

Aspects psychologiques (normaux et pathologiques) de l'alimentation et du sommeil chez le nourrisson

Rédaction : M Maury - Relecture : A Lazartigues, D Sauvage, JP Visier - Relecture 2008 : JP Raynaud

Objectifs :

Connaître les principaux facteurs intervenant sur la relation mère/nourrisson au cours de l'alimentation et ce, dès la naissance.

Savoir diagnostiquer une anorexie d'opposition et une anorexie d'inertie.

Connaître les principaux facteurs déterminant l'organisation du sommeil chez le nourrisson

Savoir décrire les principaux facteurs en cause dans l'apparition d'une insomnie chez le nourrisson :

- dans le premier semestre

- au cours des 2^o et 3^o années

Savoir décrire les principaux facteurs caractérisant l'inquiétude de la mère d'un nourrisson souffrant de troubles du comportement alimentaire ou de troubles du sommeil.

Connaître les liens entre une dépression maternelle et la survenue de troubles du comportement alimentaire ou du sommeil chez le nourrisson.

Connaître les critères d'indication d'une consultation chez le pédopsychiatre pour les nourrissons anorexiques ou insomniaques.

Chez le nourrisson un dysfonctionnement relationnel avec l'entourage s'exprime de façon privilégiée à travers certaines fonctions corporelles.

L'investigation des troubles alimentaires et du sommeil doit toujours se faire dans une triple dimension, médicale, éducative et psychologique.

I - TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DU NOURRISSON

1. Généralités

L'alimentation est au cœur de la relation précoce mère-enfant.

Elle répond à des besoins physiologiques et affectifs.

Les tétées et plus tard les repas constituent une expérience relationnelle privilégiée, renouvelée plusieurs fois par jour.

L'alimentation permet au bébé :

- d'assurer ses besoins nutritionnels

- d'apaiser les sensations désagréables liées à la faim et à la soif ;

- de satisfaire l'activité motrice et sensorielle de la sphère oro-pharyngo-digestive

- d'éprouver une sensation de plaisir.

La mère peut dans cette situation décoder les messages du bébé, y répondre de façon stable et souple, lui procurer détente, sécurité, bien être.

Elle a aussi des attentes à l'égard de l'enfant : l'aspect du nourrisson, son tempérament, son comportement, ne correspondent pas obligatoirement aux attentes maternelles ou aux représentations qu'elle s'était construites concernant sa place de mère. D'où l'importance d'une adéquation relationnelle dans la dyade mère-bébé, qui se fait progressivement en fonction des spécificités de la mère et du bébé. Cette adéquation, toujours à renouveler, peut être source de tensions dont la résolution favorise le bon développement affectif.

Les difficultés d'adéquation peuvent se manifester très précocement par le biais du comportement alimentaire en même temps que, dans une véritable circularité, le comportement alimentaire peut modifier les processus relationnels.

Les troubles du comportement alimentaire peuvent être au premier plan ou accompagner d'autres troubles, leur intensité va de simples fluctuations de l'appétit aux anorexies sévères, avec risque vital.

Générateurs de beaucoup d'inquiétude chez les parents et les médecins (plus que les troubles du sommeil au même âge).

2. Facteurs intervenant sur la relation mère-enfant au moment de l'alimentation du bébé

2.1. Du côté de la mère

Facteurs endogènes :

- Etat de santé de la mère
- Sécurité affective (liée à l'histoire et aux caractéristiques actuelles du réseau relationnel dans lequel la place du père de l'enfant est importante)
- Disponibilité affective

Facteurs externes :

- Idées familiales et rites sociaux qui se transmettent d'une génération à l'autre.
- Habitudes pédiatriques du moment, concernant l'hygiène et la diététique.

Si beaucoup de mères peuvent adapter avec souplesse les consignes ou conseils donnés, certaines se figent dans une exécution stricte et, au premier accroc, se vivent comme incapables, ignorantes, coupables, de telle sorte qu'elles ne peuvent plus percevoir correctement les demandes de l'enfant.

La mode de régulation stricte des horaires et des menus a suscité beaucoup de conflits entre les mères et les bébés, avec opposition du bébé.

La mode de l'alimentation à la demande a suscité beaucoup de « sollicitude anxieuse » à l'égard du bébé (avec risque de suralimentation et stéréotypie des réponses aux pleurs du bébé), ou au contraire de délaissement avec insuffisance d'apport.

- Déroulement de l'allaitement initial : les premières expériences alimentaires et les modes de résolution des difficultés éventuelles sont déterminants pour le bon déroulement ultérieur.

Les jeunes mères ont besoin d'un soutien dans l'expérience des premières tétées qui peut être délicate. Une écoute attentive de leurs craintes, de leurs angoisses leur permet de se découvrir progressivement compétentes et de ne pas se laisser dérouter par des premières difficultés de rencontre liées à leur inexpérience mais aussi à la spécificité de leur bébé et à leur propre insécurité affective. Le choix du type d'allaitement doit être proposé à la mère en respectant ses désirs. Ainsi la valorisation actuelle de l'allaitement au sein, entraîne quelquefois les praticiens ou les soignants à une culpabilisation involontaire des mères qui ne désireraient pas donner le sein.

- Conditions de vie : qualité du logement, situation socioéconomique, taille de la fratrie, soutien affectif de l'entourage...

2.2. Du côté du bébé

- Etat de santé physique et l'intégrité organique
- Capacités tonico-posturales et capacités d'échange de regards.
- « Tempérament » qui influe sur le rythme du sommeil, le rythme de succion, la consolabilité.
- Capacités à adresser des messages de faim : « gros mangeur », « petit mangeur ».

2.3. Dans l'interaction mère-bébé

- Réceptivité de la mère aux messages du bébé et réciproquement.
- Capacités d'ajustement corporel, de regard mutuel.
- Accordage affectif qu'ils arrivent à mettre en place.
- Découverte éventuelle de ses compétences par la mère et gratification secondaire liée à sa « réussite » auprès de son bébé.
- Représentations, positives ou négatives, que va réveiller chez sa mère cet enfant (ceci en rapport avec sa propre histoire infantile et ses expériences antérieures).

3. Principaux troubles alimentaires chez le nourrisson

3.1. Les anorexies

On observe en pratique deux formes principales :

3.1.1. L'anorexie d'opposition (on parle parfois d'anorexie du sevrage ou du 2^{ème} semestre)

La plus fréquente.

Conduite de refus alimentaire plus qu'absence d'appétit.

Naît de la non adéquation entre un comportement qui a valeur de signal émis par le bébé et son décodage inadéquat par la mère.

Le bébé peut manifester une opposition légitime, à reconnaître comme un besoin de changement et non comme un caprice.

Il peut de la même façon manifester face à des changements dans l'environnement (sevrage, mise en nourrice, déménagement, départ d'un familial ...).

La mère ne comprend pas, redoute d'être mise en échec, est ± rapidement angoissée, doute de ses compétences maternelles et/ou de la santé et même de la survie de son bébé.

Elle a souvent contraint l'enfant à manger (« je l'ai forcé ») et ce rapport de force accentue le malentendu. Ces nourrissons éveillés, plutôt précoces dans leur développement psychomoteur conservent habituellement une consommation de liquide satisfaisante. Perte de poids ou stagnation pondérale sont des critères de gravité à prendre en considération dans tous les cas.

On distingue classiquement :

- Des formes simples : les mères retrouvent aisément une sécurité avec l'aide du médecin, le bébé peut retrouver des repères et le malentendu étant dépassé, les symptômes s'améliorent, consolidant le retour de la sécurité.

- Des formes complexes : la réassurance habituelle n'est pas suffisante pour rétablir la dynamique de la rencontre. Elles nécessitent une approche psychologique spécialisée pour permettre à la mère de retrouver un sentiment de sécurité indispensable à la gestion de la situation qui peut se complexifier si elle perdure, le bébé et la mère pouvant se trouver pris dans un véritable cercle vicieux

3.1.2. L'anorexie d'inertie

Plus rare, beaucoup plus grave.

Perte de poids constante, pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Associée à des troubles de la série dépressive, qu'il faut chercher avec soin.

Souvent des bébés passifs, indifférents, peu mobiles, n'ayant pas envie de sucer, rejetant la tétine qu'on leur propose.

Regard fixe, yeux grand ouverts, ce qui contraste avec une lenteur gestuelle et une pauvreté de la mimique qui est parfois triste.

Répondent peu aux sollicitations vocales et corporelles.

L'entourage peut avoir le sentiment que le bébé « ne veut pas vivre » ou se laisse mourir.

Cette anorexie peut se voir très tôt, dès le 1^{er} trimestre.

On a pu parler d'anoralité, ou encore de désinvestissement de la fonction oro-alimentaire.

Le contexte de survenue est celui d'une privation affective :

- bébé hospitalisé longtemps pour maladie grave et séparé de sa famille

- bébé en institution

- mère déprimée, indisponible ou incohérente sur le plan affectif, qui peut être attachée à la bonne qualité formelle des soins mais en difficulté dans sa relation affective

3.2. Les vomissements

Quand ils n'ont pas reçu d'explication organique, ils sont dits fonctionnels ou psychogènes, liés à des conditions relationnelles non adaptées.

Ils apparaissent souvent au 2^{ème} semestre mais peuvent se voir avant.

Le contexte de survenue est souvent un bouleversement du mode de vie, en particulier une séparation brutale avec la mère.

Certains vomissements accompagnent une anorexie. L'enfant finit par avaler puis vomit. Il faut savoir qu'à cet âge, ils peuvent brutalement s'aggraver et entraîner une déshydratation aiguë.

3.3. Le mérycisme

Comportement alimentaire aberrant qui apparaît généralement au cours du 2^{ème} semestre, quelquefois avant.

= Régurgitation provoquée, avec rejet partiel plus ou moins important, suivi d'un mâchonnement interminable des aliments et qui se produit le plus souvent quand l'enfant est seul.

Correspondant à un sentiment d'insécurité chez l'enfant, s'accompagne d'un repli sur soi et d'autres signes de la série dépressive.

Concerne classiquement des enfants souffrant de carence affective (enfants en institution ou enfants de mères dépressives, ou souffrant d'une difficulté d'investissement affectif).

Cependant les vomissements provoqués, comme le mérycisme, sont facilités par la béance du cardia (reflux gastro-oesophagien) qui peut entraîner un véritable cercle vicieux dans la relation mère bébé. La mère peut se sentir d'autant plus débordée et impuissante qu'elle tente de lutter contre une situation qui lui échappe et qu'elle ne trouve pas dans son entourage familial et médical une réassurance adaptée. Le bébé imprégné de son vomi est d'autant moins attirant qu'il semble tout faire pour tenir à distance cette mère dont il perçoit le désarroi, l'impuissance, la colère et éventuellement l'indifférence. A la limite tout peut se passer comme si se mettait en place une véritable situation d'abandon réciproque, aggravée par la culpabilité. A côté des formes sévères (qui ne sont quasiment plus observées), il faut signaler des formes bénignes, débutantes, qui abordées précocement de façon adéquate évoluent favorablement.

II - LES TROUBLES DU SOMMEIL DU NOURRISSON

1. Généralités

Ils sont, à certaines périodes de son développement (1^{er} semestre, 2^{ème} année), un indicateur privilégié des difficultés du nourrisson.

Fréquence croissante actuellement.

Peuvent être bénins mais ne doivent être ni banalisés ni négligés : en dehors d'une intervention thérapeutique spécialisée, les troubles du sommeil du jeune enfant ont tendance à se pérenniser et peuvent conduire à des troubles chroniques du sommeil.

Un bébé insomniaque a toujours un retentissement considérable sur la vie familiale, impliquant en particulier le père. Le climat d'énerverment et d'exaspération qui en résulte est source de conflit, voire de maltraitance et majore les troubles initiaux du bébé. Dans de nombreux cas, les parents désarmés en viennent à partager le lit de l'enfant (co-sleeping) ce qui aggrave la difficulté de prise d'autonomie.

Les médicaments ne doivent être qu'un traitement d'appoint : intéressant pour passer une crise, à limiter à un tout petit nombre de situations, jamais en première intention et toujours sur une courte durée et en association avec une approche psychologique familiale.

2. Facteurs déterminants l'organisation du sommeil

L'organisation du sommeil obéit à deux influences majeures.

► Dispositions génétiques :

Besoins en sommeil moyens d'un nouveau-né : 17 heures par 24 heures.

Fin de la 1^{ère} année : le nourrisson a encore besoin d'environ 15 heures de sommeil, dont 2 siestes dans la journée.

Pendant les premières semaines, le rythme veille-sommeil est fait d'une succession de cycles de 3-4 heures.

Les périodes d'éveil correspondent généralement aux périodes d'alimentation.

Les réveils nocturnes sont donc normaux jusqu'à la fin du deuxième mois.

A partir du 4^{ème} mois, le rythme nyctéméral de veille et de sommeil est nettement marqué par une période diurne et une période nocturne.

► Contexte environnemental :

- Les conditions de vie : le contexte culturel et éducatif.

Les conditions de vie sont déterminantes pour une bonne organisation du sommeil. Essentiellement : bruit, température ambiante, satiété du bébé, son confort corporel.

- La sécurité affective : Pour que le bébé ait un sommeil bien organisé, il est nécessaire qu'il bénéficie d'une continuité affective suffisante pour s'abandonner au sommeil.

La mère doit également pouvoir exercer une protection par rapport aux excitations externes (environnement) et internes (tensions, angoisse ...)

3. Principaux troubles du sommeil chez le nourrisson

► Devant un trouble du sommeil, toujours éliminer une cause organique.

3.1. Les insomnies précoces (= dans le 1^{er} semestre)

= Nourrissons dont les réveils sont très fréquents et les périodes de sommeil trop courtes par rapport à l'âge.

L'insomnie est souvent bruyante : l'enfant crie, pleure.

Elle est quelquefois calme, le bébé reste longuement éveillé, les yeux ouverts. Cette forme, généralement associée à d'autres troubles, peut être observée chez des bébés autistes ou souffrant de troubles graves du développement.

Evaluer :

- Des conditions environnementales ou éducatives défavorables, facilement identifiables (son berceau est dans un lieu bruyant...), des erreurs d'alimentation, de puériculture (on réveille le bébé car c'est l'heure du repas, on le laisse pleurer car ce n'est pas l'heure, on supprime prématurément le repas nocturne).

- Les interactions mère-bébé

. Bébés soumis à de multiples sollicitations : mères soucieuses des performances du bébé, qui ne respectent pas son rythme et ont tendance à l'hyperstimuler et le tenir éveillé.

. Bébés de mères anxieuses quant à la survie de leur enfant pendant le sommeil ; la maman va le voir souvent, le déplace et ainsi suscite son réveil. Tout se passe comme si le bébé voulait rassurer sa mère sur sa survie, en se tenant éveillé...

Dans tous ces cas : évaluer ce qui sous-tend cette angoisse maternelle.

- Les bébés soumis à une incohérence dans les soins : ne se sentent pas suffisamment protégés, enveloppés et vont se tenir en éveil de façon inhabituelle, manifestant ainsi une forme d'hypervigilance. Ceci peut s'observer dans certaines conditions :

. Manque de continuité dans le gardiennage de l'enfant.

. Discontinuité affective avec attitudes maternelle contradictoires ou imprévisibles.

. Dépression maternelle, voire pathologies mentales avérées.

3.2. Les insomnies des 2^{ème} et 3^{ème} années

A cet âge, l'enfant est ambivalent par rapport au coucher. Il est partagé entre son souhait d'autonomie et ses besoins de dépendance, entre le respect des règles éducatives pour « faire plaisir » à ses parents et le besoin de maîtriser l'angoisse de séparation, en particulier au moment du coucher.

Les bercements des premiers mois vont céder la place aux rituels du coucher : raconter une histoire, ranger les peluches près du lit, s'endormir en écoutant une berceuse.

On distinguera 2 situations :

- Enfants opposants : l'opposition est normale à cet âge ; la sécurité des adultes est essentielle pour permettre à l'enfant de « métaboliser » cette opposition.

Certains parents ont des difficultés à mettre des limites éducatives adéquates. Ces difficultés sont généralement sous-tendues par des sentiments complexes, notamment de la culpabilité.

- Réactivation de l'angoisse de séparation chez l'enfant peut s'observer lors d'événements traumatiques (maladie, séparation...).

L'angoisse de séparation des parents eux-mêmes peut alimenter celle de l'enfant.

III- CONDUITE A TENIR FACE AUX TROUBLES DE L'ALIMENTATION OU DU SOMMEIL CHEZ LE NOURRISSON

1. Particularités de l'abord du nourrisson

Lorsqu'un clinicien aborde un nourrisson, il doit tenir compte de certaines particularités :

- Le bébé ne peut exprimer verbalement ce qu'il éprouve. Le discours de la mère doit donc être écouté attentivement. Il est important de dissocier dans ce discours :

. Les informations sur le bébé, ses troubles, son histoire

. Tout ce qui reflète ses pensées, ses sentiments concernant sa relation au bébé et la place de ce bébé pour elle.

- l'observation du bébé et de son comportement en interaction avec différents partenaires apporte d'autres informations et lui permet de rendre compte de ses capacités ou de ses difficultés d'adaptation.
- La fréquence des manifestations somatiques à cet âge entraîne deux risques :
 - . « Voir du relationnel partout » et négliger la réalité organique
 - . Négliger l'importance de la dimension relationnelle et affective en présence d'une atteinte organique avérée.

2. L'abord de l'inquiétude des mères

Les fonctions et les conséquences de l'inquiétude :

- L'inquiétude est un signe d'adaptation de la mère à sa fonction maternelle.
L'anxiété pendant la grossesse est une part importante du processus qui consiste à se préparer à la maternité. Un état de sensibilité particulier de la mère aux besoins de son nouveau-né pendant les premières semaines, et qui est nécessaire à celui-ci a été décrit par WINNICOTT comme préoccupation maternelle primaire.

- L'inquiétude maternelle peut être le signe révélateur d'une pathologie chez l'enfant. Beaucoup de mères ont une perception subjective des troubles précoces de la communication et du développement chez leur nourrisson, "je sens qu'il n'est pas comme les autres, je sens qu'il n'est pas normal, je suis inquiète ...". Ces propos purement subjectifs sont souvent banalisés, non pris en compte, et les troubles précoces ne sont pas diagnostiqués.

- L'inquiétude maternelle peut témoigner des difficultés ressenties par la mère à s'adapter au bébé réel et à ses besoins. Elle engendre des troubles chez l'enfant dans la mesure où elle perturbe la mise en place adéquate des différentes modalités d'interactions.

Modalités d'expression de l'inquiétude maternelle :

Elles peuvent être :

- aisément reconnues: propos angoissés, appels répétés au médecin, agitation, pleurs ...
- masquées : conduites ou propos agressifs, fuite de la relation, détachement affectif de l'enfant, hyperprotection de l'enfant, activisme ...

Origines de l'inquiétude maternelle :

2 types de motifs interagissent entre eux.

Motifs objectifs externes : Ils sont liés principalement à :

- l'état de santé de l'enfant : état somatique, développement, comportement
- la situation socio-familiale et conjugale
- des événements traumatiques plus ou moins récents (mort, séparation ...)
- l'inexpérience

Motifs subjectifs intrapsychiques : on retrouve le plus souvent :

- une angoisse de mort
- un sentiment de culpabilité
- un sentiment d'incompétence

Des émotions éprouvées par la mère dans son histoire infantile ainsi que le contenu du mandat transgénérationnel sont souvent à l'œuvre dans cette inquiétude.

La dépression maternelle doit toujours être recherchée derrière l'inquiétude.

Le post-partum et la première année de vie de l'enfant sont une période sensible pour la survenue de dépression ou d'éléments dépressifs chez les mères.

Même passagère, la dépression maternelle peut influencer le développement initial du nourrisson et les premières interactions car elle entraîne une diminution de la disponibilité affective de la mère, et un défaut de contenant affectif pour l'enfant.

Il est important de souligner la fréquence de ce qu'il convient d'appeler les dépressions larvées ou masquées chez de jeunes mères qui continuent d'exercer leur activité familiale quotidienne, mais qui notamment quand elles se retrouvent seules avec leur bébé, se laissent aller à un vécu dépressif.

L'abord thérapeutique de l'inquiétude des mères

Le médecin a d'autant plus de chance d'être efficace qu'il s'appuie sur les connaissances actuelles concernant le développement du bébé, les fonctions de l'inquiétude maternelle et la façon de faire partager à la mère la sécurité que lui, médecin, éprouve quant au bébé.

L'inquiétude est souvent difficile à gérer pour des cliniciens qui ne perçoivent que sa partie négative (elle envahirait la relation, ferait "perdre du temps" et serait nuisible pour l'enfant...) et négligent sa fonction de signal (attire l'attention sur les difficultés de décodage par la mère des manifestations de son bébé).

En parlant de son inquiétude pour son bébé, une mère parle aussi d'elle-même et des effets que son bébé déclenche en elle.

Si le médecin s'appuie exclusivement sur l'état organique et le développement du bébé sans aborder de façon adéquate l'inquiétude maternelle, il sera souvent en échec pour traiter la situation.

Le médecin doit prendre en compte les composantes multifactorielles de l'inquiétude avant de répondre.

Il est ainsi important d'explorer la sécurité (ou l'insécurité) que la mère trouve auprès de son entourage.

Assurer à la mère que son bébé n'a pas d'atteinte organique est un élément essentiel.

Les conseils diététiques, éducatifs, d'hygiène, d'organisation de l'environnement, sont quelquefois suffisants pour permettre aux mères et au bébé de retrouver leur sécurité. Ce d'autant mieux que la mère se perçoit comme reconnue, accompagnée (ce qui implique de l'écouter...) et non culpabilisée.

La prescription médicamenteuse (orexigènes, antiémétiques, sédatifs ou hypnotiques) doit rester extrêmement prudente à cet âge, limitée dans le temps et jamais isolée.

La persistance des troubles de l'enfant et de l'inquiétude de la mère montre qu'il ne suffit pas d'aborder la situation à travers la réalité objective du bébé.

Se contenter de vouloir convaincre objectivement la mère qu'elle «se fait du souci pour rien» peut être gravement insécurisant dans la mesure où le médecin récuse ainsi *les motifs intrapsychiques* de l'inquiétude.

Lorsque la situation n'évolue pas, il est indispensable de demander une consultation médico-psychologique, qui permettra d'évaluer ce qui sous-tend le comportement et l'inquiétude de la mère et la façon de réintroduire de la sécurité dans le système relationnel. Cette évaluation psychologique portera aussi sur le développement de l'enfant et la globalité de son comportement.

3. L'abord transdisciplinaire

Quasi incontournable à cet âge.

Fréquence de l'intrication entre les manifestations somatiques et le fonctionnement psychique du nourrisson.

En 1^{ère} intention, pédiatres ou médecins généralistes sont amenés à constater les troubles : ce sont eux qui prennent la décision d'un avis psychologique spécialisé.

Dans les formes graves et complexes, l'hospitalisation pourra s'avérer indispensable et permettra de mettre en place l'approche transdisciplinaire du nourrisson et de sa famille.

Dans certaines situations où le désarroi familial (psychologique, social, économique) est important, il est indispensable de travailler également en concertation avec les membres d'une équipe de Protection maternelle et infantile et les travailleurs sociaux.

La prévention de la psychopathologie de l'enfant nous amène à apporter une attention particulière aux troubles à expression précoce.

Le nourrisson nous amène à une nécessaire collaboration transdisciplinaire.

Les grandes fonctions corporelles (alimentation, sommeil) représentent dans la première enfance un lieu d'expression privilégié de souffrance affective ou d'un dysfonctionnement relationnel entre le nourrisson et son entourage.

Le diagnostic d'un comportement anorexique ou d'une insomnie chez le nourrisson doit tenir compte de la qualité des interactions avec son entourage.

L'anxiété des parents et la dépression maternelle fréquentes dans cette période de construction de la famille doivent faire l'objet d'une évaluation diagnostique rigoureuse.

Les nourrissons dont les troubles du comportement alimentaire ou du sommeil persistent malgré les conseils et une attitude rassurante du pédiatre doivent être adressés au pédopsychiatre pour une évaluation diagnostique et une prise en charge spécialisée.