Un autre regard sur les pleurs du nourrisson

Gisèle GREMMO-FEGER,
Pédiatre CHU Brest

1. Introduction

Les pleurs du nourrisson sont extrêmement courants et un des premiers défis auxquels sont confrontés les parents. Dans les sociétés occidentales et selon les définitions utilisées, de 10 à 30 % des nourrissons de moins de quatre mois pleurent de manière excessive ou prolongée.[1,2] Ces pleurs sont une source de préoccupation importante pour les parents et un des principaux motifs de consultations pendant les premiers mois de vie de l'enfant. Selon les réactions parentales qu'ils provoquent, les pleurs excessifs ou perçus comme tels peuvent avoir des répercussions négatives (arrêt de l'allaitement maternel, sentiment d'incompétence, négligence voire maltraitance) et perturber la qualité des interactions parents enfant.

Les pleurs inexpliqués, excessifs ou prolongés sont généralement désignés par le terme de « coliques ». Dans les années cinquante, la « colique infantile » a été définie arbitrairement par « la règle des trois » : le bébé pleure ou s'agite plus de trois heures par jour, pendant plus de trois jours par semaine et pendant plus de trois semaines.[3] Certains proposent de prendre en compte des critères qualitatifs ou acoustiques lesquels suggèrent un caractère pathologique et douloureux.

L'utilisation du mot « colique » donne l'idée d'une entité clinique distincte et son origine étymologique renforce celle d'une origine gastro-intestinale douloureuse. Les pleurs intenses et prolongés étant généralement interprétés comme un signe d'anomalie chez le bébé, divers diagnostics sont évoqués et des traitements tous azimuts pas toujours évalués sont généralement proposés.[4] Depuis une vingtaine d'années on assiste à une augmentation exponentielle du diagnostic de reflux gastro-oesophagien[5] et de plus en plus de nourrissons sont traités par des pansements digestifs, des antiacides ou diverses mesures diététiques discutables.[4] Les parents dont la tolérance aux pleurs n'est pas toujours proportionnelle à leur quantité, cherchent désespérément des explications et des moyens de calmer leur bébé. Divers points de vue et conseils contradictoires émanant tant de l'entourage, livres, magazines et sites Internet « spécialisés » que des professionnels de santé, ajoutent à la confusion et compliquent souvent le problème.

S'il reste des lacunes dans les connaissances sur les pleurs des nourrissons, les recherches provenant de nombreuses disciplines (développement, psychologie, neurobiologie et anthropologie biologique et culturelle entre autres) ont modifié l'approche habituelle qui tend à attribuer les pleurs à des perturbations organiques principalement d'origine digestive.[6-10] L'objectif de cette communication est de faire le point sur la compréhension actuelle des pleurs des premiers mois de la vie et de modifier notre regard et nos attitudes sur ce comportement des nourrissons afin que 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.

2. Principales données sur les caractéristiques, causes et traitements des pleurs de la prime enfance

▪ **Les pleurs des premiers mois survenant chez des enfants normaux présentent certaines caractéristiques** : [6-10] la quantité moyenne d'agitation et de pleurs a tendance à augmenter à partir de la deuxième semaine de vie, elle **culmine au cours du deuxième mois**, généralement entre six et huit semaines puis elle diminue et se stabilise vers l'âge de quatre cinq mois. Cette caractéristique liée à l'âge est généralement désignée comme la « courbe normale des pleurs ».[9] Les pleurs **prédominent en fin d'après-midi et dans la soirée** et cette prépondérance est encore plus marquée au moment du pic au cours du deuxième mois. Les crises de pleurs sont souvent **inopinées** et **imprévisibles**, les pleurs débutant et s'arrêtant sans raison apparente et sans aucun rapport avec quoi que ce soit (alimentation, couches sales, tentatives d'apaisement) dans l'environnement.[8,10] Ces accès de pleurs sont difficiles à apaiser et parfois **inconsolables**. Le nourrisson **semble souffrir**, son faciès et son attitude expriment la douleur même s'il ne souffre pas [6-10]. Les pleurs excessifs touchent les bébés au biberon aussi bien que ceux au sein et peuvent se produire même quand les soins parentaux semblent adéquats. Enfin les crises de pleurs durent plus longtemps pendant cette période qu'à n'importe quel autre âge.

▪ **La grande majorité des nourrissons qui pleurent ou ont des « coliques » n'ont aucune pathologie.**[6,7,11,12] Même si les pleurs peuvent être l'expression de nombreuses maladies, les causes organiques n'expliquent qu'une très faible minorité des pleurs (moins de 5 %). C'est là le premier paradoxe des pleurs, à savoir l'existence d'un signe ou d'un symptôme de maladie chez un enfant par ailleurs en bonne santé. Ronald Barr, éminent chercheur spécialiste des pleurs, suggère que **nous considérions ce comportement non comme le symptôme de quelque chose que les bébés « ont » mais comme quelque chose que les bébés « font ».**[13] Les pleurs des premiers mois de vie sont dans la très grande majorité des cas plutôt révélateurs d'une trajectoire développementale normale que d'un problème chez le nourrisson ou chez les personnes qui s'en occupent. Ils traduisent sans doute l'organisation des états comportementaux du nourrisson, et ses besoins (fatigue, inconfort, ennui, faim etc.). Contrairement à certaines opinions, **aucune caractéristique des pleurs ne donne des informations fiables sur ce qui les a déclenché** que ce soit, l'inconfort, la douleur, la faim ou la séparation ; les pleurs sont un **signal gradué** qui transmet une information sur le degré de la détresse du nourrisson mais **rien de distinctif** qui permette d'en identifier la cause.[14,15]

▪ **Le caractère développemental et normal de ces pleurs précoces est attesté par différentes preuves** : la « courbe des pleurs » est présente et stable depuis plusieurs décennies dans presque toutes les sociétés occidentales où elle a été étudiée.[6,9] Dans une cohorte de prématurés bien portants, nés en moyenne huit semaines avant terme, le pic des pleurs se situe également à six semaines d'âge corrigé, il s'agit donc bien d'un phénomène lié à la maturation.[16] Elle est également retrouvée chez les nourrissons élevés dans des conditions de parentage pourtant complètement différentes :[17] chez les bébés des chasseurs cueilleurs !Kung San du Kalahari, les cris et l'agitation sont aussi plus marqués au cours des trois premiers mois. Il s'agit donc bien d'un comportement universel. Enfin ce modèle de cris de détresse se retrouve dans toutes les espèces de mammifères où ils ont été étudiés suggérant qu'il ne s'agit pas d'un phénomène exclusif au petit humain.[8,15]

▪ **Il existe de grandes différences interindividuelles dans la quantité des pleurs**.[6-9] Au moment du pic des pleurs environ 25 % des nourrissons pleurent au moins trois heures et demi par jour et 25 % moins de 90 minutes. La quantité de pleurs doit être vue comme un continuum s'étendant de peu à beaucoup de pleurs sans qu'il y ait de limite entre « le normal »

et « l'anormal ».[8,10] Les « coliques » présentent en effet exactement les mêmes caractéristiques (y compris acoustiques) que les pleurs considérés comme normaux.[14] Les nourrissons dont les pleurs sont excessifs ne pleurent pas plus souvent que les autres mais chaque épisode de pleurs dure beaucoup plus longtemps. Les « coliques » ne sont donc pas une entité clinique distincte mais représentent plutôt la limite supérieure du spectre des pleurs. Le mot « colique » n'est en fait qu'une façon de décrire les pleurs et même si cela est illusoire, il serait sans doute préférable de renoncer à l'utiliser. Compte tenu de la diversité des définitions des « coliques », **la différence la plus significative entre les bébés qui en ont et les autres réside probablement dans la manière dont les personnes qui s'occupent d'eux interprètent les pleurs et y réagissent**.[7,10,14] Quant à notre compréhension des pleurs excessifs, elle relève plus d'une **réflexion sur les raisons qui font que ces enfants pleurent plus longtemps que sur celles qui les feraient pleurer**.[10] Ces pleurs devraient être vus comme la manifestation de différences tempéramentales chez des enfants par ailleurs normaux mais qui auraient une réactivité et des capacités de régulation de leur propre comportement sans doute plus limitées.[7,8,10,14]

▪ **La grande majorité des nourrissons qui pleurent ou ont des « coliques » se développent normalement.** C'est un phénomène passager qui s'atténue de manière significative après le troisième ou le quatrième mois, coïncidant avec d'importants changements dans le développement psychomoteur, et qui n'a pas de conséquences à long terme. Les pleurs prolongés et inconsolables ne se produisent quasiment que pendant les tout premiers mois.[6,8,10] Seul un petit nombre d'enfants dépasse ce schéma habituel des pleurs et continue à pleurer et à s'agiter fréquemment après cette période. D'autres difficultés et des facteurs de risque additionnels d'ordre psychosocial sont souvent associés et ces enfants sont plus à risque de problèmes scolaires, d'attention et de comportement. [18]

▪ **Tout le monde connaît « quelque chose qui a marché » dans les coliques d'un nourrisson en particulier mais aucun traitement n'a vraiment fait la preuve de son efficacité.**[19,20] Dans la mesure où la majorité des enfants ne souffrent d'aucun trouble organique et en particulier d'aucune anomalie gastro-intestinale (reflux pathologique, flatulences, intolérance au lactose ou allergie alimentaire), et étant donné le caractère irrégulier et transitoire des pleurs, il est logique que aucun médicament n'ait un effet démontré dans les essais randomisés. Concernant les médicaments du reflux gastro-oesophagien, l'efficacité des pansements digestifs sur les pleurs n'a été évaluée dans aucune étude rigoureuse et les antiacides ne font pas mieux que le placebo dans deux essais randomisés contrôlés récents.[21,22] Leur utilisation chez des nourrissons simplement « colitiques » devrait être envisagée avec plus de mesure. Des interventions simples comme le portage,[23] l'emmaillotement, les massages[24] ou l'ostéopathie[25] n'ont pas d'effet significatif ou pas d'effet plus qu'à court terme par rapport à des groupes témoins. L'efficacité éventuellement mesurée ou plus souvent ressentie de ces différentes stratégies habituellement appliquées au moment du pic des pleurs, n'est probablement que le reflet de l'évolution naturelle des pleurs vers une amélioration.[24]

3. Pleurs intenses et prolongés : mauvais ajustement entre biologie et culture ?

L'étude des pleurs du nourrisson dans une perspective phylogénétique et les études transculturelles nous poussent à nous interroger sur ce que nous considérons comme « la norme » en terme de comportement des nourrissons et sur l'influence de nos pratiques de soins sur ce comportement.[15,26]

▪ **Dans toutes les espèces de mammifères, la recherche de proximité avec l'adulte est fondamentale pour les petits et ils présentent des signes de détresse évidents lorsqu'ils s'en trouvent séparés**.[27] Ces pleurs sont extrêmement

semblables à ceux des bébés humains et cette similitude laisse supposer qu'ils ont une histoire évolutive commune.[15] De tous les mammifères, le bébé humain est le plus neurologiquement immature à la naissance. Le volume de son cerveau ne représente que 25 % de sa taille adulte comparativement à 45 % pour celui du chimpanzé et bien davantage pour celui d'autres mammifères. Cette immaturité est la conséquence du rétrécissement de la filière pelvienne afin que celle-ci puisse s'adapter à la bipédie.[28] Au cours des millénaires qui suivirent l'apparition de ce mode de locomotion, la taille du cerveau humain a quadruplé et il est devenu le cerveau le plus volumineux de tous les primates. Les petits humains doivent donc naître « prématurément », avant d'avoir une trop grosse tête ; leur grande immaturité a pour corollaire un développement particulièrement lent et une extrême dépendance.[26,28] Mais cette dépendance est phylogénétiquement inscrite dans l'espèce, le maintien de proximité avec l'adulte jouant un rôle protecteur pour la survie de l'enfant et donc aussi pour celle de l'espèce.[15] Si les pleurs peuvent être un **signe** de maladie, ils fonctionnent avant tout comme un **signal** dont le rôle principal est d'attirer l'attention de l'adulte qui s'occupe du bébé afin de répondre à ses besoins physiologiques et aussi à celui de créer des liens d'attachement.[8,15,26] Le petit nourrisson ne peut satisfaire seul ses besoins mais il possède un puissant moyen de communication qui lui permet d'attirer l'attention de personnes qui sont programmées pour y répondre. L'universalité des réponses maternelles aux pleurs (prendre dans les bras, nourrir) suggère bien que leur fonction est de produire un comportement de soins par le parent.[15]

▪ **Comme pour tous les comportements influencés par l'évolution, les conséquences positives ou négatives d'un comportement comme les pleurs dépendent largement du contexte dans lequel celui-ci se manifeste.**[8,26] L'étude de DeVries chez les Masaï du Kenya illustre de manière saisissante le rôle adaptatif des pleurs dans la survie de l'enfant.[29] En 1974, pendant une année de grande sécheresse, il a étudié les comportements d'un groupe de bébés Masaï ; en se basant sur les critères occidentaux classiques, il a classé les nourrissons en deux catégories « faciles » et « difficiles ». Dans les mois qui suivirent, la sécheresse s'est encore aggravée et les conditions de vie des familles se sont considérablement dégradées. Au moment du suivi, sept des nourrissons observés étaient morts ; ceux qui avaient survécu à la période de famine étaient majoritairement ceux qui pleuraient le plus. Les pleurs, dans ces conditions extrêmement précaires, sont bénéfiques, et un tempérament « difficile » est sûrement un avantage. Par contre, dans les cultures occidentales, les pleurs peuvent avoir des conséquences négatives. Et c'est là le deuxième paradoxe des pleurs : au lieu d'assurer la survie des bébés, les pleurs peuvent les mettre en danger.[7,13] Alors qu'ils sont faits pour provoquer chez l'adulte un comportement de soins et d'attachement les pleurs finissent parfois par provoquer une réaction d'évitement voire une maltraitance.[7,8,26] Rappelons avec Winnicot que « un bébé seul çà n'existe pas ; il y a un bébé et quelqu'un d'autre ». Les pleurs servent à créer une proximité étroite entre le parent et l'enfant dans une situation très chargée émotionnellement. Dans la plupart des cas, l'alternance de séquence pleurs-apaisement peut permettre au nourrisson d'associer le parent à une transition gratifiante de même qu'elle permet au parent qui s'occupe du bébé qui pleure d'être récompensé par sa tranquillité. Les pleurs produisent un contexte d'interactions privilégiées et constituent une conduite d'attachement adaptée aux capacités développementales du petit nourrisson.

▪ **Contrairement aux petits non humains chez lesquels les cris de détresse s'apaisent dès que le facteur déclenchant est corrigé, les bébés continuent parfois de pleurer même quand ils sont nourris et portés.**[15,28] Cette indépendance apparente des pleurs avec la cause qui semble les avoir précipités, ainsi que leur propension à s'autoentretenir, suggèrent pour certains que les pleurs inconsolables reflètent le besoin qu'aurait le bébé de se libérer d'un excès de tensions. Cette

fonction de décharge émotionnelle des pleurs n'est évidemment pas facile à vérifier. Cependant, la rareté de ce comportement chez les enfants bénéficiant d'un maternage de type proximal incite à se demander si cette conception n'est pas plutôt le fruit d'une intuition ou d'une projection de l'adulte sur un rôle potentiellement cathartique des pleurs.[15] On peut dans le même esprit, s'interroger sur les raisons d'une aussi forte polarisation digestive des motifs présumés de pleurs (faim, rejets, gaz, couches etc.) ; celle-ci reflète sans doute la perpétuation d'une vision du bébé « tube digestif », et est probablement encore renforcée par la projection de nos repères d'adultes.

▪ **Les croyances populaires continuent de se représenter les pleurs de la prime enfance comme « manipulateurs »** ce qui justifie qu'on les l'ignore tant qu'ils n'atteignent pas un certain seuil ou une certaine durée.[15,28] Pourtant, les pleurs sont un signal dont la production est très coûteuse sur le plan métabolique (augmentation de la fréquence cardiaque et du taux de cortisol) et ce d'autant plus qu'ils sont intenses et prolongés.[30] Les enfants les plus faibles et les plus vulnérables n'ont pas la capacité de pousser des cris puissants ou continus car c'est encore plus coûteux pour eux.[15,30] Il est donc probable que **les pleurs des premiers mois sont un signal « honnête »**, et ils devraient être perçus comme tels et pas comme la manifestation d'un enfant capricieux qui « persécute » son entourage. Il s'agit d'un comportement sélectionné par l'évolution, inconscient et non intentionnel ; de ce point de vue, les pleurs permettent aussi, en tant qu'indicateur de robustesse et de vitalité (comme l'est encore le cri de naissance), de démontrer aux parents l'utilité de leur investissement et de produire les soins et interactions nécessaires.[15]

▪ **Depuis longtemps des ethnologues ont rapporté que les nourrissons élevés dans les cultures traditionnelles pleurent beaucoup moins que leurs homologues occidentaux**.[15,31] Chaque culture a ses conceptions normatives et sa vision particulière de ce que peuvent être l'enfance et les soins à lui procurer, de même qu'elle apporte des réponses et des solutions spécifiques à des problèmes humains universels. Les études transculturelles montrent que les modalités occidentales des pratiques de soins aux nourrissons, quoique largement acceptées comme la norme, ne sont pas nécessairement les plus adaptées aux besoins des bébés.[26,31,32] Pendant la majeure partie du siècle dernier, la prise en compte des besoins des bébés n'a pas du tout été recommandée par les spécialistes de la puériculture occidentale. Il est conseillé d'apprendre au bébé à dormir seul, dans son lit, dans sa chambre, à se consoler seul et de ne pas intervenir trop vite ou d'ignorer les pleurs.[32] Il est également préconisé de ne pas le nourrir trop souvent ce qui réduit encore son temps de contact avec la mère ou l'adulte maternant. Même quand les enfants sont allaités, les mères sont incitées à espacer les tétées et à donner le sein selon un schéma horaire similaire à celui des enfants nourris au biberon.[15,28] Les cultures occidentales valorisent avant tout l'indépendance et l'autonomie précoce et solitaire de l'enfant d'où ce maternage de type « distal » qui caractérise ces cultures également désignées par l'expression de « cultures de séparation ». Le fait de nourrir l'enfant à heures fixes et d'avoir assez peu de contact avec lui en dehors des repas pourrait affecter sa physiologie et le prédisposer à pleurer davantage.[7,8,15,28]

▪ **Plusieurs études mettent en évidence que la durée des pleurs est bien moindre quand les pratiques de soins favorisent la proximité mère bébé**. Chez les chasseurs cueilleurs !Kung San du Kalahari, les pratiques de maternage radicalement différents affectent nettement la durée des pleurs.[17] Les bébés sont portés verticalement pendant plus de 80% du temps, allaités « en continu » (moyenne quatre fois par heure, durée une à deux minutes) et la réponse au moindre couinement ou agitation est quasi instantanée ; les observations ont montré que chez ces bébés, les pleurs sont extrêmement brefs (moins de trente secondes) pour plus de 90 % des événements.[17] Comme l'enfant est en contact physique ou à proximité immédiate de sa mère la plus grande partie du temps, celle-ci détecte très précocement tout petit

signe subtil d'inconfort et elle y répond promptement avant que des pleurs soutenus n'aient le temps de se manifester.[15] Est-il nécessaire de rappeler que ce mode de vie et le type de maternage qui en découle a prévalu pendant plus de 99 % de l'histoire de l'humanité ? La solitude des nourrissons qui caractérise les cultures occidentales est une donnée récente dans l'évolution de l'espèce humaine, probablement peu adaptée à l'immaturité globale et aux attentes biologiquement déterminées des bébés.[15,26]

▪ Dans une étude réalisée en Corée du Sud, Lee ne retrouve aucun enfant qui puisse être étiqueté comme ayant des coliques.[33] A l'âge de un mois, le temps passé seul pour ces bébés coréens est de 8,3 %, ce qui contraste fortement avec le chiffre de 67,5 % mesuré chez des enfants nord-américains. L'attitude des mères vis à vis des pleurs est également très différente puisque les mères coréennes répondent à la plupart des épisodes de pleurs comparativement à un échantillon de mères américaines qui pendant les trois premiers mois ne répondent délibérément qu'à 46 % de ces épisodes.[33,26] Dans un essai randomisé, Hunziker et Barr ont proposé à des mères occidentales de tenir et de porter leur bébé deux à trois heures par jour en plus des périodes de contact liées à l'allaitement ou à l'apaisement.[34] Comparativement au groupe contrôle, la fréquence des épisodes de pleurs était identique mais la durée de chaque épisode de pleurs réduite de 43 % chez les enfants bénéficiant de deux heures de portage supplémentaire. Par contre cette stratégie est inefficace quand elle est proposée alors que l'enfant pleure déjà beaucoup.[23]

▪ Dans une étude récente, St James-Roberts a comparé la durée de pleurs et de sommeil pendant les trois premiers mois de vie, entre trois groupes de nourrissons dont les parents, en majorité d'origine européenne et vivant à Londres ou à Copenhague, ont choisi d'allaiter tout en adoptant des pratiques de parentage différentes.[35] Des études préalables ayant montré des différences notables dans les pratiques de soins entre les communautés anglaise et danoise, les auteurs ont recruté : un groupe « proximal » constitué de mères danoises ou anglaises ayant choisi de pratiquer un maternage de type « proximal » (bébé porté ou au contact pendant plus de seize heures par jour, sommeil partagé, réponse rapide aux pleurs) ; un groupe anglais pratiquant un maternage occidental conventionnel (deux fois moins de contact et d'interactions que dans le groupe proximal) et un groupe danois (intermédiaire avec les deux autres pour le temps de contact physique et d'interactions avec l'enfant, sommeil partagé une partie de la nuit). Au dixième jour et à cinq semaines de vie les enfants du groupe anglais passent environ 50 % de temps en plus à pleurer que ceux des deux autres groupes. À douze semaines, confirmant les autres études, les enfants des trois groupes pleurent beaucoup moins, mais ceux du groupe anglais pleurent encore significativement plus que ceux des deux autres groupes. À l'âge de cinq semaines, des épisodes de pleurs inconsolables sont décrits et similaires dans les trois groupes ce qui montre que les pleurs extrêmes ne sont pas toujours forcément « la faute » des parents. À douze semaines, les enfants du groupe proximal se réveillent et pleurent la nuit plus souvent que ceux des deux autres groupes alors que les enfants du groupe danois qui ne pleurent globalement pas plus que ceux du groupe proximal, se réveillent et pleurent moins souvent la nuit.[35]

Même si la prise en compte des besoins des nourrissons a beaucoup évolué depuis quelques années, le besoin de mettre le nourrisson à distance et de contrôler ses pleurs et son sommeil reste encore très prégnant dans nos sociétés. Les études montrent que les pratiques de maternage qui préconisent de mettre l'enfant à distance et de ne pas réagir trop vite à ses pleurs peuvent les favoriser. Les professionnels de santé peuvent utiliser ces informations factuelles pour aider les parents à choisir le type de maternage qui leur convient le mieux.

4. Que peut-on faire ?

La rareté des causes organiques n'en rend pas pour autant leur détection inutile et c'est

une difficulté importante pour les cliniciens.[4,7] Cependant il est essentiel de ne pas se focaliser uniquement sur le repérage des rares nourrissons malades, il faut également chercher à identifier les parents vulnérables (notamment les mères dépressives) ou qui seraient à risque de nuire à leur bébé parce que leur seuil de tolérance aux pleurs est faible.[7-11]

Etant donné l'absence de preuves de l'impact des interventions diverses sur la quantité ou la qualité des pleurs, les actions devraient être plutôt orientées vers les perceptions parentales des pleurs et donc vers l'information, l'éducation et le soutien.[13,19-24]

- Entendre l'inquiétude et reconnaître les difficultés auxquelles sont confrontés les parents est une étape indispensable dans cette démarche.
- L'utilisation d'un journal des pleurs, des éveils et du sommeil pendant quelques jours, peut permettre d'objectiver un comportement qui est peut être tout simplement dans la moyenne.[1]
- Décrire les caractéristiques des pleurs, indiquer qu'ils sont le témoin de la vigueur du bébé et de sa capacité à exprimer ses besoins (proximité, alimentation, réconfort) et à provoquer davantage d'interactions, peut aider les parents à ne pas voir que les aspects négatifs des pleurs et à adopter des réactions appropriées.
- Sensibiliser les parents les plus préoccupés ou les plus vulnérables aux réactions comportementales et aux capacités de leur bébé à l'aide d'une échelle de comportement comme celle de Brazelton, peut favoriser un meilleur ajustement parents enfant et des interactions de meilleure qualité .[36]
- Encourager les parents à avoir plus de contact avec leur bébé, en le portant, en lui parlant, en le berçant, en le promenant etc. et les rassurer que lui répondre sans délai ne donnera pas à leur bébé de « mauvaises habitudes ».
- Faire savoir que ces stratégies peuvent contribuer à diminuer les pleurs, mais qu'elles ne permettront pas toujours de les arrêter complètement.
- Inciter les parents à avoir des attentes réalistes par rapport aux capacités de leur bébé et à demander de l'aide dans leur famille ou chez leurs amis avant d'être complètement débordés ou épuisés.
- Expliquer enfin le caractère le plus souvent passager et de bon pronostic de ces pleurs peut être une source de soulagement au beau milieu de la détresse.[17]

5. Conclusion

Les pleurs de la prime enfance sont le reflet d'une trajectoire développementale normale. Les pleurs attribués à ce que l'on appelle des « coliques » ne correspondent à aucune entité clinique distincte et ne représentent qu'une manière de décrire des pleurs inexpliqués, excessifs ou perçus comme tels. Etant donné la rareté des causes organiques, les pleurs doivent être vus avant tout non pas comme un signe de maladie mais comme un signal, une sorte de sirène biologique, dont la principale fonction est d'attirer l'attention et de favoriser les soins et les interactions. Notre compréhension des pleurs est compromise si nous considérons comme normatif ou biologiquement normal le seul comportement des nourrissons élevés dans le contexte culturel occidental, où les pratiques de puériculture, culturellement déterminées mais non validées scientifiquement ne sont pas toujours les plus adaptées aux besoins des nourrissons.[28,31] Les représentations et les pratiques de maternage qui préconisent de mettre l'enfant à distance et de ne pas réagir trop vite à ses pleurs peuvent favoriser et augmenter considérablement l'intensité et la durée des pleurs. Il est possible que les bébés reçoivent moins de soins et d'interactions qu'ils n'en ont besoin et/ou que ces derniers soient moins aptes à réguler leurs comportements.[7,14] L'isolement des parents, l'absence de soutien familial élargi ou communautaire, la courte durée des congés maternité sont des facteurs additionnels qui contribuent à rendre ces pleurs plus frustrants et favorisent les réactions parentales négatives. Etant donné que les pleurs constituent un important problème de santé publique (coût des consultations, des traitements et

conséquences des troubles des interactions et de la maltraitance), il est indispensable de faire connaître très largement les caractéristiques de ce comportement afin d'en réduire les conséquences négatives mais aussi pour modifier les représentations et les attitudes ethnocentrées et que se dissipe le malentendu entre ce que nous voudrions que les bébés soient et ce qu'ils sont en réalité.

Références

1. Reijneveld SA, Emily Brugman E, Hirasing RA. Excessive Infant Crying: The Impact of Varying Definitions. Pediatrics 2001; 108; 893-897.
2. Lucassen PL, Assendelft WJ, van Eijk JT, Gubbels JW, Douwes AC, van Geldrop WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. Arch Dis Child 2001; 84:398-403.
3. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS Jr, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. Pediatrics 1954; 14:421-35.
4. Armstrong K, Previtera N, McCallum R. Medicalizing normality? Management of irritability in babies. J Paediatr Child Health. 2000; 36:301-5.
5. Callahan CW. Increased gastroesophageal reflux in infants: can history provide an explanation? Acta Paediatr. 1998; 87:1219-23.
6. Barr RG, Rotman A, Yaremko J, Leduc D, Francoeur TE. The crying of infants with colic: a controlled empirical description. Pediatrics 1992; 90:14-21.
7. Barr RG. Colic and crying syndromes in infants. Pediatrics 1998; 102:1282-6.
8. Barr RG. Changing our understanding of infant colic. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156:1172-4.
9. Barr RG. The normal crying curve: What do we really know? Developmental Medicine and Child Neurology 1990; 32:356-362.
10. Barr RG, Paterson JA, MacMartin LM, Lehtonen L, Young SN. Prolonged and unsoothable crying bouts in infants with and without colic. J Dev Behav Pediatr. 2005; 26:14-23.
11. Miller AR, Barr RG. Infantile colic: Is it a gut issue? Pediatric Clinics of North America 1991; 38:1407-1423.
12. Treem WR. Infant colic: A pediatric gastroenterologist's perspective. Pediatric Clinics of North America 1994; 41:1121-1138.
13. Barr RG. Normality: a clinically useless concept. The case of infant crying and colic. J Dev Behav Pediatr. 1993; 14:264-70.
14. St James-Roberts I. What is distinct about infants' "colic" cries? Arch Dis Child 1999; 80:56–62.
15. Zeifman DM. An ethological analysis of human infant crying: answering Tinbergen's four questions. Dev Psychobiol 2001; 39:265–85.
16. Barr RG, Chen S, Hopkins B, Westra T. Crying patterns in preterm infants. Dev Med Child Neurol. 1996; 38:345-55.
17. Barr RG, Konner M, Bakeman R, Adamson L. Crying in !Kung san infants: A test of the cultural specificity hypothesis. Dev Med Child Neurol. 1991; 33:601-610.
18. Barr RG. Crying in the first year of life: good news in the midst of distress. Child Care Health Dev. 1998; 24:425-39.
19. Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, van Eijk JT, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. BMJ 1998; 316:1563-9.
20. Garrison M, Christakis A. A Systematic Review of Treatments for Infant Colic. Pediatrics 2000; 106:184-190
21. Moore DJ, Tao BS, Lines DR, Hirte C, Heddle ML, Davidson GP. Double blind placebo controlled trial of omeprazole in irritable infants with gastroesophageal reflux. J Pediatr 2003; 143:219–23.
22. Jordan B, Heine RG, Meehan M, Catto-Smith AG, Lubitz L. Effect of antireflux medication, placebo and infant mental health intervention on persistent crying: a randomized clinical trial. J Paediatr Child Health. 2006; 42:49-58.
23. Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, Leduc DG, Yaremko J, Barfield R, Francoeur TE, Hunziker UA. Carrying as colic "therapy": a randomized controlled trial. Pediatrics 1991; 87:623-30.

24. Huhtala V, Lehtonen L, Heinonen R, Korvenranta H. Infant massage compared with crib vibrator in the treatment of colicky infants. Pediatrics. 2000; 105:E84.
25. Hughes S, Bolton J. Is chiropractic an effective treatment in infantile colic? Arch. Dis. Child. 2002; 86; 382-384.
26. Small MF. Our babies, ourselves. How biology and culture shape the way we parent. Ed Anchors books, New-York, 1998.
27. Alberts JR. Learning as adaptation of the infant. Acta Paediatr Suppl 1994; 397:77-85.
28. Douglas PS. Excessive crying and gastro-oesophageal reflux disease in infants: misalignment of biology and culture. Med Hypotheses 2005; 64:887-98.
29. Devries MW. Temperament and infant mortality among the Masai of East Africa. Am J Psychiatry. 1984; 141:1189-94.
30. Barr RG. Reflections on measuring pain in infants: dissociation in responsive systems and “honest signalling”. Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. 1998;79;152-156
31. Storck, H. « Enfances indiennes - Eude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant ». Editions Bayard Le Centurion, Paris, 1986.
32. Delaisi de Parseval G., Lallemand S. L'art d'accommoder les bébés. Edition Odile Jacob, Paris, 1998.
33. Lee K. The crying pattern of Korean infants and related factors. Dev Med Child Neurol. 1994; 36:601-7.
34. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. Pediatrics 1986; 77:641-8.
35. St James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, Sorgenfrei E. Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a "proximal" form of care. Pediatrics 2006; 117:e1146-55.
36. Brazelton TB, Nugent JK. Echelle de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal. 3è édition. Editions Médecine & Hygiène, Paris 2001.