

Les pleurs du bébé

PAR **NICOLAS FALAISE**, PÉDIATRE LIBÉRAL, MARSEILLE

L'objectif de cet article est de faire le point sur la compréhension des pleurs des premiers mois de la vie et de faire évoluer notre regard et notre attitude sur ce comportement des nourrissons afin que les discours voire les conseils donnés aux parents se fondent davantage sur des données basées sur des preuves que sur des opinions « d'experts » ou des préférences personnelles.

Les pleurs exagérés sont le plus souvent un reflet du mauvais ajustement entre biologie et culture.

À propos des pleurs, chacun y va de son explication. Certaines sont pleines de bon sens, d'autres relèvent de la projection de nos émotions, ou de nos confusions entre les systèmes neurologique et digestif, ou encore de nos fantasmes éducatifs.

Les soignants n'échappent pas toujours à ces travers.

Le caractère universel des pleurs du bébé nous force à les considérer dans une perspective évolutionniste : de quel comportement, de quelle compétence le pleur est-il l'exemple ? Ainsi peut-être pourrions-nous mieux les appréhender.

ASPECTS ÉVOLUTIONNISTES : LE BESOIN DE S'ATTACHER

L'acquisition de la bipédie et la capacité de réflexion sont les évolutions les plus marquantes de la tribu « homo ».

Homo sapiens s'est redressé pour mieux se servir de ses mains (fabriquer des objets, effectuer des lancers), et pas pour « voir au loin » comme il est souvent dit. À l'époque où l'homme s'est relevé, il vivait dans la forêt : assis ou redressé, il n'y voyait pas bien loin !

L'acquisition de la bipédie a entraîné la modification du bassin, qui s'est « refermé », rétréci.

La capacité de réflexion de Sapiens, la plus élevée du règne animal, a entraîné la croissance du cerveau et donc du crâne, devenu très volumineux, jusqu'à un seuil critique...

L'évolution de la taille du crâne du fœtus et le rétrécissement du bassin de la mère représentent une mutation dramatique et sans équivalent dans le processus de l'accouchement et de la naissance. C'est la naissance la plus compliquée parmi les mammifères, avec des proportions importantes de mortalité per-partum maternelle ou néonatale avant l'avènement de l'obstétrique moderne. Elle implique aussi que le bébé humain naisse « prématuré »...

En effet, outre que la tête du fœtus doit passer à temps dans les détroits du bassin, l'organisme maternel ne peut nourrir un « tel cerveau » plus de 9 mois. Au-delà, le coût énergétique demandé par le fœtus et en particulier son cerveau, serait insupportable et mettrait en danger la mère.

... outre que la tête du fœtus doit passer à temps dans les détroits du bassin, l'organisme maternel ne peut nourrir un « tel cerveau » plus de 9 mois.

La majorité des autres mammifères font naître leur bébé à un stade de maturité suffisant pour qu'ils se dressent sur leurs pattes et commencent à gambader.

A *contrario*, à sa naissance le bébé humain est vulnérable, nu, immobile. Cette fragilité conditionne l'attention et l'affection qui lui seront obligatoirement portées pour assurer sa survie.

Le bébé dépendant entièrement de son donneur de soin, s'attacher à lui est vital.

L'attachement est sans doute le phénomène adaptatif le plus marquant de notre évolution.

LE BESOIN DE S'ATTACHER DEVENU UNE COMPÉTENCE

Dès les premiers jours il existe de part et d'autre des prédispositions pour constituer ce lien, mère et bébé sont compétents pour s'attacher.

Du côté maternel, la « préoccupation maternelle primaire » (D. Winnicott) est une focalisation presque exclusive sur son bébé, dès la fin de la grossesse et pendant quelques semaines. Elle est possible par le biais de phénomènes hormonaux (ocytocine) et d'activations de circuits neuro-naux spécifiques. Dans d'autres circonstances cet état serait considéré comme pathologique, mais c'est exactement ce dont le bébé a besoin.

Du côté du bébé, l'équipement nécessaire pour établir des relations avec autrui est présent à la naissance. De nombreuses études ont montré que le bébé possédait un « cerveau social » (comportements et modèles d'activité cérébrale pour entrer en relation). Il est prédisposé à réagir aux signaux sociaux et possède une attirance pour les personnes qui prennent soin de lui.

DE LA COMPÉTENCE POUR S'ATTACHER AUX COMPORTEMENTS D'ATTACHEMENT

« Un comportement d'attachement émane du petit vers sa mère (son donneur de soin) et vise à restaurer la proximité ou le contact, ou à les maintenir, ou à les approfondir ». (J. Bowlby).

Parmi les comportements d'attachement visant à maintenir la proximité ou le contact, citons le grasping, l'agrippement, le redressement de torse pour l'échange des regards, et l'apaisement au bercement.

Parmi les comportements d'attachement visant à approfondir le contact, citons la séquence rampé-fouissement, la succion du sein, et le contact visuel.

Enfin, quel meilleur exemple que le pleur pour illustrer un comportement visant à restaurer (en urgence) le contact !

À l'échelle de l'humanité, les pleurs sont nécessaires et doivent toujours être considérés comme la norme comportementale du bébé ⁽¹⁾.

À l'échelle de nos sociétés modernes qui ont « inventé » l'intolérance aux pleurs et le maternage distal, les pleurs sont moins utiles, et sont considérés comme anormaux voire pathologiques.

Les pleurs sont universels, similaires en survenue dans tous les endroits. Ils sont différents en revanche en termes de durée, d'intensité selon que le maternage est proximal ou distal, et sont supportés différemment selon la tolérance aux pleurs culturellement déterminée.

LES PLEURS. QUELS PLEURS ?

LES PLEURS D'ATTACHEMENT

Oui, très souvent les pleurs du nouveau-né sont un comportement d'attachement, nous l'avons décrit plus haut. Ils existent dès la naissance, et ont pour objectif d'appeler les

parents auprès du bébé pour qu'ils s'en occupent, le bercent et le câlinent à coup sûr, le nourrissent assez souvent.

Le problème est que l'évolution des mentalités a favorisé l'émergence d'interprétations générant de l'ambiguïté vis-à-vis de ce signal : *il m'appelle, pourquoi ? Il va mal ? Il a mal ? Il a faim ? Il me persécute ?*

Pleurer fort et longtemps ne constitue pas un risque pour la santé physique du bébé (cerveau, poumons...). Ce peut être le reflet d'un mauvais ajustement parents-bébé et des difficultés de construction du lien qui méritent une guidance (cf. *infra*), et qui peut nécessiter le recours à une équipe spécialisée (psychiatrie périnatale).

LES PLEURS COMPORTEMENTAUX

Ces pleurs comportementaux sont en lien avec les stades d'éveils, quand l'éveil devient agitation puis pleurs inconsolables : ce type de pleurs est fréquemment appelé « coliques ».

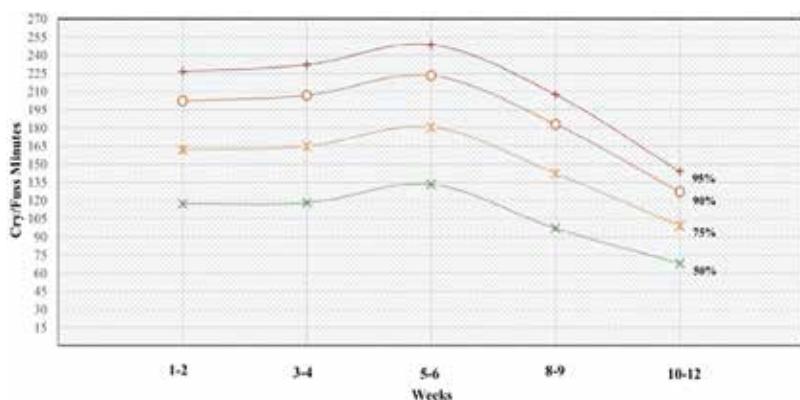
Ils apparaissent en décalé par rapport à la naissance (10-15 jours), et disparaissent vers 3 mois, sont majoritairement vespéraux, ils évoluent par pics, sont difficilement consolables et le faciès du bébé est « vultueux », pour ne pas dire douloureux ⁽²⁾.

Historiquement, c'est M. Wessel en 1954 qui a défini ces « coliques » par la règle des 3 : plus de 3 heures par jour, 3 jours par semaine, 3 semaines d'affilée. Il décrit une trajectoire prédictible : début vers 44 semaines d'âge corrigé, acmé à 4-6 semaines, fin à partir de la 12^e semaine. Il ne donne que des aspects liés à la temporalité du phénomène, aucune causalité ni finitude ⁽³⁾.

D. Wolke ⁽⁴⁾ a réalisé une méta-analyse récente au sujet des « coliques » (28 études retenues sur 5 600).

Il ne retrouve pas l'acmé dont parle Wessel. Les pleurs durent 110 à 120 minutes par jour de J8 à J45, puis leur durée diminue progressivement à partir de 6 semaines.

Dans les études, la définition des pleurs excessifs reste arbitraire... et la tolérance des



Méta-analyse de D. Wolke au sujet des « coliques » (28 études retenues sur 5 600).

BOOSTER SA FERTILITÉ ET CHOISIR LE SEXE DE SON BÉBÉ

par Raphaël GRUMAN, nutritionniste

De plus en plus de couples rencontrent des problèmes liés à la fertilité. D'autres expriment ouvertement leur désir d'avoir une petite fille ou un petit garçon. Nous avons donc imaginé un coaching personnalisé en préconception répondant à ces deux besoins :

- d'un côté un programme diététique qui modifie l'équilibre acido-basique de l'organisme
- de l'autre un ciblage précis de l'ovulation en vue de concevoir son bébé aux bonnes dates.

Ces 2 principes existent depuis longtemps mais n'avaient jamais été combinés et modernisés de la sorte. Grâce à l'application MyBuBelly, un concept inédit devenu la référence en la matière.

En savoir +
www.mybubelly.com



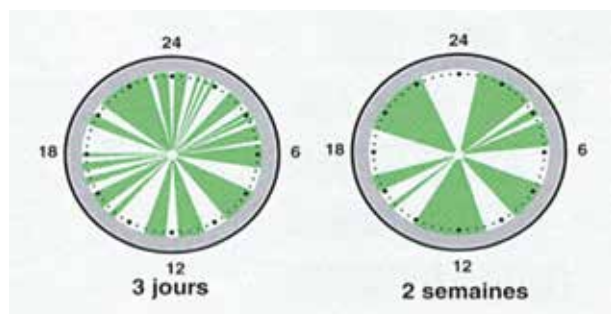
Découvrez notre livre
aux Editions Leduc

parents aux pleurs de leur bébé est subjective ⁽⁴⁾.

En tout cas, c'est une réalité, les bébés pleurent.

La signature de ces pleurs est la temporalité, ce sont les pleurs du soir, parfois exagérés, parfois inconsolables ⁽⁴⁾.

Dans cette période entre 2 semaines et 3 mois, les bébés pleurent plus, mais ont aussi plus d'éveils de jour et des plages de sommeil plus longues la nuit. C'est aussi un marqueur de la mise en place des rythmes circadiens, de la différence jour/nuit. C'est quelque part une bonne nouvelle.



Maturation des stades de vigilance du nouveau-né à 3 jours puis à 2 semaines : net changement dans un bref délai...

Aucune étude n'évoque de l'angoisse, des pics de croissance ou de développement, des baisses de lait, des colites, de la douleur ⁽⁴⁾. Ce sont là nos projections.

Les « pics de croissance » n'existent que dans les pays où le bébé n'a pas un libre accès au sein, il n'a pas été montré de support biologique ⁽⁵⁾. Wolke ⁽⁴⁾ constate que les pays où l'on pleure le moins sont ceux où les taux d'allaitement sont le plus élevés, sans en tirer de conclusion.

Ces enfants vont bien ⁽⁴⁾, sinon il s'agirait de pleurs-symptôme.

Est-ce que les bébés des mères déprimées pleurent plus ? Rien de prouvé ! ⁽⁴⁾ Peut-être même se réfugient-ils plus dans le calme, le sommeil puisqu'on les oublie (ou pour qu'on les oublie).

Est-ce que les bébés des mères anxieuses pleurent plus ? Rien de prouvé ! ⁽⁴⁾.

Les bébés ont des comportements et des personnalités différentes : les grands éveillés auront des éveils actifs gratifiants, mais des pleurs plus intenses ⁽⁶⁾. Notre société valorisera plutôt les bébés calmes, sans que ce soit une garantie d'un attachement sécurisé (confiant).

Leur durée et leur intensité n'ont, *a priori*, pas d'impact neuro-développemental ⁽²⁾.

LES PLEURS SYMPTÔME

L'inconfort, la douleur, la maladie peuvent occasionner des pleurs. Bien que rare, le reflux gastro-œsophagien, sur-diagnostiqué à une époque, peut être responsable de douleur.

Un bébé sous-nourri peut se signaler par des pleurs. Un bébé bien nourri pleurera à l'éveil pour que l'on s'occupe de lui, ce qui les premières semaines implique quasiment à chaque fois une mise au sein.

QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Un(e) gastro-pédiatre, un(e) psychanalyste, un(e) ostéopathe, un(e) homéopathe, n'auront pas le même point de vue, ni la même prise en charge.

Dans cette période entre 2 semaines et 3 mois, les bébés pleurent plus, mais ont aussi plus d'éveils de jour et des plages de sommeil plus longues la nuit.

La grand-mère, la belle-mère, la copine qui n'a pas d'enfant, celle qui en a quatre, n'auront pas le même avis ni les mêmes conseils.

Depuis que les couches sont performantes, qu'elles ne sont plus fixées par des épingles de nourrice, le problème ne vient plus de « là » (siège irrité douloureux, plaie de l'épingle), il est donc rarement nécessaire de changer le bébé sauf si c'est pour se changer les idées.

EN PREMIER LIEU, S'ASSURER QUE LE BÉBÉ VA BIEN, AINSI QUE SES PARENTS

Le cas échéant, traiter la pathologie, et/ou les adresser à un spécialiste.

Si la prise de poids est insuffisante, que le bébé est insuffisamment nourri et a faim, il s'agit d'augmenter les rations en optimisant un allaitement maternel, voire en le complétant.

S'il existe des difficultés psychiques maternelles ou paternelles, outre la guidance que nous pouvons mener, l'avis d'une équipe de psychiatrie périnatale peut être utile.

LES PRISES EN CHARGE ALTERNATIVES : LA PHYTOTHÉRAPIE ? LES SOLUTIONS SUCRÉES ? LA CHIROPRAQUIE ? ⁽⁷⁾

Elles montrent des résultats : une amélioration est notée pour quelques jours avant un retour à l'état antérieur ! Mais parfois, quelques jours c'est beaucoup, cela permet de se reposer et repartir de l'avant.

LA GUIDANCE, LES CONSULTATIONS RÉPÉTÉES

Nous pouvons nous intéresser aux représentations qu'ont les parents de l'attachement, et quel degré d'aliénation ils lui attribuent.

Nous pouvons les soutenir dans l'observation de leur bébé, et de sa capacité propre d'autorégulation, d'apaisement en mettant en lumière ses besoins : parler des rythmes, de la proximité, du portage, du peau à peau, de la conduite de l'allaitement.

Nous pouvons essayer d'analyser les projections propres de la famille tout en mettant de côté les nôtres.

Nous pouvons réfléchir avec les parents sur la finalité des comportements d'attachement : permettre les comportements exploratoires et construire l'autonomie en confiance.

En ce qui concerne les pleurs comportementaux, les coliques, ils sont souvent gérés au mieux par un maternage proximal, mais peut-être est-ce encore une projection, car on n'en sait encore pas grand-chose au bout du compte.

Il existe des témoignages d'ethnologues rapportant la quasi-absence de pleurs dans les sociétés où le bébé est en contact avec sa mère 2 à 3 fois plus longtemps que dans notre monde occidental.

L'expérience montre quand même que ce qui aide le mieux les bébés est le portage vertical et la déambulation, sans doute hérités de notre époque « grand singe », où le bébé s'accrochait à la fourrure de sa mère en ventre à ventre... Ou la ballade en voiture, lorsque le bébé est contenu dans son siège auto, que

la voiture tanguent et que le bruit sourd du moteur lui procure des sensations auditives et somesthésiques apaisantes. Et que le parent se concentre sur autre chose : la route.

Le portage en écharpe peut être très utile, il libère les bras du porteur, et est souvent d'un grand réconfort.

PERSPECTIVES

Il existe une complication grave des pleurs exagérés du nourrisson : le syndrome du bébé secoué. Nous l'avons vu, les pleurs du bébé sont difficilement supportables, c'est leur but. L'exaspération et sa conséquence, le secouement, peuvent arriver vite... les pleurs inconsolables sont un facteur de risque de secouer un bébé ^(1,8).

Il existe des programmes anglo-saxons de prévention du bébé secoué qui méritent d'être développés dans notre pays : anticiper cette situation avec les parents, en parler, savoir évaluer l'intensité de la difficulté à l'aide d'échelle ⁽⁹⁾, et planifier une conduite à tenir, en particulier savoir appeler à l'aide et poser le bébé ⁽¹⁰⁾. Bien souvent, une simple campagne d'affichage maternité est insuffisante et inefficace. •



Campagne de prévention francophone

Injonction : JAMAIS !

Menace : « secouer peut tuer ou handicaper à vie »



Campagne de prévention anglophone

Anticipation : « bébé pleure, ayez un plan »

Participation active : « à partager avec ceux qui se préoccupent de votre bébé »

RÉFÉRENCES

1. R.G. Barr, PNAS, 2012.
2. C. Lee, J Dev Behv Pediatr, 2007.
3. M. Wessel, *Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called « Colic »*, Pediatrics, 1954.
4. D. Wolke, *Systematic Review and meta-analysis : Fussing and crying durations and prevalence of colic in infants*, The Journal of Pediatrics, 2017.
5. G. Gremmo Feger, *Un autre regard sur les pleurs du nourrisson*, co-naître, 2007.
6. K. Spruyt and al., *Relationship between sleep/wake patterns, temperament and overall development in term infants over the first year of life*, Early Human Development, 2008.
7. R. Perry, *Nutritional supplements and other complementary medicine for infantile colic : a systematic review*, Pediatrics, 2011.
8. « Inconsolable crying is a primary trigger for shaking a baby » *Shaken Baby Syndrome : A Preventable Tragedy*, U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention.
9. Échelle de colère (CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada).
10. « Baby cry? have a plan », Abusive Head Trauma Education for Child Care Providers, Brought to you by the IdahoSTARS Child Care Health Consultant Program, Idaho, USA.



L'Université Aix Marseille
L'APHM et l'Hôpital St Joseph
En partenariat avec Medela



Conférence
**Autour de l'allaitement
maternel**

**MERCREDI 17 OCTOBRE 2018
DE 13 H 00 À 18 H 00**

LIEU : Amphi Gastaud
Palais du Pharo
Marseille

**LAIT MATERNEL, Santé et Environnement, Rythmes et Besoins, Accueil,
Écoute et Accompagnement, Retour à Domicile**

- 13 h 00** Café d'accueil
13 h 30 Introduction
Madame Michelle Pascale HASSLER
13 h 40 Lait et allaitement maternel : perspective
évolutionniste
Dr Alexandre Fabre
14 h 10 Allaitement maternel : rôle dans la prévention
des maladies chroniques de l'adulte
Dr Farid Boubred
14 h 40 Aspects socio-économiques du lait maternel
Dr Clotilde Des Robert
Dr Véronique Brevaut-Malaty
15 h 00 Présentation institutionnelle Medela
15 h 10 Questions/Réponses
15 h 30 Pause

- 16 h 00** Freins de langue
Dr Jean-Michel Bartoli
16 h 20 Démarrage de l'allaitement : le
partenariat sage-femme/pédiatre
après la sortie de la maternité
Dr Nicolas Falaise/Émilie Clady
16 h 50 Accueil et conseils en officine
Dr Michel Siffre
17 h 10 Sociologie de l'allaitement maternel
en situation de précarité
Sage-Femme Puéricultrice de PMI
17 h 30 Questions/Réponses
18 h 00 Conclusion
Madame Michelle Pascale HASSLER

STAND MEDELA

Présentation des solutions
d'aide à l'allaitement maternel

INSCRIPTION GRATUITE

Envoyez les informations
suivantes (Nom, Prénom,
Fonction, Coordonnées profes-
sionnelles (tel, adresse, mail...))

Par mail à :
eumcolloque@gmail.com