

La souffrance du nourrisson de moins de 4 mois

Repères pour le dépistage et le diagnostic étiologique

Michel Sans-Jofre¹, Thierry Spy²

exercer 2008;80:19-22.

m.sansjofre@medsyn.fr

1. UFR Rouen

2. UFR Angers

Introduction

Au cours des premiers mois de vie du nourrisson, les symptômes somatiques mis en avant lors des consultations sont rarement corrélés à des pathologies organiques. Ils traduisent plus souvent une souffrance psychique de l'enfant ou de la famille. Leur prise en charge thérapeutique peut s'appuyer sur les connaissances du développement psychophysiologique du fœtus et du nourrisson. Elles sont nombreuses mais restent encore éparpillées. Elles proviennent des travaux des écoles psychanalytiques anglo-saxonnes et françaises, et des recherches des services de néonatalogie médicale ou chirurgicale. Elles permettent d'inférer que les problèmes de cette période, lorsque leur cause n'est pas élucidée et/ou se pérennise, peuvent conduire à des désordres psychiques ou somatiques dans l'enfance et à l'âge adulte.

Fondé sur les résultats de ces travaux, cet article propose des repères pour le dépistage et le diagnostic étiologique de la souffrance des enfants à cette période de leur vie.

Le nourrisson

Qu'est-ce qu'un nourrisson ? Le terme de nourrisson précise qu'il s'agit d'un être qui dépend de ses parents pour sa survie¹ : ils sont garants de son alimentation et sont un filtre vis-à-vis des stimuli du monde extérieur^{2,3}. Cependant, cette dépendance n'est pas le signe d'une passivité, d'une malléabilité et/ou d'une insensibilité totales⁴. À la naissance, le nourrisson a déjà une biogra-

phie de neuf mois². Il a développé des moyens de communiquer et d'exprimer ses états. En dehors de la vue, ses capacités d'olfaction, d'audition et son sens tactile sont supérieurs à ceux de l'enfant et de l'adulte².

Le nourrisson a des compétences communicatives précoces : il est capable de reconnaître sa mère biologique, de stimuler ses réactions d'éveil et de stimuler la montée laiteuse par sa gestuelle^{1,2}.

Ses possibilités d'expression sont cependant réduites, éloignées des canaux utilisés habituellement par les adultes. La parole n'est pas à sa disposition, les mimiques du visage liées à la vue n'existent pas ou peu. Sur le plan vocal, il s'exprime par des pleurs, des cris, puis dès le 2^e mois par le gazouillis².

Son comportement est le second registre avec lequel il peut se manifester, soit activement soit passivement. Cela concerne l'alternance et la qualité des périodes de veille et de sommeil, ainsi que les acquis cognitivocomportementaux de la période¹ :

- disparition des réflexes archaïques ;
- réactivité à la voix de la mère et du père ;
- apparition de la poursuite du regard ;
- apparition du sourire « aux anges » ;
- apparition du gazouillis ;
- présence d'une activité motrice indépendante de toute stimulation évoluant vers la préhension.

Des signes affectant son état général somatique peuvent aussi être un mode de réaction : fonctions digestives, état cutané, respiratoire, courbe de poids.

Lors de l'accouchement, l'état fusionnel de la grossesse est brutalement rompu.

Le nouveau-né et sa mère ont à surmonter et à dépasser ce traumatisme. De nombreuses recherches ont montré qu'une restauration rapide de leur proximité physique et sensorielle était essentielle. L'attachement affectif du bébé à sa mère, et la qualité de l'attachement de cette dernière pour son enfant sont en jeu².

La poursuite du développement des capacités cognitivocomportementales innées de l'enfant est aussi conditionnée par la restauration d'un environnement physique et sensoriel « suffisamment bon »². Ses modalités sont bien décrites et regroupées dans les concepts créés par Winnicott³, de « *holding* » (la façon dont la mère porte son bébé), et de « *handling* » (la façon dont la mère lui administre les soins corporels).

De nombreux événements peuvent venir perturber le développement de l'enfant. Des signes de souffrance apparaissent. Ils sont presque toujours repérés par les parents et font l'objet de consultations fréquentes en plus des visites systématiques de cette période.

La souffrance du nourrisson

Bases physiologiques. Le développement du nourrisson se déroule dans un mouvement incessant de moments de tension/soulagement, mu par un ensemble de stimuli endogènes et exogènes, constamment corrélé au dipôle souffrance-déplaisir/satisfaction-plaisir⁶.

Le nourrisson n'a pas la possibilité de se soustraire aux sollicitations exogènes ou

endogènes sans l'intervention de son entourage. Il n'a pas encore recours aux plaisirs hallucinatoires et aux possibilités d'élaboration que le psychisme lui offrira plus tard à partir des traces mnésiques³. Selon leur intensité, leur durée ou leur répétitivité, ces stimuli peuvent aboutir à des états de déplaisir, de souffrance ou de douleur. La distinction entre souffrance et déplaisir est difficile, car les moyens du nourrisson pour exprimer ces deux états sont les mêmes.

Une véritable souffrance derrière chaque épisode de « pleurs » peut se discuter. Certaines études ont quantifié la durée quotidienne ou hebdomadaire des pleurs d'un nouveau-né⁷. Elles ont suggéré, sans le démontrer, qu'une certaine quantité serait tolérable (par qui ?) ou nécessaire à sa santé. Elles ont voulu en tirer des normes avec lesquelles la spécificité du signe « pleurs » pour la souffrance aurait été accentuée. Cependant, en termes de dépistage, la sensibilité du signe est ce qui importe en priorité. Les pleurs sont toujours le témoin d'un état de tension, et le nouveau-né a toujours besoin de ses parents dans ces moments-là. Ne dit-on pas d'un objet en attente qu'il est « en souffrance »⁸ ?

Il est préférable d'utiliser le terme de souffrance dans un sens très large incluant les états de tension. Dans ce contexte, le signe « pleurs » a une sensibilité importante. L'intensité de la souffrance peut ensuite être évaluée en spécifiant les caractéristiques des pleurs : durée, répétitivité, inconsolabilité, association à d'autres signes⁹.

La recherche médicale s'est récemment intéressée à la souffrance du nourrisson dans des études émanant de centres de chirurgie ou de services de réanimation pédiatrique. Les phénomènes douloureux provoqués par la chirurgie ou les gestes invasifs affectaient la vitesse et la qualité de la guérison des pathologies pour lesquelles les nourrissons avaient été admis^{10,11}. Ces études prouvent que les enfants ont la capacité organique de ressentir la douleur dès la 20^e semaine de gestation. Il est aussi établi que le nourrisson jusqu'à 1 ou 2 mois, a une transmission des signaux nociceptifs

vers l'encéphale supérieure à celle de nourrissons et d'enfants plus âgés par absence de « gate-contrôle » et de rétro-contrôle des voies sensorielles de la corne postérieure¹⁰⁻¹².

Leurs auteurs reconnaissent aussi que la subjectivité et l'état psychique du sujet sont essentiels dans la qualité de la perception des stimuli, encore plus chez les nourrissons que chez les enfants et les adultes. Il est maintenant établi qu'il vaut mieux faire un geste invasif, par exemple un vaccin, sur un nourrisson mis en confiance, c'est-à-dire dans les bras de ses parents, par une personne qu'il connaît déjà et dans un milieu qui lui est familier⁹.

En pratique de ville, les stimuli nociceptifs sont souvent d'origine endogène. Leurs modalités et acuités sont différentes de ceux provoqués par les examens invasifs et les explorations chirurgicales des services à l'origine des études précitées. De 0 à 4 mois, les enfants consultent à plusieurs reprises. Lors de ces consultations, les gestes médicaux sont presque toujours indolores (pesée, mensurations, etc.), avant le premier vaccin ou la première maladie (infectieuse). Il est possible alors de nouer avec eux, dès leur naissance, et même parfois avant, un dialogue rassurant. Dans ce cadre, les signes révélateurs d'une souffrance peuvent s'exprimer, même lorsque celle-ci n'a pas encore eu de conséquence somatique ou psychique définitive.

Diagnostic positif

Modes d'expression. Les possibilités de communication du nourrisson sont déjà importantes à la naissance ; seule la parole lui est impossible. Par définition, « l'enfant » est « celui qui n'a pas la parole ». En revanche, il est capable d'exprimer activement ses états de souffrance infime ou intense, aiguë ou chronique, jusqu'au plaisir extrême ou à la satisfaction sereine. L'observation et l'écoute du nourrisson permettent à l'entourage et au médecin de dépister une souffrance même à son tout début.

Son expression peut être vocale. Quelle que soit leur intensité ou leur durée, les

pleurs sont à considérer comme l'expression vocale active d'une souffrance. À cette période de la vie, il n'y a jamais de bénéfice à laisser pleurer un nourrisson. Lorsqu'ils ont une tonalité de gémissement, de geignement ou de hurlements, les cris sont toujours un signe qui a du sens.

L'expression peut être vocale passive avec des formes diverses :

- retard d'apparition du gazouillis ou perte prolongée ;
- absence d'intérêt pour la voix des parents ;
- absence d'apparition du « sourire aux anges » après 6 à 8 semaines ou perte prolongée après cette date ;
- apathie, pauvreté de la gesticulation spontanée ou agitation inhabituelle ;
- absence de fixation et de poursuite du regard entre le 2^e et le 4^e mois ;
- non-acquisition des rythmes veille/sommeil concordants avec le nyctémère ;
- rythme inversé ;
- difficultés importantes d'endormissement.

Les manifestations de souffrance peuvent aussi s'exprimer sur un mode somatique :

- digestif : régurgitations, coliques, constipation, intolérances alimentaires avec diarrhée, ruptures de la courbe de poids ;
- cutané : dermites ;
- respiratoire : infections ORL précoces rares à cet âge hors contexte épidémique.

À quelle occasion repérer ces signes ?

Dans la majorité des cas, les parents consultent spontanément lorsque l'apparition d'un des éléments précédemment cités les préoccupe, les angoisse, ou perturbe leur vie quotidienne. Ces manifestations du nourrisson peuvent parfois provoquer des états d'exaspération des parents, particulièrement de la mère, lorsqu'elle n'a pas trouvé la réponse adéquate.

Lors des examens systématiques, il revient au médecin, surtout lorsqu'il n'y a pas de demande des parents, de mener, avec doigté, une enquête orientée sur les

éléments déjà décrits. Parfois, les parents peuvent s'accommoder, voire être sourds aux manifestations de leur bébé. La souffrance psychologique d'un des parents et/ou une perturbation dans les relations du couple, en sont parfois la cause. Plus souvent, il s'agit de pratiques dépassées de puériculture.

Diagnostic étiologique

En pratique de soins primaires, la souffrance rencontrée n'a le plus souvent ni l'intensité, ni la durée de celle traitée dans les services de chirurgie ou de réanimation pédiatrique. Elle est rarement corrélée à une cause organique. Compte tenu des connaissances actuelles, il est plausible de penser que la répétition de douleurs localisées à un métamère donné ou à un organe précis induira une sensibilité accrue de ces localisations pour toute la vie du sujet¹¹, d'autant que la souffrance n'aura pas été reconnue à temps et traitée. Cette sensibilité accrue peut être reliée au concept des psychanalystes lacaniens de « jouissance d'organe », utilisé pour traiter des pathologies psychosomatiques.

Avant 4 mois, le diagnostic positif et le traitement de la souffrance du nourrisson ont donc, en plus de la compassion, l'objectif de prévenir l'apparition de pathologies ultérieures, psychiatriques et/ou organiques. L'efficacité de la prise en charge dépend du traitement de la cause de cette souffrance.

Causes anorganiques. Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître une forte prévalence des causes anorganiques à la souffrance des nourrissons dans les 4 premiers mois de la vie¹¹. Les étiologies suspectées sont souvent banalisées du fait de l'absence de pathologie organique objectivable. Elles sont qualifiées de bénignes et ne font alors l'objet d'aucune prise en charge. Le traitement en est laissé à l'appréciation des parents qui suivent les conseils des grands-parents, voisins, etc., qui, s'ils sont parfois pertinents, répètent le plus souvent des habitudes du passé préjudiciables à l'avenir de l'enfant. Ces étiologies sont pourtant bien répertoriées. Quelles sont-elles ?

Problèmes en rapport avec l'alimentation. Premier élément perturbateur : les rythmes alimentaires inadaptés au nouveau-né. Le biberon toutes les trois heures, avec réveil intempestif, a malheureusement encore cours.

Deuxième élément : des quantités ou des qualités inadaptées. Le plus souvent ce sont des carences d'apport ou des excès. Pour des raisons d'économie ou d'ignorance, les parents attendent souvent que le nourrisson ait vidé plusieurs biberons successifs avant d'en augmenter les quantités. L'enfant reste ainsi insatisfait, se réveille plus tôt pour le biberon suivant, et le prend avec moins de plaisir. Il risque alors de s'instaurer un cercle vicieux, en rythme et en quantité, loin des besoins de l'enfant, et générateur de troubles digestifs et de difficultés de sommeil. Lorsque l'allaitement est maternel, l'insuffisance est liée, soit à un apport hydrocalorique déficient de la mère, soit à un excès de fatigue maternelle (rythme de vie inadapté à la lactation surtout à son début, multipare débordée, non secondée, etc.).

Troisième élément : le mode d'administration. C'est rarement un problème technique, il s'agit plus souvent d'un mauvais environnement affectif lors de l'administration des repas, quand la sérénité qui devrait l'entourer fait défaut, ou quand la personne qui donne le biberon n'est pas (ou plus) la mère. À cet âge, un proche de la mère est toujours un inconnu pour le nouveau-né, excepté parfois le père mais à certaines conditions. Dès la naissance, l'allaitement maternel permet un contact physique très proche et répété entre l'enfant et sa mère pendant plusieurs semaines. Le biberon rompt ce contact si la mère ne fait pas un effort supplémentaire de rapprochement.

Ruptures précoces ou prolongées de la proximité physique et sensorielle du ou des parents. C'est une situation fréquente, déjà abordée précédemment dans le mode d'administration des repas. Lors des premiers jours de vie, les contacts cutanés, olfactifs et auditifs avec la mère sont indispensables au nouveau-né pour lui permettre de surmonter le

traumatisme de l'accouchement. Ils sont aussi nécessaires à la réalisation des potentiels cognitivocomportementaux de la période. En symétrie, ils sont aussi indispensables à la mère afin qu'elle mobilise en elle les ressources affectives nécessaires à l'enfant.

Plusieurs causes sont possibles : maladie maternelle, conseils de puériculture inappropriés (« *il faut le laisser pleurer !* »), nourrisson confié à un tiers pour une période supérieure à quelques heures (il arrive de voir confier un nourrisson de 2 ou 3 mois pendant quelques jours à la grand-mère pour le repos du couple), reprise de travail et mise en nourrice mal « négociées » avec l'enfant.

Stimulations dépassant les possibilités du nourrisson.

Les possibilités physiques du nourrisson peuvent être débordées lors de déplacements intempestifs en des lieux toujours différents et inconnus. Les bruits de la fratrie, de l'immeuble, de la télévision, de l'aspirateur sont sources de stimulations auditives stressantes. Les excès de manipulations ou lorsqu'elles sont inappropriées dans le temps ou l'espace (lancer du bébé), sont aussi source de souffrance.

Les possibilités émotionnelles peuvent aussi être débordées. Par exemple, lorsque le père retire trop souvent le nouveau-né des bras de sa mère pour jouer avec lui, ou pire lorsqu'il s'agit de personnes plus éloignées.

Il y a enfin les défauts de stimulation : la mère peut négliger de marquer son affection lors des manipulations de son enfant ou laisser percevoir un certain degré d'exaspération (mauvaise qualité du *handling*). Le nourrisson, alors volontiers hyperactif, est plus calme en présence d'un tiers. Les antécédents psychoaffectifs maternels comme une dépression du post-partum, des difficultés conjugales consécutives ou antérieures à la naissance, ou un antécédent de décès dans la fratrie en sont souvent la cause¹¹.

La recherche minutieuse avec les parents permet presque toujours de trouver l'origine des troubles du nourrisson dans ces trois catégories étiologiques. Leur traitement, s'il est parfois difficile à mettre en

œuvre, est toujours connu et simple à expliquer. Les parents peuvent ensuite mieux adapter leurs réponses aux besoins de l'enfant. Ils peuvent aussi très vite vérifier la pertinence et les résultats des modifications auxquelles cette recherche conjointe avec le médecin a conduit.

Dans tous les cas, l'examen clinique du nourrisson aura permis d'écartier une pathologie organique. Il aura permis aussi de vérifier les acquis cognitivocomportementaux du bébé.

Causes organiques. En soins primaires, elles ont une faible prévalence, sont bien connues et répertoriées¹¹. Les causes médicales sont les douleurs récidivantes (reflux gastro-œsophagien, intolérance au lait de vache, etc.), les douleurs aiguës récentes (syndrome infectieux, gastro-entérite, otite moyenne aiguë, muguet, érythème fessier, dermatose prurigineuse, etc.). Il y a enfin les causes chirurgicales (sténose du pylore, étranglement herniaire, diverticule de Meckel, malformations intestinales, malformations des voies biliaires, etc.).

Conclusion

Les quatre premiers mois de vie du nourrisson succèdent à l'accouchement, début traumatisant du sevrage de la période fusionnelle mère/enfant de la grossesse. Le nourrisson a déjà des capa-

cités et des compétences connues. Leur développement nécessite un environnement parental « suffisamment bon », qui doit s'adapter constamment aux besoins, et permettre l'élaboration psychique de la perte de l'état fusionnel.

Durant cette période, les parents consultent souvent pour des troubles bien connus et répertoriés. Ils sont toujours un signe de la souffrance de l'enfant. Même s'il n'y a pas d'étiologie organique objectivable, cette souffrance ne doit jamais être banalisée, car elle peut altérer durablement le développement psychophysologique de l'enfant.

Le diagnostic positif est aisément posé sur des repères cliniques : pleurs, cris, retard d'acquisition ou perte des capacités cognitivocomportementales, altération des fonctions somatiques, troubles du sommeil. Le diagnostic étiologique est toujours en rapport avec une inadéquation des réponses parentales aux besoins de l'enfant, dans les trois champs suivants : alimentation, proximité physique et sensorielle, stimulations adaptées aux capacités du nourrisson. Une bonne adaptation des réponses parentales est nécessaire pour que le potentiel inné de l'enfant puisse se développer. L'étude de ces réponses par le médecin, conjointement avec les parents, permet un diagnostic simple des dysfonctions, et en facilite leur traitement.

Références

1. Bourrillon A. Un être en voie de développement. Introduction. In : Pédiatrie pour le praticien. Paris : Masson (3e éd.) 2000:65.
2. Anzieu D. Le Moi-Peau. Paris : Bordas 1985:42-3.
3. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot 1992:42-4.
4. Cohen-Solal J. Développement psychoaffectif du nourrisson. In : Bourrillon A. Pédiatrie pour le praticien. Paris : Masson (3e éd.) 2000:77-8.
5. Clancier A, Kalmanowich J. Le paradoxe de Winnicott. Paris : Payot 1974:21-9.
6. Epelbaum C, Ferrari P. Principales théories du développement de l'enfant. In : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Flammarion Médecine-Sciences 1994:3-15.
7. Brazelton TB. Crying in infancy. Pediatrics 1962;29:579-88.
8. McGrath PJ, Finley GA. Évaluation de la douleur. In : Annales Nestlé 1999;57:14-22.
9. Anand KSJ. Physiologie de la douleur chez le nourrisson et l'enfant. In : Annales Nestlé 1999;57:1-13.
10. Gall O. Voies anatomiques et physiologie de la nociception chez le nouveau-né et l'enfant. In : Ecoffey C, Murat I. La douleur chez l'enfant. Paris : Flammarion Médecine-Sciences 1999:3-10.
11. Fournier-Charrière E. À propos de quelques symptômes. In : Bourrillon A. Pédiatrie pour le praticien. Paris : Masson (3e éd.) 2000:545.
12. Schechter NL. Prise en charge de la douleur. In : Annales Nestlé 1999;57:26-7.