

Le bébé dans tous ses états : sommeil, éveil, pleurs

O. Tagawa

Lors de l'accompagnement par les sages-femmes des premiers mois de vie de l'enfant, il faut proposer aux parents une observation attentive de cet étrange nouveau-né dont les états de vigilance n'ont que peu à voir avec ceux de l'adulte ni même du nourrisson qui a déjà au compteur plusieurs mois de vie extra-utérine. Découvrir le bébé, en faire connaissance, suppose de savoir observer ses différents états de vigilance qui sont bien plus riches que la formule consacrée « un bébé ça dort et ça mange » ou la version moderne « il ne dort jamais, il faut toujours qu'il soit dans mes bras ». L'évolution du bébé mais aussi celle des soins parentaux se divisent en trois périodes : les quarante premiers jours, de 40 jours à 3 mois, après 3 mois.

Bien entendu notre suivi doit être pensé dans un partenariat avec nos collègues pédiatres, psychologues et pédopsychiatres. Comme le dit N. Boige, « le pédiatre est en première ligne et doit évaluer la dimension somatique, lésionnelle et donc à risque, ou fonctionnelle, et la dimension relationnelle, interactive qui est à aborder avec tact et mesure avec les parents ». Dans son chapitre sur le développement psychosomatique du fœtus/bébé (cf. chapitre 4), elle offre une compréhension en profondeur de ces phénomènes. Je me permets ici d'apporter une contribution en direction des professionnels de proximité.

Les premiers jours, il est tout d'abord important de découvrir à quel type de bébé on a affaire. Ce peut être un bébé très calme qu'il faut aller « chercher » en favorisant le *peau à peau* et les tétées dès les signes d'éveil. Ce peut être un bébé très actif, très demandeur, qu'il faut apaiser et pour

qui il faut diminuer au mieux les sources de stimulation. Pour ce nouveau-né presque tout de sa nouvelle vie est cause d'une excitation qu'ils aura du mal à réguler : l'espace, la position, les sons, la lumière, être contre le sein, l'odeur du lait, la fatigue de sa mère... Il bénéficiera de temps de pause dans les bras de leur père.

À partir de 40 jours, nous devons observer l'installation progressive de rythme circadien, d'une diminution des réveils nocturnes (exemple de rythme possible vers 2-3 mois : endormissement vers 20 h, une tétée vers 2 h puis une autre vers 5 h). Certains bébés s'endormiront plus tard mais se réveilleront aussi plus tard. La journée est rythmée par des temps de sommeil, des temps de soins (soins corporels, portage, allaitement, interactions) et des temps d'intersoins : le bébé est dans un temps d'éveil calme autonome. Bien souvent, aujourd'hui, nous avons à aider les parents dans l'instauration de ces rythmes qui leur permettent de souffler, de retrouver du temps pour eux, de donner sa place à l'enfant mais pas toute la place. Nous avons ainsi à travailler avec eux toute la complexité des questions liées à la séparation.

Le sommeil

Dans leur étude sur les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant, Breil, Rosenblum et Le Nestour (2010) présentent une analyse psychodynamique après avoir établi une revue de la littérature sur le sujet. Les auteurs pointent le fait que depuis plusieurs années, les professionnels de la petite enfance constatent une recrudescence

des troubles du sommeil chez des enfants de plus en plus jeunes au point qu'ils sont devenus un problème de santé publique dans les sociétés occidentales.

Ces troubles peuvent avoir une grave conséquence sur le développement de l'enfant, mais aussi sur l'équilibre familial avec la fatigue, les tensions, le sentiment d'incompétence des parents et de manque de confiance dans les possibilités d'autonomie de l'enfant. Les difficultés précoces de sommeil font bien souvent le lit des troubles du sommeil de l'enfance puis de l'adulte. Elles sont bien trop souvent banalisées («Ça va s'arranger...», «Eh oui! Un bébé ça pleure...») laissant les parents démunis et désemparés. Dans les situations limites, elles conduisent à la dépression parentale ou à des faits de maltraitance (le bébé qui hurle la nuit secoué par un parent excédé).

La plupart des études ne parlent de perturbation du sommeil qu'après 2–3 mois, voire 6 mois. Néanmoins, il ne faut pas banaliser ces situations des premiers mois où la plainte parentale s'exprime de la façon suivante «Il ne dort jamais», «Nous sommes épuisés, il ne dort qu'à 2 h du matin», «On m'avait dit qu'un bébé ça mange et ça dort, et nous, le nôtre il pleure tout le temps»...

Comment trouver un juste équilibre entre rassurer les parents («C'est ainsi, ça va passer») et leur asséner des normes qui ne correspondent en rien à ce qu'ils vivent («Votre bébé doit s'endormir tout seul»). Les avis sont souvent très elliptiques et laissent les parents démunis : ainsi sur Ameli.fr, le site Internet de l'assurance maladie, à la rubrique sommeil, il est banalement dit qu'«il faut un certain temps pour que le sommeil du nourrisson adopte une cadence régulière». Or, dans l'accompagnement des jeunes parents, nous voyons bien qu'une *éducation au sommeil* est essentielle à mettre en place, ces rythmes ne s'établissent pas spontanément ou, pour le dire autrement, faute d'une attitude parentale adaptée, les difficultés de sommeil vont perdurer et souvent s'aggraver.

Les professionnels ont d'abord besoin d'une connaissance de la physiologie du sommeil du nourrisson. Ensuite la compréhension des troubles demande que l'on s'intéresse aux aspects de la vie psychologique et à l'organisation des rythmes mère-enfant. Ainsi, on ne peut isoler l'étude du sommeil de ce qui se passe pen-

dant la veille : s'endormir impose le lâcher-prise (Breil *et al.*, 2010).

Physiologie du sommeil du nouveau-né

Les caractéristiques du sommeil évoluent très rapidement lors des premiers mois de vie.

Vie fœtale

Les états de vigilance du fœtus sont indépendants de ceux de la mère. Vers 35 semaines de gestation, les quantités de sommeil calme, agité, indéterminé, sont pratiquement identiques à ceux du nouveau-né et il vit le plus gros du temps de travail de naissance en état de sommeil.

Nouveau-né des premières semaines

Il vit sur un rythme ultradien avec des cycles de 3 à 4 h répartis sur l'ensemble du nyctémère (rythme indépendant du jour ou de la nuit) (Breil *et al.*, 2010). Cela dure plusieurs semaines, puis l'on constate l'apparition progressive de rythme circadien entre le 1^{er} et le 3^e mois. À partir de 3 mois, les états de vigilance s'organisent sur un rythme circadien de 24 h. Le sommeil agité des premiers jours, entrecoupé de fréquents mouvements corporels, va progressivement faire place à un sommeil plus stable qui à partir de 3 mois évolue vers le sommeil paradoxal.

La consolidation du sommeil nocturne (sommeil ininterrompu entre minuit et 5 h du matin) survient entre 3 et 6 mois, mais la survenue d'éveils nocturnes brefs est normale. Ces éveils ne durent que quelques secondes ou minutes et surviennent à chaque changement de cycle.

L'installation d'un rythme veille sommeil stable de 24 h passe par trois étapes (Challamel, 2005).

Diminution de l'influence ultradienne

Aux premiers jours de vie, le rythme ultradien veille-sommeil et celui des prises alimentaires sont irréguliers et comportent plusieurs périodes variant de 2 à 12 h, mais dont le rythme prédominant est d'environ 4 h, et distribuées de façon aléatoire sur le nyctémère. Il y a d'ailleurs une prépondérance, dans ces premiers jours, d'un état de veille dans la partie diurne.

Augmentation de la composante circadienne

La composante circadienne est masquée dans les premières semaines de vie par le rythme ultradien prédominant. Les rythmes circadiens pour les fréquences cardiaques, les mouvements corporels, la température interne, le cortisol et la mélatonine apparaissent tous au cours des deux premiers mois de vie. L'amplitude de ces rythmes faible à 1 mois augmente significativement à partir de 3 mois. Assez rapidement, vers 3-4 semaines, une majorité de bébés ont acquis un rythme veille sommeil stable de 24 h.

Synchroniseurs externes et donneurs de temps

Ce sont les alternances du jour et de la nuit, le rythme des repas, les temps de stimulation, d'échanges, de promenade et, plus tard, les temps de coucher et d'éveil, le rythme familial, le rythme professionnel. Ils vont aider le nourrisson dans l'installation de ses rythmes jour/nuit. L'absence de ces tempos qui marquent et ritualisent la journée du bébé peut entraîner de très importantes perturbations du rythme veille/sommeil et conduire parfois à une véritable inversion du rythme (Challamel, 2005).

Nous reviendrons plus loin sur l'importance de cette notion de « donneur de temps ». Elle donne toute sa place à l'accompagnement des parents pour qu'ils puissent assurer auprès de leur enfant une *éducation au sommeil*. Le débat qui se perpétue sur des modes souvent clivant « *vivre au rythme du bébé ou imposer un rythme au bébé* » peut être alimenté voire apaisé par la proposition de la scansion des *patterns* de soin avant et après les quarante premiers jours. Par ailleurs, un élément majeur dans l'observation de ces donneurs de temps est la prise en compte des sources de stimulation ou d'apaisement. Ces stimulations peuvent être d'origine externe ou intrapsychique et la prise en compte de la dimension psychodynamique permettra de comprendre en quoi les avatars de l'ambiance psychique familiale peuvent mettre à mal la mise en place de ces rythmes.

Organisation des états éveil-sommeil au cours des 24 h

Différentes courbes montrent l'évolution des états de vigilance au fil de la croissance du nourrisson

et montrent au-delà des variations individuelles des tendances prédominantes (figure 5.1).

Les cycles de sommeil sont en moyenne de 50 min chez le bébé de 0 à 6 mois, de 70 min chez le bébé de 6 mois à 2 ans, puis de 90 à 120 min à partir de l'âge 3 ans.

Le temps total de sommeil au cours de la période néonatale est en moyenne de 16-17 h, puis de 14-15 h à 6 mois et 13 h à 2 ans. Il existe bien sûr une variabilité individuelle importante de 2 à 3 h. Chez le nouveau-né, le petit dormeur ne dormira que 14 h par jour et le gros dormeur 20 h.

Il faudra plusieurs mois au bébé pour s'installer dans un rythme nyctéméral diurne. Les trois premières semaines, éveils/sommeil se succèdent indépendamment du jour et de la nuit. La prépondérance de l'état de sommeil dans la phase nocturne ne sera nettement marquée que vers 3 mois.

Vers 6 mois, le sommeil du bébé est organisé de la manière suivante : une sieste le matin, une ou deux siestes l'après-midi, un endormissement en début de soirée avec sommeil jusqu'à 5 à 6 h du matin. Il y aura éventuellement, pour les bébés au sein, une tétée de milieu de nuit. L'endormissement se fait alors comme chez l'adulte en sommeil lent.

Vers 9 mois, la structure du sommeil nocturne ressemble à celle de l'adulte.

Observation clinique

Dans notre pratique, nous observons auprès de familles au climat suffisamment tempéré, une évolution assez standard de la question du sommeil :

- quasi-inversion des 2-3 premières semaines où les réveils nocturnes, dus au besoin de téter et au besoin de retrouver les enveloppes, rendent les nuits plus agitées que les journées et sollicitent énormément la mère ;
- vers 6 semaines (les 40 jours), les nuits sont plus calmes, les tétées plus espacées, l'endormissement immédiat après la tétée nocturne est acquis ;
- à 3 mois, un rythme circadien s'est mis en place, il n'y a plus qu'une tétée de milieu de nuit. Par exemple, on retrouve un endormissement vers 21 h, une tétée vers 2 h où le bébé se rendort en fin de tétée, une tétée vers 5-6 h qui peut être poursuivie par un nouveau cycle de sommeil.

La réalité des besoins du bébé et la nécessité pour les parents d'être donneurs de temps adaptés

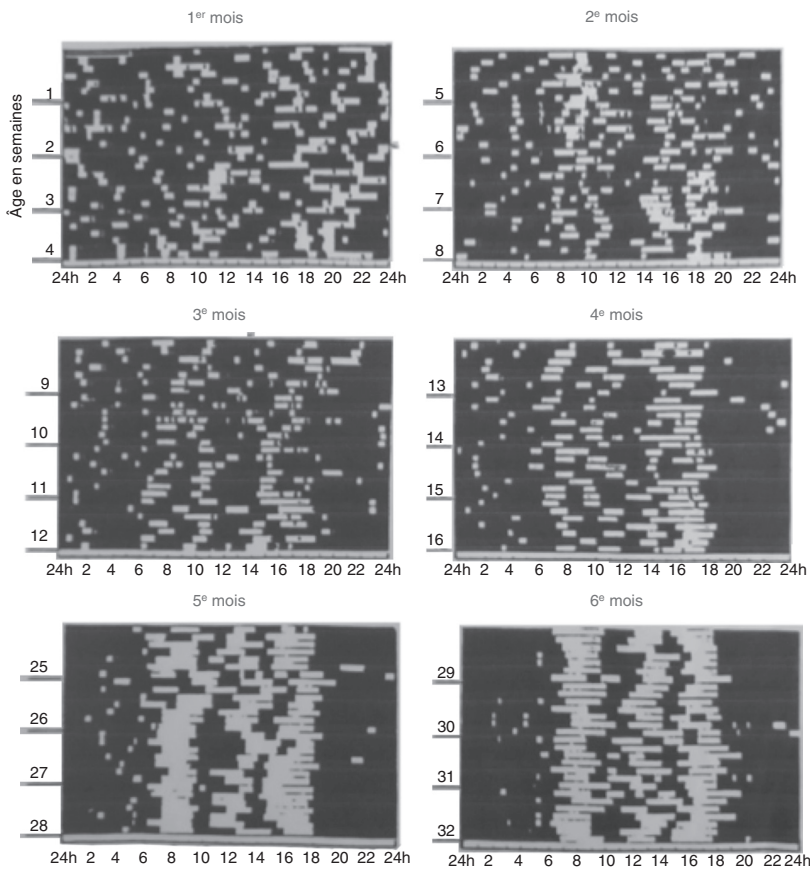


Figure 5.1 Évolution au cours des premiers mois des rythmes sommeil (en noir) et éveil (en clair).

Source : Parmelee, A.H. Jr. (1961). *Sleep patterns in infancy a study of one infant from birth to eight months of age. Acta Pædiatrica, 50, 160–70.*

conduit à un schéma évolutif des lieux de sommeil du bébé : *cosleeping* au début, puis berceau éloigné du lit des parents, puis bébé dans sa chambre ou, si cela n'est pas possible, dans un espace propre.

Un style de sommeil spécifique au nouveau-né

Nous avons vu que le nouveau-né vit sur un rythme ultradien et va présenter une succession de périodes de sommeil de 3 à 4 h réparties sur l'ensemble du nyctémère (Breil *et al.*, 2010). Chaque période présente l'alternance des différents états de vigilance classiquement décrits (Challamel, 2005) : sommeil agité, sommeil calme, éveil calme, éveil agité, pleurs.

Le sommeil calme

Sa durée moyenne est de 20 min sur les 50 min de sommeil.

Le bébé présente une insensibilité de plus en plus marquée aux stimuli extérieurs et n'est généralement pas interrompu par des éveils. Il est immobile, le visage détendu, inexpressif sauf de petits mouvements périodiques de succion, les yeux fermés. On n'observe pas de mouvements musculaires en dehors de quelques sursauts par intervalles. Le corps reste tonique avec souvent les poings fermés et les bras repliés. La respiration est régulière, à peine audible, dans le stade profond les mouvements respiratoires sont imperceptibles (d'où l'inquiétude de certains parents qui, s'ils ne sont pas guidés dans l'observation de ce sommeil,

réveillent le bébé par excès de vigilance). À d'autres moments, de longs soupirs viennent parfois scander la respiration.

Le sommeil agité

Sa durée moyenne est de 10 à 40 min.

La respiration est irrégulière avec des accélérations et des pauses (normales si elles ne dépassent pas 15 s), et sonore avec des soupirs, des bruits de gorge et des épisodes courts de pleurs. Les paupières sont parfois entrouvertes, les yeux mobiles, le visage est animé de nombreuses mimiques dans lesquelles on reconnaît les six expressions fondamentales (peur, colère, surprise, dégoût, tristesse, joie). Les mouvements du corps sont fréquents.

La fin de la phase de sommeil agité est plus superficielle et par là dispose à l'éveil.

Dans le sommeil mature, l'endormissement se fait en phase de sommeil calme. Il est crucial de faire observer aux parents que chez le nouveau-né, et cela pendant les 2 premiers mois, l'endormissement se fait en sommeil agité qui lui-même succède à l'éveil agité (cf. plus bas) avec plus ou moins de pleurs. Beaucoup d'erreurs de maternage peuvent ainsi être évitées. Bien des parents confondent ce sommeil très particulier et pourtant très récupérateur avec un état d'éveil, de difficulté du bébé, et cherchent à calmer cette agitation, ces pleurs au lieu de favoriser l'endormissement par leur rôle de *pare-excitation*. On retrouve aussi souvent un excès de vigilance qui amène le parent à prendre le bébé dans son berceau dès le moindre cri ou la moindre agitation du corps, alors même qu'il était en train de vivre simplement son sommeil agité.

Les soins transmis dans les sociétés traditionnelles (Stork, 1993) permettent justement à l'enfant de s'abandonner de l'éveil agité vers le sommeil agité (bercements, berceuses, massages, bain-détente...) puis de maintenir l'état de sommeil avec des enveloppements (bras, hamac, emmaillotement, tissus de portage). Faute de cette contenance accordée par le corps de l'adulte ou des éléments matériels, beaucoup de nouveau-nés, dans leurs mouvements d'extension des bras ou de pédalage des jambes, s'affolent de ne plus retrouver les contours et les appuis de l'enveloppe utérine. L'observation conjointe avec les parents permet de constater si l'enfant peut vivre ces mouvements actifs sans se désorganiser et donc

se réveiller ou s'il a besoin temporairement de contours fermes et souples, contenant (mains qui rassemblent, écharpe de portage, emmaillotement). Le bébé peut aussi avoir de la difficulté à vivre le déroulé de la colonne : si l'on s'identifie au bébé, l'expérience d'une colonne vertébrale à plat dans un lit est tout à fait étonnante par rapport à l'éprouvé d'enroulement dans l'utérus. Certains nouveau-nés et dans certaines phases de leur cycle peuvent avoir beaucoup de mal à trouver du bien-être dans la position allongée à plat : là encore, l'observation va permettre de l'accompagner et d'inventer des supports adaptés qui redonnent de l'enroulement. Au moment de déposer le bébé dans son lit, le corps de l'adulte doit accompagner le déroulement qu'impose le passage des bras au plan du lit par une gestuelle lente, intériorisée, apaisante qui relève du démoulage progressif. Le geste mécanique de poser le bébé dans son lit avec la peur qu'il se réveille a toutes les chances d'être effectivement suivi d'un réveil du bébé tant la transition est brutale. Dans notre accompagnement des parents, il est important de trouver l'occasion d'observer la façon dont le bébé est posé des bras à un support : mouvements rapides ou lents, mécaniques ou en interaction, parent dont l'attitude reflète le calme, la confiance, ou la tension et le stress (comment est leur respiration?).

Ce sommeil, qui donnera par la suite le sommeil paradoxal, disparaît peu à peu vers 3 à 6 mois, selon les auteurs (Challamel, 2005).

En résumé, l'apprentissage des premières semaines passe par la découverte de ce sommeil très particulier, agité de mouvements, de mimiques et de sons. Le bébé, à la différence de l'adulte, débute le sommeil par cette agitation du corps et du visage.

Les troubles du sommeil et de l'endormissement du nouveau-né

Anamnèse obstétricale

On retrouve dans les problématiques du sommeil des éléments particuliers de la grossesse (Breil *et al.*, 2010) : perturbations psychiatriques, haut niveau d'anxiété, dépression maternelle, intoxications périnatales (tabac, alcool, drogues, médicaments).

La primiparité est un facteur de risque.

Pathologies postnatales

Les pathologies postnatales sont dominées par le reflux gastro-œsophagien (RGO) qui prend une part majeure dans les troubles du comportement et du sommeil du prématuré. Enfin, il a été montré que l'exposition du jeune enfant au tabac et à l'alcool dans le lait maternel a des conséquences à court terme sur ses *patterns* veille/sommeil (Breil *et al.*, 2010).

Si toute cause organique est écartée, les troubles du sommeil s'inscrivent dans les désordres psychosomatiques du premier âge, où l'accent est mis sur les interactions précoces.

Aspect psychodynamique

Le lecteur trouvera un abord tout à fait complet de cette dimension psychosomatique dans le chapitre 7 de N. Boige. Il me semble intéressant, dans un souci pédagogique pour les professionnels de proximité, de rendre compte de l'article de Breil, Rosenblum et Le Nestour (2010) qui restitue de façon synthétique les enjeux psychiques du sommeil et de l'endormissement.

La fonction de protection contre le surplus d'excitations extérieures et intérieures est au début de la vie de ce bébé humain encore immature et donc souvent inopérante. Faute de soins adaptés, il se retrouve épuisé, en tension vers le besoin de sommeil et débordé par son état d'excitation qui l'empêche de sombrer dans la régression nécessaire pour trouver le sommeil. Pour qu'il s'abandonne au sommeil, les parents doivent lui permettre de se retirer du monde environnant, donc de lâcher prise, ils doivent jouer *leur rôle de pare-excitation*. Cette fonction peut être mise à mal par divers processus.

L'investissement maternel joue un rôle majeur dans la mise en place des capacités d'auto-apaisement du bébé.

Il peut s'agir de l'excitabilité d'une mère préoccupée, de sur-stimulations de parents désireux que l'enfant se conforme à un enfant idéal aux acquisitions performantes, de l'indisponibilité des parents pour accompagner le temps d'apaisement du bébé.

Le désinvestissement peut être trop massif et pour l'enfant insécurisé, il sera impossible de s'appuyer sur la mémoire de soins suffisamment bons.

Mais on retrouve aussi au premier plan dans la problématique des troubles du sommeil du jeune enfant les difficultés de séparation psychique des parents.

Ce peut être une mère qui n'accepte pas la différenciation du bébé comme sujet avec ses propres sources de satisfaction. Ainsi, une mère, avec qui l'on parlait de permettre au bébé d'expérimenter d'autres apaisements que son sein et ses bras, réalisait : « Oui, je vois que c'est difficile de quitter ce temps de plénitude avec lui, ce temps où il ne dépend que de moi. »

Ce peut être une mère déprimée qui comble son sentiment de vide interne par la proximité constante de son enfant auprès d'elle, le bébé devenant un calmant à sa souffrance.

Les manœuvres d'endormissement peuvent être mises à mal par l'angoisse parentale : angoisse mortifère liée à des histoires de deuils périnataux non élaborés, à la crainte de la mort subite du nourrisson.

La nécessaire séparation, prélude au sommeil, peut être empêchée par les projections de parents traversés par la reviviscence de conflits anciens, abandons, attachements *inseures* dans la petite enfance. Les traumatismes du passé sont réactivés par la naissance de l'enfant. Toute séparation avec ce dernier est vécue comme insupportable car ses pleurs sont interprétés comme l'expression d'une souffrance. Les parents ont alors peur d'être « traumatisants » en laissant pleurer leur bébé. Lorsque les reproches que le parent peut faire à son propre parent sont liés à une problématique d'abandon ou de séparation, le parent va avoir tendance à vouloir « réparer » ce déficit de sollicitude.

On peut aussi rencontrer nombre de mères qui vivent avec culpabilité leurs investissements autres que ceux maternels, la reprise du travail, d'une activité d'adulte. Ces *temps ailleurs* leur semblent un temps arraché au bien-être de l'enfant qu'elles cherchent à compenser en étant dévouée la nuit aux soins au bébé.

Patterns de soins et aspects culturels

Breil, Rosenblum et Le Nestour (2010), en abordant les notions transculturelles, éclairent les polémiques actuelles pour ou contre les soins

proximaux ou distaux, le cosleeping ou le bébé dans son berceau, l'allaitement prolongé ou le sevrage précoce. Les auteurs, en appui sur les travaux de Govindama (2004), observent que ces débats ne prennent pas en compte les croyances culturelles sous-jacentes à ces pratiques. Ce ne sont pas les pratiques en elles-mêmes qui sont en cause, mais la représentation culturelle du nouveau-né, de ses besoins, propre à chaque société. C'est elle qui détermine le mode d'accompagnement de l'enfant dans la séparation d'avec sa mère. Les croyances culturelles viennent faire tiers entre la mère et son bébé.

L'invalidation des conseils grands-parentaux, l'isolement des parents les conduisent aujourd'hui à reconstruire leur *pattern* de soins à coup de consultations de blogs, de théories qui courent sur le marché de l'information. Le discernement et la régulation par les expériences acquises ne sont pas toujours de mise.

Dans notre pratique d'accompagnement, ce n'est pas un calendrier de performances parentales que nous auront à suivre, mais il nous faudra identifier les représentations parentales concernant ces étapes de séparation-individuation, leurs difficultés ainsi que la présence effective de tiers régulateurs.

Les techniques de réconfort qui se font en dehors du lit de l'enfant (alimentation, bercement) sont

associées à une consolidation plus fragile du sommeil (Breil *et al.*, 2010). Elles s'interposent comme substitut aux capacités inhérentes du bébé, dont celle d'auto-apaisement : c'est cette capacité qui permet au bébé de trouver la tranquillité nécessaire à son endormissement, mais également de se rendormir seul lors d'éveils nocturnes spontanés.

Les états d'éveil autres que les pleurs

Comme nombre d'auteurs, Challamel (2009), dans sa description des états de vigilance, indique trois états d'éveil : l'éveil calme, l'éveil agité, les pleurs. Je reprendrai ses descriptions, puis proposerai une classification un peu différente suite à mes observations et échanges avec les parents. Le *pattern* de soins de Lóczy, décrit par M. David et G. Appell (2008) confirme ces notions.

Classification

État de veille calme

Il s'agit des moments d'éveil tranquilles, attentifs. Le nouveau-né a les yeux grands ouverts, brillants. Il regarde activement le visage qui lui sourit ou lui parle, et peut même suivre des yeux un objet coloré dès les premières heures de vie. L'enfant est conscient de son environnement : il bouge peu, mais il est attentif aux bruits, aux paroles, aux mouvements autour de lui. Il est sensible aux odeurs, reconnaît sa mère qu'il regarde de façon très intense, son visage devenant très expressif. S'il est très détendu, et doucement stimulé par une demande chaleureuse de communication, il lui arrive même de sourire, vrai sourire-réponse conscient et volontaire. Il peut imiter une mimique, tirer la langue ou arrondir la bouche, comme le lui montre sa mère ou un examinateur.

Cet éveil calme est, dans les premiers jours de vie, limité à quelques minutes, 3 à 5 min en moyenne, et pas plus de deux ou trois fois par 24 h. Puis le nouveau-né se fatigue, ne peut plus fixer son attention. Il va alors s'endormir ou, plus souvent, passer en état de veille agitée et manifester malaises et pleurs. Au fil des jours, il sera

Noémie me demande un rendez-vous pour parler du sommeil de son enfant : « Yann a 10 mois, se réveille toujours la nuit pour un biberon, dort toujours avec nous. Cela m'épuise. J'aimerais y mettre fin... »

Deux entretiens sur les étapes de la construction de l'enfant et l'accent mis sur la problématique de la séparation lui redonnent l'élan pour retourner travailler ces questions avec une psychanalyste. Elle peut alors construire avec son mari une stratégie progressive qui permet à Yann de trouver un sommeil autonome dans sa chambre.

On peut voir ici comme tiers régulateur : la sage-femme, la psychanalyste, les lectures que j'ai pu lui proposer. Son mari ne pouvait d'emblée jouer ce rôle, lui-même étant pris par ses propres projections de souffrance devant les pleurs de son enfant.

de plus en plus capable de prolonger ces périodes calmes, qui peuvent atteindre près de 30 min vers la fin du premier mois, et près de 2 h consécutives vers 3 mois.

États de veille agitée et pleurs

Ce sont des moments de veille beaucoup moins conscients, beaucoup moins attentifs que l'état de veille calme. L'enfant se renferme en lui-même, suce son pouce ou sa langue, laisse flotter son regard, réagit peu et lentement si on lui parle. Ses paupières sont parfois à demi fermées. La respiration est irrégulière, le cœur rapide. Il retourne à son activité réflexe. Il donne souvent une impression de malaise, gémit un peu, grimace, bouge fébrilement bras et jambes, se replie sur lui-même en véritables spasmes. Et même, le plus souvent, il pleure, carrément, violemment, insensible à toute consolation.

Dans les premiers jours de vie, ces états de veille agitée sont beaucoup plus fréquents et prolongés que les états de veille calme. Durant ces périodes, le nouveau-né est peu attentif à son environnement. Puis peu à peu, au long des semaines, ils vont se réduire, avec de grandes variations d'un tout petit à un autre. Pour certains enfants, ils ne sont presque plus repérables vers 3 mois, sauf dans les minutes qui précèdent l'endormissement. Pour d'autres, ils restent une part importante de l'activité d'éveil. « Moins bonne adaptation relationnelle à l'environnement, malaise persistant ou conditionnement génétique différent ? Il n'est jamais simple de trancher. » (Challamel, 2005.)

La riche clinique donnée par l'accompagnement des parents aux cours des premiers mois permet de proposer une version plus détaillée de la description de Challamel de l'éveil calme.

Éveil calme interactif

L'éveil calme interactif est ce temps où le bébé par son regard, ses mimiques, les mouvements de son corps nous montre qu'il est désireux d'entrer en relation.

Éveil calme autonome

Le bébé est calme, posé sur un support ferme et confortable (une couverture ou une couette pliée font l'affaire, nul besoin d'acheter un tapis d'éveil). Il est dans un temps de découverte centré sur son corps (découverte de ses mouvements de langue,

de bouche, de bras, de jambe), puis sur l'exploration de ses appuis qui conduiront vers 4 mois à des changements de position. Il connaît aussi des temps que l'on peut qualifier de méditatif, ou contemplatif : le bébé est absorbé par une tache de lumière, le mouvement d'une plante sous un courant d'air, une couleur sur le mur. Nous entendons beaucoup de parents qui s'inquiètent de ces moments de grand calme, redoutent que le bébé s'ennuie, ne soit pas assez stimulé et de ce fait se sentent dans l'obligation de stimuler le bébé en proposant des interactions – un père disait « J'essaie de la faire rire car je la vois triste » – ou en lui proposant des jouets. Le commerce fait ses choux gras de propositions d'objets censés occuper le bébé. Il est important de questionner l'utilisation si fréquente des arches de jeux ou portiques, plus ou moins sonores au-dessus du fameux et inutile tapis d'éveil : c'est souvent pour le tout petit une source d'excitation trop importante et cela l'oblige de plus à aller dans un mouvement vers le haut occasionnant des tensions dans le cou et la colonne au lieu de rester dans l'exploration de ses mouvements et de ses appuis (De Truchis, 2002).

Enseignements de Lóczy

Dans une institution comme Lóczy, les nécessités de la collectivité imposent le contrôle de la demande affective de manière à éviter le développement d'exigences qui deviendraient sources d'insatisfaction mutuelle.

Pour autant, toute l'attention est mise au bon développement psychique de l'enfant au travers d'un *pattern* d'interaction soigneusement pensé et entretenu au sein de l'équipe.

M. David et G. Appell (2008) explicitent le *pattern d'interaction* comme « un ensemble à plusieurs dimensions qui peut se définir à partir de la quantité d'interactions, de leur répartition dans le temps, leurs formes, modes, tonalités et points d'applications, ces divers aspects étant interdépendants les uns des autres, solidement soudés par un fil directeur qui les détermine, les dirige et les anime, à savoir les désirs, craintes et conflits de la mère ou plutôt du couple parental ».

À Lóczy, la quantité d'interaction pendant le soin est quasi continue.

Dans l'*intersoin*, au contraire, les interactions sont très réduites afin que l'attention de l'enfant

soit tournée vers le jeu et l'activité autonome. L'attention est indirecte faite de vigilance et du maintien d'un climat doux et paisible.

B. Golse dans sa préface à *Lóczy ou le maternage insolite* (David et Appell, 2008) nous permet d'observer et mieux comprendre les enjeux psychiques dans les interactions précoces.

Tout d'abord, il expose l'impact de la *bisexualité psychique* dans les soins au nouveau-né. Au niveau des enveloppes, la contenance, le *holding*, renvoie au registre du féminin, et la limitation à celui du masculin. « Tout système interactif, tout dispositif de soin, tout cadre thérapeutique se trouve toujours être par essence, fondamentalement bisexué, avec une composante d'accueil et de *holding* (ce qui peut être contenu), et une composante de limitation et de régulation (ce qui est possible et ce qui ne l'est pas) dont le dosage doit être suffisamment pertinent. » Il a auparavant énoncé combien l'expérience de Lóczy nourrit la question de la symbolisation chez le bébé : en organisant des temps de rencontre individuelle d'une très grande qualité entre le bébé et sa nurse et des temps d'activité libre à côté de l'adulte, Lóczy favorise « une dialectique très constructive entre les processus de symbolisation de l'objet en sa présence (sur quoi insistent principalement les théoriciens de l'attachement) et ceux de l'objet en son absence (sur quoi se centrent surtout les psychanalystes) ». La « capacité d'être seul » est un progrès dans l'ordre de l'autonomisation de l'enfant, mais D.W. Winnicott a beaucoup insisté sur le fait que cela passe par une étape intermédiaire d'« être seul à côté de la mère », être seul à côté d'un adulte qui le regarde, qui le rêve, qui le pense. Cette qualité de *présence à côté* permet l'instauration de sa présence au-dedans de la psyché de l'enfant.

On peut voir ainsi deux phénomènes qui permettent la maturation psychique du bébé : intériorisation des soins maternels, intériorisation de la présence de la mère à côté. Ces expériences répétées donneront ensuite au bébé la capacité d'être seul.

Les pleurs du bébé

La thématique des pleurs du nouveau-né occupe dans notre pratique de l'accompagnement post-

natal une place particulière en ce qu'ils sont le signe le plus « criant » (!) des difficultés d'adaptation à la vie néonatale du côté du bébé et du côté des parents. On ne peut aborder cette question que sous le signe de la complexité et de la singularité, car elle nous ramène à de multiples approches : somatique (de quoi souffre le bébé?), culturelle (croyances, rituels, traditions, transmissions), sociale (la matrice de soutien), développementale (théorie de l'attachement) et enfin psychodynamique (l'investissement maternel et l'inconscient parental dans les interactions).

La manifestation des pleurs va des pleurs ordinaires (pleurs du soir) aux pleurs paroxystiques (pleurs de détresse, pleurs excessifs). De nombreuses études ont tenté de définir les différents types de pleurs, mais devant la multiplicité des définitions et la subjectivité évidente de leur identification (tolérance familiale, interactions...), il convient de définir les pleurs excessifs comme ceux conduisant l'entourage à venir consulter un médecin ou une sage-femme (Chevallier, 2008). Selon les auteurs, ces pleurs du nourrisson excessifs ou prolongés concernent 8 à 25 % des nourrissons du premier trimestre (Foucaud et De Truchis).

L'abord avec les parents de leur vécu face aux pleurs du nouveau-né est d'une importance clinique majeure car leur fatigue, leur désarroi ou leur exaspération font le lit de la dépression post-partum, érodent leurs émotions positives, leur sentiment de compétence, appauvrissent les réponses parentales, les mènent au désinvestissement, à l'évitement, au désaccordage affectif, diminuent les interactions par des conduites d'évitement et peuvent enfin engendrer diverses maltraitances dont la plus médiatisée est le syndrome du bébé secoué (Simon, 2018). Les techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) racontent combien souvent, dans leurs visites, elles retrouvent des bébés immobilisés dans un *Maxi-Cosi*, suçotant seuls un biberon calé par une couverture roulée, biberon de lait mais parfois aussi d'eau sucrée ou même de *Coca-Cola*, ou encore installés devant une télévision. Le gavage permanent par la sucette, la nourriture, la force hypnotique des images inhibe la découverte de soi et du monde, enracine dans l'être la conviction d'être un vide à combler.

Dans les séances de préparation consacrées à la vie avec le nouveau-né, les questions concernant les

pleurs suscitent le plus grand intérêt des parents : « Pourquoi un bébé pleure ? », « Vais-je comprendre ses pleurs ? », « Vais-je savoir y répondre ? », « Faut-il laisser un bébé pleurer ? »...

Dans le suivi postnatal, particulièrement à partir de 15 jours de vie du bébé, nous rencontrons nombre de parents désarmés, démunis, épuisés devant les manifestations incessantes du bébé loin de l'enfant rêvé qui dort et qui mange, loin de leur représentation du parent imaginé. Pourtant, avant la naissance, ils affirmaient tranquillement « savoir qu'un bébé ça pleure ». De la connaissance rationnelle des phénomènes au vécu de l'aventure humaine, il y a toute l'étendue des enjeux singuliers de la rencontre : ce que les pleurs provoquent chez le parent, le cortège des émotions qui surgissent, placidité ou angoisse, confiance ou insécurité, disponibilité ou indisponibilité.

En 35 ans de carrière, je peux voir l'évolution des interprétations de ces pleurs et des modèles de comportement conseillés. Je n'entends plus qu'extrêmement rarement « Il fait des caprices » et son corollaire « Il faut le laisser pleurer ». Bien plus, par un classique retour de manivelle, suite aux injonctions des professionnels, des médias, la pensée dominante d'aujourd'hui fait injonction aux parents : « Il ne faut jamais laisser pleurer un bébé. » Leur perplexité, voire leur désarroi, va s'accroître quand on leur dira : « Il faut que le bébé s'endorme seul », « Il ne faut pas l'endormir au bras »... Et surtout ils se retrouveront vite submergés par leur épuisement quand ils se verront semaine après semaine passer leur journée avec un bébé qui ne se calme que dans leur bras ou avec force bercements.

Dans le cadre de la préparation à la naissance, il est fort instructif pour les parents d'échanger sur les causes ordinaires des pleurs du bébé et ainsi d'enrichir leur perception et leur compréhension du nouveau-né. Il sera aussi nécessaire de préciser ce qui peut être qualifié de pleurs excessifs, signes de souffrance chez le bébé ou chez le donneur de soins, signes donc d'un besoin d'aide au niveau somatique et/ou psychique.

Toute cause d'inconfort provoque chez le nouveau-né de l'inquiétude car il émerge de la complétude utérine : il était dans le silence viscéral, témoin du bien-être intérieur, de son homéostasie, il n'avait alors ni faim ni soif, ni même l'amorce de la sensation de besoin, il était dans une chaleur douillette et uniforme; il était contenu dans

une enveloppe ferme et élastique dans laquelle prendre appui pour explorer l'espace et découvrir ses propres mouvements; il était dans un espace qui lui permettait le confort de l'enroulement et du regroupement de tout son corps (la fameuse position fœtale); il était en permanence bercé par les mouvements de sa mère, diurnes mais aussi nocturnes, ses changements de position mais aussi ses mouvements internes de respiration, ses ajustements tonico-posturaux; il profitait d'un bain sonore à dominance de basse, rythmé par le cœur de sa mère, sa respiration, ses flux digestifs.

Avec la naissance, il découvre le manque, le besoin, la tension vers la résolution du besoin. Mais cette découverte des manifestations viscérales (faim, soif), des inconforts posturaux, de l'étrangeté du silence et de la disparition des rythmes externes, de l'absence d'enveloppe, de la rencontre avec le vide, est pour lui sources d'inquiétude, de peur, voire d'angoisse : un nouveau-né laissé seul avec ces découvertes du manque est pris par l'incompréhension de ce qui se passe dans son corps même.

La description par Brazelton (1962) du bébé calme ou très demandeur évoque combien chaque nouveau-né vit ces changements avec des capacités différentes, témoignant de la plus ou moins grande maturité de son système nerveux central et périphérique : certains enfants abordent ces nouvelles sensations avec un flegme assez étonnant et ce seront des bébés qualifiés de calmes, peu demandeurs, d'autres réclameront une intense disponibilité tant la découverte de ces « émotions corporelles » déborde leur capacité d'adaptation. Ainsi, un mouvement du péristaltisme d'intestins encore immature excitera le système nerveux central qui à son tour commandera une extension des bras, bras qui rencontreront le vide environnant, vide qui excitera le cerveau, cerveau qui relié aux voies digestives amplifiera la sensation de malaise, etc. Ainsi, pour ces bébés, un signal banal à son origine peut devenir un drame somatopsychique s'il n'a pas à ses côtés des parents pour l'aider à mettre progressivement du sens dans ses ressentis.

C. Jousselle (Bydlowski-Aidan et Jousselle, 2008) résume bien la problématique des pleurs :

« Tout bébé pleure... ou cela est inquiétant ! Pourtant, bien des parents craignent ces moments qu'ils vivent comme une détresse de leur enfant.

Il faut avoir à l'esprit que les pleurs du bébé peuvent correspondre à des situations radicalement