un bébé pendu au sein. De toute façon, on peut affirmer que le risque de crevasses est extrêmement faible après la première semaine d'allaitement et ce, même quand les mises au sein sont relativement prolongées. Toutefois, l'usage d'une sucette ne doit jamais être rejeté a priori, et, dans ce cas particulier, il peut s'avérer une aide précieuse.

QUEL DOIT ETRE LE RYTHME DES REPAS?

En réponse à la demande 24 heures sur 24, puisque bébé ne boit bien que quand il a faim. Ce rythme est plutôt instable les premières semaines. C'est une loterie: "il y a les bohèmes et les métronomes". Le premier mois, le nombre de repas varie de 4 à 10; les intervalles sont irréguliers et vont de 1 à 6 heures. Au fil des jours, des modifications surviennent souvent de manière abrupte et imprévisible. Tôt ou tard, bébé se mettra, de lui-même, à un horaire "civilisé" (6 repas au maximum). Si celui-ci n'est pas encore acquis vers le 4e mois, il est toujours temps d'essayer de l'y amener... en douceur!

En cas d'altération du climat familial, il peut lui arriver de diminuer considérablement la quantité de lait absorbé sans que les parents fassent la corrélation entre les deux faits.

Au cours des trois premiers mois, l'enfant se réveille de faim une à trois fois par nuit. Mais dès les premières semaines et contrairement à ce qui se passe après les autres repas, il se rendort tout de suite, ce qui est déjà une première manière de "passer" la nuit. Le matin, il dort; lorsqu'il est éveillé, il reste calme ou il ne faut pas grand chose pour qu'il le soit. Il lui suffit, par exemple, d'être assis dans un relax au milieu de l'animation de la maison ; s'il accepte d'être recouché, il gazouille et sourit aux motifs décorant la garniture du berceau ou le papier peint du mur proche de son lit.

Entre midi et 18 heures, il sombre souvent dans un sommeil profond d'une durée de 3 à 5 heures. Le soir, il présente presque toujours une période d'éveil particulièrement agitée, avec repas fractionnés et rapprochés: c'est la fameuse période dite des pleurs dont nous parlerons

bientôt.

A QUEL AGE BEBE PASSERA-T-IL LA NUIT ?

Très rarement dès la maternité, le plus souvent entre 1 et 2 mois, parfois seulement après le 3e mois. "Comment le lui apprendre?" Il n'y a pas de solution miracle. La première nuit de 8 à 10 heures sera vécue par les parents comme une véritable bénédiction. En général, rien ne présage cet heureux événement, qui survient souvent de manière aussi spontanée qu'inespérée. Le moment venu, soit les repas de nuit disparaîtront en l'espace de un à quelques jours, soit le ou les intervalles qui les séparent s'allongeront progressivement. La première alternative est relativement fréquente et entraîne des réveils tardifs en sursaut chez de nombreux parents bien rôdés aux "levers nocturnes"!

Néanmoins, que ceux-ci ne se désolent pas si l'enfant, qui semblait ne plus devoir se réveiller depuis une ou deux nuits, se remet à pleurer comme auparavant. Il faut interpréter cela comme un signe avant-coureur de nuits définitivement complètes endéans les 10 jours.

L'idée selon laquelle le poids déterminerait "le passage des nuits" est illusoire.

Une fois la période dite de pleurs terminée, un certain nombre d'enfants commencent leur nuit vers 17-18 heures et se réveillent de faim entre 02 et 04 heures. Le fait de lever bébé vers 22 heures, par exemple, pour lui donner un repas, fera reculer parfois l'heure du réveil jusqu'à 05-06 heures. Cependant, une telle tentative, quand elle est faite avant l'âge de un mois et demi, se solde presque inévitablement par une augmentation des réveils... et des repas nocturnes!

Il est, d'autre part, inexact et tendancieux de dire que les tétées de nuit persisteront d'office plus longtemps en cas d'allaitement maternel. Les mères qui nourrissent elles-mêmes aiment fréquemment endormir leur rejeton au sein: ce comportement pourrait à lui seul favoriser la prolongation des interruptions de nuit, comme on l'observe souvent et ce, quel que soit le mode d'alimentation, quand les enfants sont endormis dans les bras depuis la naissance .

En Belgique, répétons-le, le congé légal de maternité s'achève dans le meilleur des cas au début du 4e mois. Cette contrainte sociale rend les repas de nuit d'autant plus intolérables qu'ils se maintiennent au fil des semaines. De là, quand il s'agit d'alimentation artificielle, l'habitude d'épaissir le dernier biberon, et d'introduire des farines plus précocement que ne le recommandent les diététiciens actuels. De là, aussi, quand le nourrisson reçoit le sein, l'habitude de remplacer plus ou moins précocement une tétée de nuit par un biberon réputé plus bourratif; celui-ci sera administré souvent par le père dans une perspective de meilleur équilibre des tâches parentales! Hélas, ces essais pour "caler l'estomac de bébé" sont rarement concluants.

DE COMBIEN BEBE DOIT-IL GROSSIR PAR SEMAINE ET COMMENT SE RENDRE COMPTE QUAND UNE MAMAN N'A PLUS ASSEZ DE LAIT ?

Les trois premiers mois, bébé grossit en moyenne de 200 à 250 grammes par semaine, soit d'un peu plus de 30 grammes par jour.

Quelques signes cliniques permettent d'apprécier la qualité de l'apport nutritionnel: la turgescence de la peau, les joues bien remplies et la rondeur des épaules, des fesses et des cuisses.

Pour un bébé qui semble prendre régulièrement du poids et qui sait se faire entendre quand il a faim, la pesée quotidienne n'est guère utile; d'un jour à l'autre, elle donnera lieu à des valeurs en dents de scie. En effet, l'augmentation pondérale sur un si court laps de temps est sujette à de grandes variations selon que la pesée a été effectuée plus ou moins loin d'un repas, d'une miction ou d'une émission de selles.

Un bébé nourri à sa demande et non à celle des parents, et avec des aliments recommandés en diététique pédiatrique, ne risque pas de devenir obèse. Il y a des avions supersoniques et des avions à hélices; les premiers volent plus haut et plus vite mais consomment d'autant plus...

On dit souvent que l'enfant nourri au biberon grossit et grandit plus vite que celui qui est au sein. Ceci est loin d'être une règle. Des bébés bénéficiant d'une alimentation au lait maternel exclusif peuvent, les premiers mois, prendre 300 à 400 grammes par semaine.

Quand la production de lait maternel devient insuffisante, le comportement de bébé s'en trouve nettement modifié: il allonge et rapproche progressivement ses tétées, et finit même par s'énerver en cours de repas. Certaines mères ont, cependant, l'impression d'avoir encore du lait; c'est probablement la baisse du débit qui irrite le bébé. L'adjonction de suppléments de lait artificiel doit être conseillée.

Il existe une situation particulière et relativement rare mais qu'il ne faut pas ignorer. Dès la sortie de maternité, certains bébés loin de présenter une croissance pondérale voient leur poids chuter au fil des semaines pour atteindre des valeurs inférieures à celui de la naissance. L'enfant réclame de moins en moins, termine de plus en plus tôt ses repas et finit même par ne plus réclamer à manger. Une telle évolution se produit quand, dès le départ, les mamans n'ont pas assez de lait mais ne veulent pas se l'avouer. Le sevrage rapide est alors impératif. Il sera tout de suite accepté par l'enfant hypotrophique. Au début on lui imposera un repas toutes les 4 heures. Au bout de 48 heures, bébé sortira de sa léthargie et présentera une véritable bousculade de rattrapage avec redressement spectaculaire de la courbe pondérale.

HOQUET, REGURGITATIONS ET CRAMPES.

Ils ne signifient pas nécessairement biberon ou sein mal donné, ou bébé trop goulu, même s'ils surviennent, en général, après le repas.

Un bébé hoqueteur l'était souvent, déjà, en fin de grossesse: la majorité des mamans se souviennent de petits battements en mesure, dont elles ignoraient l'origine.

Le premier mois, le hoquet se produit fréquemment et le plus souvent dans la soirée, soit à la suite d'un renvoi, soit au moment du change quand bébé est déposé sur le dos. Il n'entraîne pas de sensation douloureuse, tout au plus un peu d'ahurissement perceptible dans ses yeux agrandis. Contrairement aux craintes habituelles, il provoque rarement des régurgitations.

Pour le "couper", il suffit de redonner à boire si bébé le veut bien: s'il refuse, on peut, sans crainte, le recoucher sur le ventre.

Dès la fin du premier mois, le hoquet diminue rapidement en fréquence (une fois à moins d'une fois par jour); quand il persiste au-delà du 2e mois, il peut être déclenché par les essais de gazouillis, ou plus tard, par les éclats de rire.

Les régurgitations sont aussi banales que les renvois qu'elles accompagnent régulièrement. Les premiers jours de la vie, elles paraissent, aux jeunes mamans, toujours plus importantes qu'elles ne le sont en réalité. Lorsque 20 grammes sont rejettés, elles ont l'impression d'un repas vomé tout entier. Par définition, les régurgitations ne gênent pas bébé. Habituellement, elles tendent à diminuer au cours des premières semaines. Quelquefois, elles augmentent ou n'apparaissent qu'entre le 2e et le 3e mois pour atteindre un maximum à 4 mois. Elles peuvent diminuer avec l'introduction des repas solides et ne finalement disparaître que vers le 9e mois, quand l'enfant commence à se tenir debout. Dans certains cas, il faudra attendre le 15e mois. Aux alentours du 3e mois, l'enfant, au sein comme au biberon, régurgite assez souvent au moment d'être relevé pour le repas suivant.

Parfois, les régurgitations sont telles que bébé finit par ressembler à un vase trop rempli qui déborde au moindre mouvement. Ne pas intempestivement incriminer la qualité du lait.

Leur fréquence est souvent en rapport direct avec l'activité motrice du bébé: on en veut pour preuve leur diminution après le dernier repas du soir, les repas de la nuit et ceux du matin qui correspondent, en général, à des moments d'accalmie motrice relative.

Bien qu'il soit courant, dans notre pays, de conseiller la position couchée sur le ventre afin d'éviter le risque d'étouffement à l'occasion des régurgitations, il apparaît que le nourrisson couché sur le dos régurgite moins. Dans bien des contrées du monde, les enfants sont systématiquement mis sur le dos; cette coutume ne semble pas avoir d'incidence négative sur

la morbidité du nourrisson.

La position semi-assise dans un relax, quand bébé a mangé, est quelquefois efficace dès la première semaine de vie.

Au-delà de 5 mois, la chaise haute après le repas est une bonne mesure antireflux.

Un changement de tétine, afin de réduire le débit de lait, améliore parfois la situation.

Cette dernière solution de même que l'adjonction d'un épaississant sans calorie ne sont, évidemment, pas envisageables en cas d'allaitement maternel!

Si, maintenant, les régurgitations se transforment en réels vomissements plus ou moins proches des repas (avec stagnation ou perte pondérale) et cela, chez un bébé "de plus en plus inconfortable" (pleurs, cris, contorsions), un problème médical sous-jacent est à envisager.

Des crampes surviennent parfois au cours du repas, juste après, ou même une heure plus tard. Elles sont, probablement, souvent liées à la manière de boire de bébé comme le suggèrent les renvois et les gaz particulièrement nombreux alors associés. Les enfants au sein n'en sont pas préservés.

Encore une fois, en cas d'alimentation artificielle, ne pas vouloir modifier trop vite la qualité du lait et sa consistance mais penser à changer éventuellement de tétine; et, en cas d'alimentation au sein, ne pas incriminer trop vite le régime de la mère et se rappeler les propriétés laxatives du lait maternel.

Souvent, bébé avale trop d'air; le fait de le tenir très droit semble, dans certains cas, empêcher partiellement cette aérophagie.

Les crampes associées à un problème médical (allergie au lait de vache, sténose du pylore,...) s'accompagnent d'autres symptômes suggestifs.

Il est hors de doute que l'apparition intempestive de crampes et de régurgitations témoigne, plus d'une fois, de perturbations psycho-affectives chez la mère. Bébé perçoit la moindre tension dans son environnement: toute angoisse, qu'elle soit maîtrisée ou refoulée, l'inquiète. Les troubles digestifs sont une manière d'y réagir: "La vérité sort de la bouche des enfants".

Le problème des "crampes ou coliques du soir" sera traité plus complètement dans le paragraphe se rapportant aux "pleurs inexpliqués du soir".

CONSTIPATION ET DIARRHEE.

Une période de constipation semble être un inconvénient classique de l'alimentation au biberon. Elle succède assez rapidement à une période de selles liquides à la fin du séjour en maternité. Elle peut durer quelques semaines. En général, bébé fait des efforts pitoyables pour émettre un bouchon de selles dures et foncées suivies de selles de consistance et de couleur "plus normales". Les selles vertes survenant, même de façon répétée, chez un bébé apparemment en bonne santé et heureux n'impliquent aucune mesure particulière (avec certains laits artificiels, cet inconvénient se voit nettement réduit).

L'enfant nourri au sein présente toujours des selles liquides: "des oeufs brouillés plus ou moins mouillés d'eau et agrémentés parfois d'un peu de persil", dont l'odeur aigrelette caractéristique n'est pas désagréable. Elles n'ont pas de rapport avec l'alimentation de la maman, telle l'absorption de fruits. Il ne s'agit pas de diarrhée car si, par définition, ce terme concerne l'émission de selles trop fréquentes, de consistance anormalement liquide et entraînant une stagnation ou une perte pondérale, la 3e proposition est normalement absente en cas d'allaitement maternel. Au début, les selles surviennent déjà en cours de tétée, elles sont d'autant plus fréquentes et explosives que le lait est de bonne qualité et bu en abondance. Il faut une adresse de toréador au moment du change pour éviter d'être aspergé par un jet jaune citron.

Au fil des semaines, les selles vont s'espacer; l'enfant peut aller jusqu'à n'en émettre qu'une seule par semaine. Notre attitude sera dictée par l'inconfort du bébé: si celui-ci est incommodé par la rétention de selles, on peut recourir, tout comme pour la constipation au biberon, à l'usage du thermomètre enfoncé dans l'anus ou du suppositoire de glycérine.

L'administration de miel ou de jus d'oranges n'est pas recommandée.

Il est remarquable de constater qu'après la deuxième semaine, et jusqu'à la fin du 3e mois, nombre d'enfants, nourris tant au sein qu'au biberon, manifestent des difficultés identiques (contorsions, pleurs) à faire des gaz et à émettre leurs selles qu'elles soient liquides pour les uns ou solides pour les autres. Cette constatation discrépante l'opinion classique d'une constipation d'origine essentiellement alimentaire et suggère l'hypothèse d'une immaturité fonctionnelle du tube digestif. Les selles liquides, liées au lait maternel, constituerait en quelque sorte un phénomène d'adaptation à cette immaturité transitoire.

"HEURES DES PLEURS, COLIQUES DU SOIR, HEURE DU PERE".

Durant les trois premiers mois de vie, la majorité des bébés présentent deux périodes d'éveil par 24 heures.

La première se situe dans la matinée entre 07 et 11h et dure de 1 à 2 heures . L'enfant peut rester dans son lit ou dans un relax, les yeux ouverts, et s'intéresser à l'un ou l'autre objet suspendu autour de lui (carrousel musical), sans rien exiger d'autre. Alors que cette première période d'éveil est relativement facultative, il est exceptionnel que la seconde soit absente.

Cette période dite "de pleurs" apparaît en fin de journée et se situe entre la 2e semaine et la fin du 3e mois. Elle prend le relais des heures agitées qui ont caractérisé les soirées et les nuits entre les 3e et 6e jour à la maternité.

Débutant après le retour à domicile, elle éprouve les parents, tant par les controverses familiales qu'elle engendre que par les cris qui la marquent. Quand il s'agit du premier enfant, elle représente une véritable épreuve initiatique préparatoire aux nouveaux rôles de père et de mère. De toutes les exigences du nouveau-né, c'est avec les repas de nuit, celle qui est le moins bien tolérée dans notre système culturel. Il est habituel, même parmi les pédiatres, puéricultrices et infirmières, de la considérer comme une revendication non recevable. D'ailleurs, le terme d'esclavage, souvent cité à son propos, montre à quel point elle est mal acceptée. Elle se manifeste donc dans le courant du 1er mois dès la 2e semaine en général. Elle s'étend sur un intervalle d'environ 2 à 4 heures, entre la fin de la journée et le début de la nuit soit entre 17h et 03h. L'alternative la plus tardive de minuit à 3 heures est heureusement assez rare. Quand elle survient dans le courant de l'après-midi et même de la matinée, elle peut n'être que le prologue à la "soirée musicale" proprement dite. Le plus souvent, elle se situe après 17h et avant 22h, c'est-à-dire après l'heure de fermeture des bureaux, des entreprises ou des ateliers. De là vient, sans doute, l'appellation "d'heure du père". Plus d'un s'en passeraient bien et supportent mal de voir l'heure du dîner postposée soir après soir; ils ont d'ailleurs bien du mal à s'imaginer que bébé puisse être sage en leur absence! Les tête-à-tête entre époux, heureux de se retrouver en fin de journée, sont quelque peu malmenés. Ni repos, ni repas pour le retour du "guerrier des temps modernes"! Et celui-ci de finir, au fil des semaines, par s'énerver quelquefois et récriminer: "Ta fille pleure...; Ton fils est infernal...!" à moins qu'il ne trouve soudain, pour un certain temps, des occupations particulièrement absorbantes pour le retenir fort tard loin de la maison.

Parfois, demandant au Bon Dieu ce qu'elles ont fait pour avoir un enfant aussi insupportable, certaines mères se souviennent de la malédiction lancée en son temps par leur propre mère: "Je te souhaite un bébé aussi difficile que tu l'as été". Quelques-unes entrent alors en résignation.

Pour un bébé donné, cette période occupe souvent - d'un jour à l'autre - la même fourchette horaire. Cela facilite le repérage. Au fil des semaines, elle va se raccourcir et se décaler dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Ainsi du marathon 18 - 23h on passe au semi-marathon 17 - 20h. Cette phase peut disparaître dès avant la fin du deuxième mois, ou, exceptionnellement, se poursuivre jusqu'à la fin du 4e mois. Très régulièrement, elle s'intercale entre les deux derniers repas de la journée; ce qui conduit à l'impression fréquente d'un repas qui s'éternise ou d'une mauvaise digestion... On en reparlera bientôt!

Mais, décrivons d'abord, une situation exemplaire fût-elle quelque peu caricaturale.

Le décor: un appartement. Des parents désemparés s'affairent autour d'un bébé âgé de 15 jours. Pour la 4e soirée consécutive, ce dernier est étrangement difficile. Des amis, qui n'ont pas eu l'occasion de venir à la maternité, sont attendus pour dîner.

La scène: il est 19h. Bébé est dans les bras de sa mère. Il a bu voici 1 heure. Contrairement à ce qui se passe à la fin des autres repas de la journée, il reste particulièrement éveillé. Ses yeux sont grand ouverts: le regard est alerte, comme à l'affût de quelque chose. Soudain, bébé se cabre; quelques secondes plus tard, il se plie puis se déplie, se cabre à nouveau... Cette activité, apparemment anarchique et incontrôlable, s'accompagne de pleurs violents et désespérés.

Par moments, bébé s'apaise, ses yeux se ferment. Espoir! Toute accalmie, pour peu qu'elle se prolonge, est systématiquement mise à profit pour essayer de mettre "l'adorable rejeton" au lit. Mais en vain!

19h30'. Une de ces "trêves" se produit. Les invités arrivent, un petit cadeau à la main.

- "Entrez dans le salon, je vous prie..."
- "Qu'il est mignon! Tout le portrait de..."

- "Chut, il s'endort. Dans 5 minutes, nous sommes à vous. Le temps de le mettre au lit..."

Cette tentative, comme les précédentes, ne fait, hélas, qu'abréger le répit. Il refuse le berceau avec véhémence. Vos mains viennent, à peine de l'y déposer sur le ventre et avec mille et une précautions, qu'il n'est à nouveau que cris et contorsions. Il se cambre, tricote des jambes avec rage, ses mains se crispent frénétiquement sur le drap, sa tête cramoisie se couvre de sueur, son menton tremble... Le son du carrousel musical, fixé au-dessus du lit, est noyé dans la tempête vocale. Les positions sur le dos, les côtés droit ou gauche n'apportent guère d'apaisement.

Que faire de cette boule de feu?

"Prends-le!" dit le père excédé. Un court instant, il semble se calmer dans les bras de la mère mais bien vite, les cris reprennent...! le voilà, à nouveau dans les bras de son père.

On le cale dans le canapé du salon; il se calme, le temps de verser un verre aux invités. On le dépose dans le relax; il se tait le temps de déballer le cadeau, de s'extasier et de remercier (le 10e pyjama pour l'âge de 1 mois...ça servira pour le second).

C'est l'heure du journal télévisé. Le père s'assied avec bébé devant l'écran. Pression sur le bouton de la télécommande pour augmenter le volume du son. Ni le feu des canons quelque part loin d'ici, ni les cris de la Xe manifestation de mécontentement dans telle ou telle ville, ni la clameur qui monte du stade pour le goal de la victoire... n'arrivent à couvrir ou à réduire la fureur de bébé. Le sein ou le biberon accepté vivement ou du bout des lèvres est aussitôt refusé puis à nouveau demandé. La sucette est mâchonnée avec impatience puis rejetée comme un chewing-gum insipide. Un doigt de maman ou de papa est sucé avidement quelques minutes puis repoussé.

Et même le changement de lange est totalement inopérant: tout au plus, la séance de la table à langer constitue-t-elle un bref intermède (une couche souillée ne gêne guère bébé avant l'âge de 1 mois pour la majorité d'entre eux). Aurait-il quelques difficultés pour aller à selle? Le suppositoire de glycérine exerce son effet laxatif mais sans plus!

Les invités restent là, devant leur verre vide, témoins impuissants de ce ballet désordonné.

- "Donnez-lui un bain. Ca va le fatiguer et le détendre" propose l'un d'eux.

Peine perdue, bébé hurle de plus belle.

- "Massez-lui le ventre" suggère un autre.

En fait, tous ces efforts n'ont, semble-t-il, pour seul effet que celui d'exacerber sa colère! L'émission de gaz et de renvois alterne avec les cris et transforme la sérénade en symphonie! Bébé ne semble vraiment pas savoir ce qu'il veut. Il pédale, il n'a pas faim, il crie dans les bras, il a des gaz, il "pousse" et il est apparemment inconsolable; "c'est qu'il a mal quelque part" se désolent les parents. Il faut trouver une solution. Oui, mais laquelle? Et que vont dire les voisins, si ce "petit scénario" devait se répéter longtemps encore?

- "Si on téléphonait au pédiatre?"

Une voix enregistrée répond: "Le docteur est momentanément absent. Pour tous renseignements, il vous prie de téléphoner demain matin. En cas d'urgence,..."

Finalement, après 3 ou 4 heures d'essais infructueux pour l'apaiser, bébé finit par accepter un dernier repas et s'endort sans rechigner. Père et mère sont épuisés. Les invités, crispés, l'estomac noué, se lèvent pour prendre congé de leurs hôtes.

- "Attendez, nous allons nous mettre à table".

- "Mille mercis, mais nous devons rentrer. Nous nous levons tôt demain. De toute façon, nous n'étions venus que pour le plaisir de vous féliciter..."

Le lendemain, coup de téléphone au pédiatre: "Docteur, il faut faire quelque chose. Mon bébé a des crampes terribles".

Coup de téléphone aux amis M.D. qui viennent d'avoir une petite fille: "Que faites-vous quand la vôtre a des crampes?"

Coups de téléphone à Mamy et à tante V.: "Que faisiez-vous, de votre temps, quand un bébé pleurait tout le temps?"

Coup de téléphone à la grande amie: "Et ton pédiatre, que te conseille-t-il de faire?"

La cohorte des gens bien intentionnés, afflue alors autour des jeunes parents et les accable de conseils. Tous ont un avis qui se veut péremptoire: "Croyez-moi, j'en ai élevé plus de 5... Et moi, j'en ai élevé 2 mais ils en valaient bien 4!". Même ceux qui n'ont pas d'enfants veulent avoir voix au chapitre et leurs conseils sont souvent parmi les plus catégoriques.

A propos de cette période de pleurs du soir qui caractérise les trois premiers mois, les uns parlent de difficulté à trouver le sommeil en fin de journée, du besoin de se faire les poumons ou la voix, de caprice, de jalousie à l'égard du père, du besoin de se dépenser, de la nécessité de crier tout simplement ou de confusion entre le jour et la nuit pour les bébés les plus noctambules. Le sottisier est inépuisable en ce domaine. Ceux-là même préconisent le "laisser pleurer" afin d'éviter le risque d'un engrenage infernal. A les entendre, bébé est enclin naturellement à user et abuser: véritable boa qui vous enserre, jusqu'à l'étouffement, dans une spirale de revendications de plus en plus contraignantes. Et d'agiter, alors, les regrettables expériences vécues par ceux qui ont eu la faiblesse de céder. Tel bébé a pleuré jusqu'à 2 ans! Tel autre n'obéit à rien ni à personne!... Ce concert d'avertisseurs est ponctué par l'ultime mise en garde: "Vous aurez été prévenus!"

Pour d'autres, il s'agit de "coliques, de crampes ou de mauvaise digestion."

Si bébé est nourri au biberon, on vous affirme que les coliques, sont dues au lait en poudre utilisé. Preuves supplémentaires éventuelles: les boutons qui apparaissent sur le visage et le haut du tronc, vers la troisième semaine; les régurgitations si elles sont fréquentes et la constipation opiniâtre, observée couramment lors de l'utilisation des laits maternisés (et des autres).

- "Et puis, as-tu déjà goûté ce lait? Imbuvable!"

- "Toi et ton frère, étant petits, vous n'avez jamais supporté le lait de vache!" : ceci est un autre argument, qui se veut tout aussi décisif, pour le passage à un lait de soja, par exemple.

Quand bébé est nourri au sein, les coliques sont dues à une erreur de régime chez la mère sinon à un déséquilibre en qualité ou en quantité du lait maternel. On en veut pour preuves les mêmes boutons sur le visage et le haut du tronc entre la 3e et la 7e semaine et, cette fois, les selles anormalement liquides et fréquentes!

Et la mère de s'entendre dire:

- "Ton lait ne serait-il pas trop gras?" ou encore "Ton lait ne tourne-t-il pas à l'eau?"

... "Moi aussi ma chérie, je n'ai pu t'allaiter que 3 semaines..."

Et voilà l'alimentation au banc des accusés. Et les témoins à charge, de défiler. "Son bébé à lui, son bébé à elle, mon bébé à moi ont eu la même chose... Cela s'est arrangé pour l'un avec le lait Supertruc, pour l'autre avec le lait Ultramachin".

Et le pédiatre d'être harcelé et sommé même de changer le régime, s'il ne veut pas se voir abandonner. Et les laits de se succéder et les pédiatres de se suivre. (On a parlé de la "valse

des laits", on aurait pu ajouter "et celle des pédiatres"). Au bout de quelques semaines et quasiment d'un soir à l'autre, les "coliques récalcitrantes" disparaîtront. Cette heureuse guérison se fait inéluctablement et spontanément. Qu'à cela ne tienne, le lait du moment sera le bon et le pédiatre qui l'aura prescrit, le meilleur!

- Pour d'autres enfin, il s'agit d'un excès de nervosité qui nécessiterait l'administration d'un calmant! Béni par les parents sera le médecin qui prescrira, par exemple, l'association "Belladone et phénobarbital". De tels médicaments ne sont, certes, pas sans effet sur la jeune forte tête qui ne veut pas se résoudre au sommeil... Et si la fin justifie les moyens, ils peuvent donner l'illusion d'avoir raison à ceux qui les utilisent...

Ainsi, les trois premiers mois de vie, combien d'enfants n'ont droit, pour toute réponse à leur attente, qu'à des modifications en cascade du régime ou à des gélules calmantes, sans compter, ceux qui, claquemurés dans un couffin rose ou bleu, se heurtent au silence d'une chambre close.

Mais voilà, chers parents, bébé ne pleure ni par caprice ni par excès de nervosité ni en fonction de troubles digestifs.

Ah, le mot caprice: voilà bien un mot épouvantail qui en a fait reculer plus d'un. Parler de caprice, n'est-ce-pas finalement une manière de se donner bonne conscience à bon marché? N'est-il pas étonnant d'entendre une telle accusation dans la bouche de ceux-là même qui se demandent par ailleurs ce qu'un si petit être peut déjà voir ou entendre. Et pourquoi ferait-il des caprices à heures fixes? N'est-ce pas contradictoire? La régularité horaire du phénomène n'est-elle pas incompatible avec le côté imprévisible et vagabond, qui devrait les caractériser? Appelle-t-on caprice de la nature les levers du soleil qui se font toujours à l'Est, la succession des saisons propre à chaque région du monde, la régularité mensuelle des règles chez la femme et tous les rythmes de mieux en mieux connus des sécrétions endocriniennes? Par définition, un caprice est une exigence incongrue déviée de son but initial. Coller l'étiquette "caprice" sur une exigence fondamentale, n'est-ce-pas tout simplement une fin de non recevoir? De même, oserait-on accuser de mauvaise volonté l'enfant de 3 ans qui ne sait pas combien font 2X3?!

Et que dire des prétendus troubles digestifs? Pourquoi bébé ne supporterait-il pas, systématiquement au(x) même(s) moment(s) de la journée (généralement en fin d'après-midi ou en début de soirée, nous l'avons décrit plus haut) un lait qu'il digère bien le reste du temps? Pourquoi un repas si "décousu" uniquement à ce(s) moment(s)-là? Que celle qui donne le sein se rassure! Il est rare qu'il faille suspecter le lait maternel. Une diminution en qualité et quantité en fin de journée, liée à un excès de fatigue chez la mère n'est certainement pas la raison la plus fréquente à invoquer.

Que la mère ou le père qui donne le biberon n'accable pas le pédiatre et "ne mette pas le feu aux poudres (de lait)" puisque ce phénomène se produit de manière comparable, que l'enfant soit nourri au sein ou au biberon; cela permet de disculper une fois pour toute la nature du lait et son véhicule. En ce qui concerne les renvois et les gaz si souvent dénoncés il faut savoir qu'un bébé qui pleure violemment avale beaucoup d'air; cet air va s'éliminer par voie haute ou basse. Cela ne se fait pas toujours sans peine: les pleurs accompagnent souvent l'émission de renvois et de gaz mais ils en sont également à l'origine. Les bébés au sein me semblent présenter plus de gaz que ceux nourris au biberon. Précisons-le, durant les 2 ou 3 premiers mois, l'émission de gaz est apparemment souvent douloureuse.

Rappelons, par ailleurs, que "l'acné du premier mois" localisé essentiellement au visage et à la partie supérieure du tronc, est indépendante du type d'alimentation. Les formes d'acné les plus impressionnantes s'observeraient plutôt chez les enfants nourris au sein: autre argument pour ne pas changer trop vite de marque de lait en présence d'une telle éruption quand l'enfant est nourri "artificiellement"! De toute manière, la disparition spontanée des lésions est assurée aux alentours de la 7e semaine.

Enfin, pourquoi parler d'un excès de nervosité? Ceci impliquerait l'existence d'une tension

interne anormale et auto-agressive, alors qu'il s'agit tout simplement, comme on le verra bientôt, d'une manifestation particulière de vitalité: confondre nervosité et vitalité revient à confondre paresse et lenteur, peur et prudence, obstination et persévérande, rébellion et initiative. Est-il logique, dès lors, de vouloir réprimer médicalement et dès la naissance le dynamisme naturel de l'être humain? N'est-ce pas un procédé assimilable - la volonté de nuire en moins - à l'utilisation de la psychiatrie à des fins politiques?

Mais quelle attitude adopter, alors, devant "les pleurs inexplicables du soir" et que signifient ceux-ci? Quelle attitude adopter face au comportement apparemment anarchique qui évoque la course frénétique d'un jeune chien, libéré pour la promenade du soir et qui enroule sa laisse autour des arbres, des poteaux et des jambes des passants et de son maître?

Au risque même de vous mettre l'entourage à dos, ne faites pas la sourde oreille à ce petit qui fait des pieds, des mains et du gosier pour se faire entendre! Ecoutez-le. Ne craignez rien. Il ne vous marchera pas sur la tête. De quoi avez-vous peur? De "l'enfant cannibale" qui dévore ses parents? On ne gagne rien à laisser un enfant hurler car les pleurs sont générateurs de pleurs.

En fait, ce stade correspond à un besoin irrépressible de contact, de stimulation, de tendresse et de découverte. Il s'agit d'un véritable rendez-vous quotidien à ne pas manquer. C'est l'heure du "dialogue-promenade", de la "rencontre-récréation". C'est la première manifestation de la volonté d'apprendre. Ne le faites pas attendre en vain. Est-il possible me direz-vous que, dès le premier mois, bébé éprouve des besoins autres que ceux de dormir et de manger? Certes, et ces besoins sont d'emblée multiples. Bébé ne vit pas que de lit et de lait. Mais si les moyens d'exprimer ses besoins sont dès l'origine appropriés, il n'en va pas de même pour ses moyens de les satisfaire. Fréquente est cependant l'exclamation: "Ces pauvres petits, ils sont si désarmés, ils ne savent pas dire ce qu'ils veulent, on voudrait tant les aider!" Erreur d'interprétation: ils savent dire leurs désirs mais ils ne savent pas les satisfaire seuls. Voilà l'origine du premier malentendu parents-enfant auquel viendra s'ajouter rapidement un deuxième grand malentendu que traduit très bien cette autre exclamation: "Ils sont trop petits pour comprendre!"

Comme par ailleurs au cours des premiers mois, toute manifestation de déplaisir chez l'enfant est interprétée et réduite en problème d'alimentation ou en difficulté d'endormissement, on comprend l'impression de cauchemar qu'ont certains parents, en se remémorant les premières semaines de bébé et leurs tentatives vaines et inadéquates pour le calmer.

Donc, le nouveau-né a des besoins multiples et les exprime clairement: dès le premier jour, détente, lèvres molles, paupières lourdes, sourires aux anges, bref toutes ces manifestations qui surviennent à la fin d'un repas, contrastent avec l'état de tension, l'agitation, le regard inquiet et les cris qui le précédent.

Les cris et les pleurs ont des sonorités, des timbres bien différents selon les circonstances. Une mère attentive apprendra vite à discerner les cris de faim, les pleurs dus à des crampes, les invites à le prendre dans les bras.

Quant à la capacité motrice d'obtenir la satisfaction de ses désirs, qui ne sont autres que des besoins, l'évolution en est extraordinairement lente comparée à celle de tous les autres petits de la classe des mammifères, dont nous faisons partie. J'ai coutume de dire que le petit de l'homme naît, en quelque sorte, sans bras et sans jambes et que, pendant les premiers mois, il a besoin de ceux de l'adulte. Qu'est-ce à dire? Au début, bébé ne soumet guère l'usage de ses membres à un objectif précis. A-t-il faim ou soif? Pas moyen pour lui comme pour la majorité des mammifères de cet âge d'aller à la source. A-t-il un renvoi qui ne passe pas, des crampes? Pas moyen de trouver la position ad-hoc, par lui-même. A-t-il trop chaud? Pas moyen de se déplacer vers un endroit plus frais. De même, le nettoyage intempestif de ses orifices (narines, oreilles) n'entraîne pas de mouvements d'évitement avant l'âge de 3 mois. Il faut attendre la fin du troisième mois pour voir apparaître les premiers mouvements nettement contrôlés et orientés, tels que la succion volontaire du pouce, l'observation-manipulation des mains, l'orientation préférentielle de la tête vers le ou les visages les plus familiers.

En outre, parmi les besoins du nouveau-né, le besoin de contact est certainement l'un des plus

essentiels à son développement psychomoteur. Je dirais même que pendant les 3 premiers mois, le dialogue parents-enfant se fait essentiellement de peau à peau, d'oeil à oeil et de bouche à oreille.

Et d'ailleurs, pour en revenir aux pleurs inexpliqués du soir, les bras des parents et le mouvement constituent, avec la parole et les caresses, les meilleurs "sédatifs". Il est rare qu'un bébé résiste à ces quatre éléments de réponse réunis. Les deux premiers sont, de loin, les plus efficaces. Le mouvement, à lui seul, donne des résultats quasiment infaillibles. Ainsi, une promenade dans le couffin posé sur le siège arrière de la voiture, une ballade en landau dans le quartier et le tour de l'appartement dans les bras sont trois moyens d'arrêter instantanément ces pleurs.

Le premier moyen coûte plutôt cher à une époque de lutte contre la pollution et le gaspillage d'énergie même si le silence est d'or. Par ailleurs, pour que son efficacité soit garantie, il faut emprunter une autoroute ou l'équivalent. Le premier feu rouge agira immédiatement, par l'immobilisation même brève de la voiture, comme un détonateur de cris!

Quant à la promenade en landau, dans notre pays de vent et de pluie, l'entreprise est souvent peu engageante et peu réalisable surtout en fin de journée ou en début de nuit. De plus, le moindre arrêt à la caisse d'un grand magasin ou avant de traverser une rue risque de déclencher une salve de cris et de vous confronter à la mine renfrognée des gens à la ronde. Pas question de faire du lèche-vitrine. Il faut souvent marcher d'un bon pas.

Finalement, l'association "les bras et le mouvement" - rapport qualité-prix - est le sédatif de 1er choix.

Quelquefois, pour être sédatif, le mouvement imprimé au bébé doit s'apparenter à un secouement soutenu plutôt qu'à un bercement!

Un sac ventral s'avère aussi une aide appréciable, il remplace avantageusement l'ancien berceau à bascule. Bébé est contre vous et vous avez les mains libres pour vaquer à des tâches ménagères ou autres.

Au fil des soirées et face aux exigences sans cesse renouvelées, il peut arriver aux âmes les mieux intentionnées et les mieux trempées de se sentir quelque peu "défaillir". A l'une ou l'autre occasion, vouloir laisser bébé à la garde d'une personne de confiance, le temps d'un cinéma ou d'un restaurant, le temps de recharger ses accumulateurs en patience n'est pas une mauvaise idée.

La présence d'un frère ou d'une soeur est souvent salvatrice. Les visages de jeunes enfants ont un pouvoir exceptionnel sur les bébés. Mais tous les bébés ne sont heureusement pas aussi exigeants. Certains se contentent du relax ou du canapé pour autant qu'il y ait de l'animation autour d'eux.

Bien sûr, certains jours les parents sont envahis par le sentiment du "trop c'est trop". Il est dur d'être disponible 24h sur 24 en cette fin de siècle qui prône la société des loisirs. Ici, pas de récupération ni d'indemnité pour heures supplémentaires.

Evidemment il n'est guère possible d'éviter toutes les crises de pleurs. Etre bon parent n'implique pas d'empêcher à tout prix l'enfant de pleurer mais exige de ne pas postuler que pleurer est un mal nécessaire et sans conséquence.

Nombreux sont ceux qui disent qu'à laisser pleurer quelques soirées, "ils apprennent vite". Les partisans du laisser pleurer ont naturellement beau jeu car, de toute manière, à 3 mois au plus tard, l'intérêt croissant du nourrisson pour son environnement et sa capacité de commencer à l'appréhender seul feront spontanément disparaître cette période difficile. En fait, plus pénible aura été celle-ci, plus rapide sera le développement psychomoteur de l'enfant. Quand on interroge les parents d'un enfant à périodes difficiles particulièrement éprouvantes, on entend fréquemment dire que l'un des parents, au moins, avait été aussi difficile au même âge. Fait remarquable, durant les premières années de vie, l'enfant sera toujours plus exigeant en fin de journée quant au besoin de contact et d'attention.

Tout se passe comme si le nouveau-né, pendant les trois premiers mois, présentait des phases de sommeil et d'éveil dont la succession était réglée de façon impérative selon un programme établi avant la naissance et déterminé essentiellement par des facteurs génétiques. Pendant cette période, il ne se réveille que pour manger, sauf à un ou deux moments, toujours les

mêmes pour un bébé donné mais qui subissent quelques modifications au cours du temps, comme on l'a vu plus haut. Il devient alors réceptif aux stimuli variés de son environnement et "il vient au monde".

J'appelle cette période d'exigences incontournables "le baptême du feu des jeunes parents". En fait, il n'y a d'"heures des pleurs" que dans la mesure de l'inadéquation de la réponse à la demande du bébé.

Donc à 3 mois, quoique vous ayez fait, et pour votre plus grand bonheur, bébé passera des soirées paisibles. Est-il utile avant cela, d'apprendre à bébé qu'il a affaire à des parents sourds et qu'il lui faudra toujours "taper du poing sur la table" pour obtenir quelque chose?

On admet l'impact bénéfique ou négatif de tel ou tel instituteur au cours des premières années primaires, que dire de l'impact de l'attitude des parents pendant les premiers mois de vie?

On vous dira parfois que vous-même bébé, on vous a laissé pleurer et que cela ne vous a pas si mal réussi... Oui, peut-être, mais il y a toujours un risque. Personne ne connaît, a priori, le niveau de tolérance d'un enfant aux frustrations. Nous avons tous rencontré des êtres devenus remarquables en dépit des difficultés considérables qu'ils ont dû affronter.

Mais à côté de ces exceptions, combien d'adultes ne révèlent-ils pas un véritable handicap affectif qui aurait pu être évité?

En fait l'éducation relationnelle doit remplacer l'éducation conventionnelle. L'éducation ne doit pas commencer par refuser et interdire. Il faut donner d'abord. Il faut faire confiance à votre bébé pour qu'il vous fasse confiance. Si vous lui avez donné la sécurité, il sera mieux armé pour les frustrations inévitables et nécessaires qui viendront plus tard.

SEVRAGES PROGRAMMÉS ET FORCÉS.

En Belgique, dans la majorité des cas, la durée maximale de l'allaitement est imposée par la durée du congé de maternité. Celle-ci, nous le savons dépasse rarement 3 mois.

La plupart des mères espèrent un sevrage progressif; cet espoir n'est bien souvent qu'une vue de l'esprit. En effet, trois types de comportement peuvent être observés chez les nourrissons concernés.

Il y a ceux qui, dès l'introduction des premiers biberons de lait artificiel, abandonnent le sein en quelques jours, alors qu'ils paraissaient ne pouvoir jamais s'en passer.

Il y a ceux qui se laissent aller à une transition en douceur, en l'espace d'une à trois semaines.

Il y a ceux, enfin, qui ne veulent rien entendre; leurs mères sont toujours partagées entre le désir d'arrêter et celui de poursuivre l'allaitement.

Les difficultés du sevrage dépendent beaucoup du moment où l'on tente de le réaliser: à la fin du premier mois et après le troisième mois de vie, cela se fait pratiquement sans heurt; l'introduction de l'allaitement artificiel entre les deuxième et troisième mois peut donner lieu à un refus catégorique de la part de bébé. Dans ce cas, pour avoir une certaine chance de succès, le biberon doit être donné par une tierce personne, hors de la présence de la mère et dans une position qui ne rappelle en rien celle de la tétée au sein: c'est, par exemple, le père qui donnera le biberon à l'enfant, placé préalablement dans un relax.

L'apparition d'une inflammation plus ou moins étendue au niveau d'un sein avec formation d'abcès est une cause non négligeable de sevrage prématuré. Le plus souvent, l'état de fatigue de la mère n'est pas étranger à cette complication.

FATIGUE ET CONGE DE MATERNITE.

La plupart des adultes connaissent un sentiment d'inquiétude à l'égard du nouveau-né à terme et bien portant, et appréhendent les rôles de père et de mère. Pour conjurer la menace d'incompétence qu'ils sentent peser sur eux, ils tentent de définir au plus vite les conditions qui feront du bébé "le bon enfant" de demain. Ainsi, ils se préoccupent davantage des limites à lui imposer que des devoirs qui leur incombent.

Les parents du nouveau-né prématûré éprouvent, en plus de l'inquiétude face à l'avenir, un sentiment d'échec et de culpabilité. Il est toujours difficile d'aimer celui qui est la mémoire vivante d'un échec.

Médecins et infirmières du secteur néonatal doivent être bien conscients de ce fait et, dès lors, favoriser la participation des parents à la prise en charge médicale de l'enfant de même que leur intégration rapide dans sa vie journalière.

Les retombées favorables et immédiates d'une telle attitude comportent pour les parents le développement de sentiments positifs et pour l'enfant, le raccourcissement concomitant de la durée du séjour en soins intensifs. Les chances de réussite d'un allaitement maternel éventuel s'en trouveront nettement augmentées.

Parmi les avantages à long terme, il faut mentionner la diminution probable du pourcentage des enfants maltraités dans la population des anciens prématurés. Pour que tout cela soit, il faut que les parents puissent être disponibles, qu'ils puissent venir quotidiennement au secteur néonatal et ce, avec la plus grande liberté.

Dans ce contexte, le congé de maternité constitue un point de discussion particulièrement crucial. Mais s'il est facile de montrer le bénéfice immédiat apporté par l'amélioration des techniques obstétricales et des soins périnataux tant sur le plan médico-psychologique que sur le plan économique, il est peut-être moins évident d'évaluer les répercussions à court et à long terme, de la qualité du congé de maternité.

Les arguments pour en fixer la durée raisonnable sinon idéale font songer immanquablement à ceux que l'on avançait il n'y a guère pour favoriser l'allaitement maternel. L'alimentation au sein devait permettre à tout coup l'établissement d'un lien mère-enfant privilégié. La pratique pédiatrique démontre, nous l'avons dit, à quel point un tel raisonnement est simpliste et faux. En effet, comment telle mère, qui éprouve de l'appréhension voir une certaine agressivité à l'égard de son bébé chaque fois qu'elle le met au sein, peut-elle établir un lien privilégié?

Le problème n'est pas tellement de faire campagne en faveur de l'allaitement maternel mais de mettre les mères, qui ont choisi ce mode d'alimentation pour leur enfant, dans les meilleures conditions possibles.

Parmi ces conditions, la durée du congé de maternité n'est pas la moindre. Malheureusement, quand on aborde ce point, les discussions en viennent souvent à distinguer et à opposer les "femmes au foyer" et celles qui exercent une activité professionnelle. Très vite, on pose la question en termes de choix de société, ce qui donne lieu à des options plus philosophiques que pratiques.

Par ailleurs, l'exercice quotidien de la pédiatrie fait apparaître l'existence d'un paramètre insuffisamment considéré mais qui constitue un véritable écueil dans le vécu des parents en début de carrière: le cycle d'éveil et de sommeil pendant les premiers mois de vie. Nous en avons parlé tout au long de notre exposé. Résumons-nous: les heures de repas sont éminemment variables; l'alimentation dite à la demande répond le mieux aux besoins physiologiques et psychologiques du nourrisson; il faut attendre la fin du troisième mois pour que la majorité des bébés "fassent leur nuit"; presque tous présentent une période "d'éveil hyperactif" de quelques heures entre 18h et 01h, cette période appelée communément "coliques du soir" correspond à un état neurophysiologique propre à cet âge.

Des études scientifiques récentes permettent de commencer à comprendre les mécanismes qui président à ces rythmes et sur lesquels aucune contrainte extérieure n'est efficace.

Les trois premiers mois de la vie peuvent donc être particulièrement éprouvants pour les jeunes parents. La fatigue que cette période entraîne chez la mère peut être considérable. Quand celle-ci doit reprendre précocement son activité professionnelle, elle se trouve placée dans une situation exécrable: tension sur le lieu de travail et à la maison. Et que dire de la relation mère-enfant?

La fatigue chez la jeune maman est un phénomène difficile à cerner et à évaluer de manière objective: la résistance de chacune varie en fonction de sa résistance physique propre, de son

âge, de son état psychique et de celui de son entourage, de l'aide qu'on lui apporte ou qu'on lui refuse, et bien entendu, de la composition de la famille au moment de la naissance. Il est bien évident qu'une maman qui accouche de son premier enfant, malgré son manque d'expérience, accueille celui-ci avec des forces souvent intactes, ce qui n'est pas le cas lorsqu'elle a vécu des grossesses répétées ou rapprochées, de même qu'une mère "oisive" ne devra se plier qu'au rythme imposé par les exigences de bébé, tandis que celle qui travaille doit en outre s'accommoder des horaires imposés et des contraintes professionnelles.

L'importance de la fatigue et ses manifestations diffèrent donc d'un cas à l'autre, et il est fort audacieux de prétendre à une évaluation précise de celle-ci. La lassitude simple et normale, consécutive à un accouchement et à une période d'allaitement de durée moyenne, peut se muer en véritable épuisement lorsqu'on a affaire à un bébé hyperactif, et provoquer même de vraies dépressions si les repas nocturnes ou les troubles du sommeil se prolongent au-delà de 6 mois (certaines mamans se plaignent de n'avoir pu passer une nuit complète pendant deux ou trois ans). Et que dire des problèmes que cela entraîne pour les malheureux pères forcés de se rendre à leur travail nuit blanche après nuit blanche, et de leur mauvaise humeur face à l'indisponibilité particulièrement frustrante de leur épouse?

Il n'est pas toujours aisés d'aider les couples à supporter, à accepter, à comprendre enfin que seule la patience adoptée comme moyen positif de collaboration avec leur enfant, leur évitera des situations de conflit pénibles et nocives pour tous?

Heureusement, la période qui s'étend du 4e au 6e mois est caractérisée le plus souvent par un état de relative quiétude chez l'enfant. Je l'appelle "la période mondaine": tout qui approche bébé le fait sourire; "Tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil". Par ailleurs, les nuits sont, en principe, "complètes"; les siestes, dans certains cas, s'allongent et "l'heure des pleurs du soir" a disparu à tout jamais. S'il a encore besoin d'une présence dans son environnement immédiat, il ne réclame, par contre, plus systématiquement les bras: une couverture par terre, le relax puis la chaise haute le satisfont pleinement.

Un congé de maternité de 4 mois à partir de la naissance et pour un enfant à terme semble une durée minimale, raisonnable et indispensable: 3 mois pour assumer les exigences incontournables du nouveau-né et 1 mois pour permettre à la mère de reprendre des forces et d'apprécier le bénéfice des efforts consentis.

Ce qui vient d'être sollicité pour les parents d'un enfant bien portant né à terme devrait l'être pour ceux d'un enfant né avant terme, avec majoration au prorata de la prématurité et des problèmes médicaux propres à chaque cas.

Un congé de maternité devrait s'étendre, au minimum, sur une période allant de la naissance à 4 mois après le terme calculé. Ce dernier, établi notamment à partir de la date des dernières règles et de mensurations échographiques in utero, pourrait être corrigé en fonction de critères neurologiques et morphologiques évalués à la naissance.

Les parents d'enfants nés à terme ou prématurément pourraient, entre autres, envisager avec plus de sérénité l'éventualité de commencer et de poursuivre un allaitement maternel de qualité.

En conclusion, le rôle du pédiatre est d'aider les parents à découvrir les étapes du développement de leur enfant et à les inciter à en respecter le rythme et les caractéristiques propres. L'essentiel est d'oser donner du temps à son enfant. Dans la vie adulte, en effet, on ne souffre jamais de ce que l'on a reçu mais de ce que l'on n'a pas reçu. Il faut oser se faire plaisir en donnant du plaisir à l'enfant: celui-ci a le droit d'attendre tout de nous, les parents; il faut le gaver d'amour.

Dimitri Dourdine
Janvier 1987.