

Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 24 septembre 2021

Par Sandra ALDEGHERI

Née le 28 mars 1993 à Toulouse

L'interaction précoce parents-enfant mise à l'épreuve par les troubles fonctionnels intestinaux du nourrisson

-

Revue de la littérature et présentation de cas cliniques en psychiatrie périnatale

Thèse dirigée par les Docteurs Emilie FRACHET et Christine RAINELLI

Examineurs :

M. le Professeur Bertrand OLLIAC

Président

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

Juge

M. le Professeur Vincent GUIGONIS

Juge

Mme le Docteur Emilie FRACHET

Directrice

Mme le Docteur Christine RAINELLI

Directrice

Mme le Docteur Natacha DARNIS

Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 septembre 2021

Par Sandra ALDEGHERI

Né(e) le 28 mars 1993 à Toulouse

**L'interaction précoce parents-enfant mise à l'épreuve par les
troubles fonctionnels intestinaux du nourrisson**

-

*Revue de la littérature et présentation de cas cliniques en psychiatrie
périnatale*

Thèse dirigée par les Docteurs Christine RAINELLI et Emilie FRACHET

Examineurs :

M. le Professeur Bertrand OLLIAC

Président

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

Juge

M. le Professeur Vincent GUIGONIS

Juge

Mme le Docteur Emilie FRACHET

Directrice

Mme le Docteur Christine RAINELLI

Co-Directrice

Mme le Docteur Natacha DARNIS

Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 7 septembre 2020

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE

OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS

SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2020 au 31-08-2021)
-----------------------	---

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 01-09-2018 au 31-12-2020)
SEVE Léa	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2020
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TREVES Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2021

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 12 juin 2020

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE

BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHASSANG-BRUZEAU Anne-Hélène	RADIOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE

MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Néant

A mes grands-parents

Il n'y a pas de réussite facile ni d'échecs définitifs

Marcel Proust

Remerciements

Monsieur le Professeur Bertrand OLLIAC

Professeur des Universités de Psychiatrie de l'Enfant, de l'Adolescent et de Périnatalité

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier Esquirol

Président du Jury

Professeur Olliac,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie également pour votre bienveillance durant tout mon internat, votre enseignement, nos échanges et votre disponibilité.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de ce que vous m'avez apporté.

Je vous témoigne mon plus grand respect et ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO
Professeur des Universités de Psychiatrie d'Addictologie
Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte, de la Personne âgée et
d'Addictologie du Centre Hospitalier Esquirol
Membre du Jury

Professeur Nubukpo,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse et je vous en remercie.

Je suis extrêmement reconnaissante de ce que vous avez pu nous apporter en tant qu'internes, votre savoir, votre aide précieuse et votre investissement auprès de tous.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos espérances.

Je vous témoigne ma plus profonde admiration et mon grand respect.

Monsieur le Professeur Vincent GUIGONIS
Professeur des Universités de Pédiatrie
Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges
Membre du Jury

Professeur Guigonis,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Sachez le plus grand respect et la profonde reconnaissance que je vous porte. Votre enseignement durant mes années d'études, que ce soit sur le plan théorique ou clinique n'a été que des plus enrichissants pour moi. J'admire votre vaste savoir, votre professionnalisme et votre bienveillance auprès des familles.

J'espère que mon travail sera à la hauteur de vos espérances et qu'il permettra un échange enrichissant entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie.

Madame le Docteur Emilie FRACHET

Psychiatre de l'Enfant et de l'Adolescent

**Praticien Hospitalier du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant, de l'Adolescent
et de Périnatalité du Centre Hospitalier Esquirol**

Directrice de thèse

Emilie,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail de thèse.

Ton écoute attentive, ta patience, ta disponibilité m'ont permis d'avancer plus sereinement dans ce travail et je t'en suis profondément reconnaissante. Travailler à tes côtés pour cette thèse, mais aussi durant six mois en psychiatrie périnatale, a été un réel plaisir pour moi et je te remercie pour ta gentillesse, ta bienveillance et ton professionnalisme. Merci de m'avoir fait partager tes expériences et cet amour de la psychiatrie périnatale. J'admire la personne et la pédopsychiatre que tu es.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de tes espérances et de ta confiance. Sois certaine de la grande considération que je te porte.

Madame le Docteur Christine RAINELLI

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Filière Périnatalité

Chef de Pôle Adjoint Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant, de l'Adolescent et de Périnatalité du Centre Hospitalier Esquirol

Co-directrice de thèse

Madame Rainelli,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail.

Travailler à vos côtés pour cette thèse et durant six mois dans votre service a été très bénéfique pour moi. Je suis extrêmement admirative de votre dévouement, votre savoir et de vos qualités tant professionnelles qu'humaines. Je vous remercie pour votre bienveillance, votre soutien et pour tout ce que vous avez pu me transmettre.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos espérances et de votre confiance.

Soyez assurée de profond respect que je vous porte.

Madame le Docteur Natacha DARNIS

Psychiatre de l'Enfant et de l'Adolescent

**Praticien Hospitalier du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant, de l'Adolescent
et de Périnatalité du Centre Hospitalier Esquirol**

Membre invité

Natacha,

Merci de me faire le plaisir et l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Le court temps passé à travailler avec toi lors de mon premier semestre puis ces derniers mois à tes côtés n'ont fait que renforcer ma volonté de vouloir faire ce métier. J'admire et ne peux que m'inspirer de la pédopsychiatre que tu es.

Sois certaine de toute l'estime que je te porte.

J'adresse mes sincères remerciements,

A tous les médecins psychiatres auprès desquels j'ai eu l'honneur et le plaisir de travailler, de près comme de loin, et de me former tout au long de mon internat.

Aux Docteurs Céline Dumont, Eric Charles, Tristan Kretzschmar, Clarisse Dufossé, Mathieu Beaumont, Mouhamadou Ndiaye, François Vieban, Julie Martin, Hervé Merveille, Benjamin Calvet, Jean-Pierre Clément, Pierre Sazerat, Mathieu Parneix et Mirvat Hamdan.

Au Docteur Jean-Baptiste Verley, merci pour ta transmission de savoirs, ton soutien et ton aide dans la réalisation de ce travail de thèse.

Au Docteur Laure Brignon, ancienne co-interne puis chef à Georges Sand, pour ton soutien, ta bienveillance et ton savoir. Les six mois passés à tes côtés étaient des plus enrichissants et agréables.

Aux médecins du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant, de l'Adolescent et de Périnatalité : les Docteurs Aurélie Guy-Moyat, Florence Juppe, Coralie Lauliac, Elodie Malhomme, Chantal Plougeaut et Pascal Pauillac. Et à tous les médecins psychiatres du CH. Esquirol.

Aux médecins d'autres spécialités qui m'ont également accompagné durant mon parcours, le Docteur Claire Collins et le Professeur Jesus. Et au Docteur Chausson avec qui j'ai eu le plaisir et l'honneur de travailler durant mes années d'externat.

Je remercie chaleureusement toutes les équipes avec qui j'ai pu travailler durant mes terrains de stage ou lors de mes gardes. Aux équipes de Bellevue puis Odysée et Petit-Prince, à l'équipe de Widlöcher, aux équipes de psychiatrie du CH. Laborit de Brive-la-Gaillarde, aux équipes de Jean-Marie Léger, à l'équipe de Georges Sand, à l'équipe de l'Hôpital Mère-Enfant et à l'équipe de l'Unité d'Hospitalisation Parents-Bébé. Aux infirmiers, cadre de santé, secrétaires, assistants sociaux, agents des services hospitaliers, psychologues, psychomotriciennes, puéricultrices, éducatrices spécialisées, moniteurs éducateurs, aides-soignants, diététiciennes, enseignants.

Merci à tous mes anciens co-internes et à mes co-internes actuels, pour leur bonne humeur, leur soutien et tous les bons moments partagés : Caroline C., Charles, Marion, Guillaume L., Henri, Julie, Tiphaine, Simon, Victor, Anne-Laure, Arnaud, Dorine, Aurélie, Agathe, Guillaume Roffy, Etienne, Karine, Caroline P., Benjamin D., Pierre, Alex, Nadia, Jessica, Simona, Nicolas, Kévin, Louis, Mélissa, Aude, Caroline C., Sophie, Ariane, Matthieu.

Un merci tout particulier à Josefa, qui m'a accompagnée dès mes premiers pas en pédopsychiatrie. Merci pour ton amitié, ton soutien et ta bienveillance.

A Fatou, avec qui j'ai eu le plaisir de travailler durant six mois. Merci pour ta bonne humeur, ton humour et ton amitié.

A Charlotte, avec qui j'ai pu passer ce dernier semestre. Merci pour le temps que tu m'as permis d'avoir pour avancer ce travail, pour ton soutien quotidien, ta générosité, ta douceur et nos rires. Je suis sûre que tu feras un très bon médecin.

Merci aux co-internes de ma promotion,

A Yann, Anne-Sophie, Walter, Karim,

A Benjamin, avec qui j'ai partagé ces six mois à Jean-Marie Léger, merci pour ton soutien et pour ce semestre à tes côtés.

A Bertrand, pour ces années d'internat à tes côtés, ces six mois à l'HME, ta présidence. Merci surtout pour ta gentillesse, ta bienveillance, ton humour et ton soutien. Je suis contente de pouvoir continuer à travailler quelques temps à tes côtés.

A Antho, un ami avant tout. Merci pour tous ces moments passés ensemble depuis ces dix dernières années. Pour ton soutien dès les premiers instants, ta bonne humeur, ta complicité, tes taquineries sans fin.

A Anna, bien plus qu'une co-interne. Merci pour tous ces moments partagés, pour ces rires, ces échanges, pour ton soutien sans faille, pour ces six mois à Brive. Merci pour ta présence dans les bons comme dans les moins bons moments. Tu nous quittes pour retrouver ton pays bordelais mais je compte bien continuer à partager tous ces moments avec toi !!

A Valentine, ma co-interne chérie mais pas que. Merci pour tous ces bons moments, ta bonne humeur, tes rires endiablés, nos réflexions communes, notre complicité et ton soutien si précieux. Je suis fière de la pédopsychiatre que tu vas devenir et heureuse d'avoir pu partager cette expérience avec toi.

Merci à tous ceux qui m'ont accompagné durant ces années d'études et bien avant.

A Anaïs, pour ces années de durs labeurs et tous ces bons moments passés ensemble. A nos soirées déchainées et à nos Malibu Coco. A nos folies, à nos souvenirs, à notre amitié. Je suis fière et heureuse du chemin que tu as pu parcourir et je ne peux que te souhaiter le meilleur pour la suite.

A Caro, Marie, Gentiane, Barbara, Carole, Roxane, Jessy, Laurie, Alex, Romain, Hugo, Olivier, Guillaume, pour avoir cru en moi, pour ces moments de vie partagés et pour ceux à venir.

A Emilie, Julie, Camille S., Camille M., Marjo, Didou pour votre amitié qui compte tant, votre soutien, votre confiance et toutes nos aventures. Et merci Julie pour le temps passé à ta précieuse relecture.

Et un profond merci à ma famille,

A ma belle-famille, Stéphanie et Alain, Thomas, Françoise, Lulu, et Loulou ! Merci de m'avoir fait entrer dans votre tribu si simplement, et pour tous ces bons moments partagés.

A Jean-Paul et Anne-Marie, à Didier, à Stéphane, merci pour votre soutien.

A mes oncles préférés, Christian, parti trop tôt mais qui j'en suis sûre sera fier de là-haut, Eric, et Alain, à Michèle, à Nico, Cédric, Aurélie, Marion, Jean, Pierre, Théo, Etienne, Hugo, Ambre et Manault. Merci d'être la famille en or que vous êtes.

A mes frères, merci de me supporter depuis toutes ces années, de me soutenir et de m'épauler quand il l'a fallu. A nos moments passés ensemble, qui s'embellissent avec le temps, et à toutes les belles choses à venir. Merci à Louise, pour ta bonne humeur, ta douceur et tout ce que tu apportes à Arnaud. Et à cette petite surprise de décembre, que nous attendons avec impatience et avec déjà beaucoup d'amour.

A mes parents et à Pascal, un immense merci pour tout ce que vous avez toujours fait pour moi. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui et je vous en serais éternellement reconnaissante. Un merci particulier à ma maman, pour ce soutien sans faille, ton aide dans les moments plus compliqués, ces mots doux qui remontent le moral, ces jus d'oranges pressées, et toutes les belles choses que tu m'as apportées et inculquées.

A Rosie, ma partenaire de vie depuis maintenant un an.

A Yoann, merci de faire partie de ma vie, de m'apporter toute cette tendresse, ce soutien et cet amour. De me supporter, et d'en rire. Pour notre complicité et nos projets à venir. Merci de me faire rêver par tout ce que tu réalises. A toutes les belles choses à venir et à partager ensemble.

Et pour finir, à mes grands-parents. A Papy Robert, parti déjà depuis quelques années. Et à mon Papi, ma Mamie et Madée, mes étoiles depuis peu, si rapidement réunies. Merci d'avoir fait de moi celle que je suis aujourd'hui. Merci pour votre soutien, notre complicité et votre amour si cher à mes yeux. J'aurai profondément aimé pouvoir partager ce moment si particulier avec vous. Je ne doute pas que de là-haut vous serez fiers, que vos visages seront illuminés de ce sourire qui vous allait si bien, et que les verres seront levés pour fêter ça.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Table des abréviations	26
Table des illustrations.....	27
Table des tableaux.....	28
INTRODUCTION.....	29
I. PRESENTATION DE CAS CLINIQUES	31
I.1. Cas clinique de Mme V. et son fils Jules	31
I.2. Cas clinique de Mme S. et sa fille Léa	38
I.3. Cas clinique de Mme C. et son fils Paul	42
II. REVUE DE LA LITTERATURE.....	45
II.1. La notion d'oralité.....	45
II.1.1. Quelques éléments embryologiques.....	45
II.1.2. Approche psychanalytique et transdisciplinaire	46
II.1.3. Oralité primaire et secondaire.....	47
II.2. Une bouche qui fait lien : attachement et interactions parents-enfant.....	49
II.2.1. La notion d'attachement	49
II.2.2. Les interactions parents-enfant.....	50
II.3. Les troubles du comportement alimentaire, un trouble de l'oralité.....	52
II.3.1. Epidémiologie des troubles du comportement alimentaire du nourrisson et du jeune enfant	52
II.3.2. Les différents troubles du comportement alimentaire chez le nourrisson	52
II.3.3. Evolution dans la terminologie et dans les classifications	54
II.3.3.1. Classification internationale de l'Association américaine de psychiatrie (DSM)	55
II.3.3.2. Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10).....	56
II.3.3.3. Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la petite enfance (DC :0-5).....	56
II.3.3.3.1. Trouble alimentaire associé à un manque de réciprocité mère-nourrisson	58
II.3.3.3.2. Trouble alimentaire associé à des conditions médicales concurrentes ...	59
II.3.4. Les troubles fonctionnels intestinaux	60
II.3.4.1. Régurgitations.....	61
II.3.4.1.1. Définition	61
II.3.4.1.2. Les difficultés rencontrées face à cette pathologie.....	62
II.3.4.2. Ruminations.....	63
II.3.4.3. Vomissements cycliques	63
II.3.4.4. Coliques.....	63
II.3.4.5. Diarrhée fonctionnelle	64
II.3.4.6. Dyschésie	64
II.3.4.7. Constipation fonctionnelle	65
II.4. L'approche psychosomatique.....	66
II.5. La période périnatale : une période de fragilité parentale.....	69

II.5.1. Du côté maternel	69
II.5.1.1. Dépression et anxiété	70
II.5.1.2. Personnalité état-limite.....	70
II.5.1.3. TCA maternels	71
II.5.2. Du côté paternel	72
II.5.3. Le trouble factice imposé à l'enfant	72
II.6. Les répercussions des TFI sur les interactions parents-enfant.....	74
II.6.1. Concernant le RGO	75
II.6.2. Quel impact d'un trouble interactif précoce sur le RGO ?	77
II.6.3. Concernant les coliques et autres TFI	77
III. DISCUSSION	79
III.1. Discussion autour du 1 ^{er} cas clinique	79
III.2. Discussion autour du 2 ^{ème} cas clinique	82
III.3. Discussion autour du 3 ^{ème} cas clinique	84
III.4. Discussion générale.....	86
III.4.1. Le diagnostic du nourrisson.....	86
III.4.2. Le profil parental.....	86
III.4.3. Les interactions parents-enfant.....	88
III.4.4. Le parcours de soin	89
III.4.4.1. Qui adresse ?.....	89
III.4.4.2. Quand adresser ?	90
III.4.5. Les prises en charge possibles.....	90
III.4.6. Un partenariat avec la pédiatrie ?	92
CONCLUSION	94
Références bibliographiques	96
Annexes	103
Annexe 1 : DSM-IV to DSM-5 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Comparison ..	104
Annexe 2 : Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant CIM-10	105
Annexe 3 : Les trois troubles alimentaires initialement décrits par Chatoor et al.	106
Serment d'Hippocrate.....	108

Table des abréviations

DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
IRM	Imagerie par résonance magnétique
J x	Jour x
mL	Millilitres
PMI	Protection maternelle et infantile
RGO	Reflux gastro-œsophagien
SA	Semaines d'aménorrhée
SNC	Système nerveux central
TCA	Trouble du comportement alimentaire
TFI	Trouble fonctionnel intestinal

Table des illustrations

Figure 1 : Arbre diagnostic des TCA du nourrisson (Abadie, Société Française de Pédiatrie 2009)	53
Figure 2 : Âge de présentation des TFI chez les patients pédiatriques.	65

Table des tableaux

Tableau 1 : Classification de Rome III des TFI selon l'âge (Réalités Pédiatriques 2015)60

INTRODUCTION

Les premières années de vie correspondent à une période de développement riche et rapide dans tous les domaines. Les interactions précoces, les différences individuelles (tempéramentales) et l'environnement dans lequel évolue l'enfant ont un impact majeur sur son développement. Comme peut l'évoquer N. Guédeney, chez les mammifères, l'établissement de la proximité entre un bébé et un adulte qui l'élève est indispensable pour la survie du petit, si immature. Le fait que l'adulte réponde et maintienne cette proximité physique lorsqu'elle est nécessaire est tout aussi indispensable à sa survie. Chez l'être humain, le bébé né avec un équipement biologiquement programmé pour nouer des liens d'attachement et il existe chez la mère des facteurs biologiques et psychologiques qui vont la conduire à des comportements très spécifiques destinés à répondre aux besoins d'attachement (1). La première interaction entre le nouveau-né et sa mère est souvent la première tétée.

Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) sont fréquents, à tout âge et notamment dès les premières années de vie. En effet, environ 70% des enfants âgés de un mois auraient un TFI (2). Ces troubles sont constitués des régurgitations, des coliques, des vomissements cycliques, des ruminations (mérycisme), des diarrhées fonctionnelles, des dyschésies et des constipations fonctionnelles. Ils peuvent s'exprimer de manière très diverse et entraîner une errance diagnostique et donc thérapeutique, rendant difficile l'apaisement de l'enfant, et étant source d'inquiétude chez les parents (3).

En service de psychiatrie périnatale, nous avons constaté une demande accrue par différents professionnels (médecin traitant, pédiatre, sage-femme...) d'évaluation de situations familiales complexes pour lesquels le nourrisson était atteint de TFI. Le TFI que nous rencontrons le plus fréquemment en pratique clinique est la régurgitation. La frontière entre la régurgitation et le reflux gastro-œsophagien (RGO) physiologique ou pathologique est bien souvent confuse, que ce soit pour les parents mais également en pratique médicale, utilisant souvent un terme pour désigner l'autre et inversement.

Trois situations nous ont particulièrement interrogé en raison des répercussions familiales de cette affection : il s'agit de Jules, Léa et Paul. L'apparition des régurgitations a entraîné leur famille dans de multiples consultations jusqu'à nos services.

Afin de leur proposer la prise en charge la plus adaptée, nous n'avons pas pu faire l'impasse sur la fonction du symptôme au sein de leur système familial. Bien que le trouble ait tendance à se résoudre spontanément à la fin de la première année de vie, cette période est aussi une période charnière dans la construction de liens parent(s)-bébé positifs et sécurisants.

Nous nous sommes alors interrogés sur ce qui pouvait se jouer au sein de la famille autour de ces TFI, et notamment autour des régurgitations. Notre questionnement principal était alors de savoir quelles pouvaient être les répercussions sur les interactions parents-enfant, et secondairement, sur le psychisme parental et sur le développement de l'enfant.

Nous avons donc effectué un état des lieux des connaissances sur ce sujet en réalisant une revue non exhaustive de la littérature. Pour se faire, nous avons consulté les ouvrages de références sur le sujet. Puis nous avons cherché sur plusieurs bases de données sur internet. Ont été utilisés les moteurs de recherche *Medline*, *ScienceDirect* ainsi que *GoogleScholar* avec comme termes de recherches (*MeSH Terms*) : « *infant* », « *mother-child interactions* », « *mother-infant interactions* », « *functional intestinal disorders* », « *gastroesophageal reflux* » et « *colic* ».

Notre avons souhaité présenter notre exposé de la manière suivante :

- La première partie exposera en détails les trois cas cliniques de Jules, Léa et Paul. Ces cas cliniques viennent illustrer de manière concrète mais non généralisée une infime partie des situations auxquelles nous pouvons être confrontés.
- La seconde partie expose les résultats de notre revue de la littérature. Nous verrons que la bouche du nourrisson occupe une place essentielle dans son développement, et en particulier dans l'instauration de la relation à l'autre.
Puis, nous aborderons les troubles du comportement alimentaire (TCA) du nourrisson et du jeune enfant par les différentes terminologies et classifications qui peuvent exister, pour finir par exposer spécifiquement le cas des TFI.
Nous évoquerons ensuite le milieu dans lequel ces troubles peuvent s'inscrire, et les fragilités psychologiques que peuvent rencontrer les parents durant la période périnatale.
Pour terminer, nous verrons quelles peuvent être les répercussions de ces troubles sur la relation dyadique ou triadique.
- La dernière partie de ce travail nous amènera à discuter ces cas cliniques à la lumière des apports de notre revue de la littérature.

I. PRESENTATION DE CAS CLINIQUES

Afin de conserver l'anonymat, les initiales des noms et les prénoms des enfants ont été modifiés.

I.1. Cas clinique de Mme V. et son fils Jules

❖ Juillet 2020

Madame V. est rencontrée pour la première fois en juillet 2020 par l'une des pédopsychiatres du service de psychiatrie périnatale du Centre Hospitalier Esquirol sur les conseils de l'équipe de pédiatrie de l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges. En effet, son fils Jules âgé de 3 mois a été hospitalisé en pédiatrie suite à « des troubles alimentaires ».

Jules est issu d'une grossesse désirée mais arrivée un peu rapidement selon la maman, dans un contexte de pression sociale face à la maternité. La grossesse s'est correctement déroulée jusqu'au 8^{ème} mois, puis est survenue une menace d'accouchement prématurée pourvoyeuse d'une grande anxiété chez la mère qui a alors dû rester alitée. Jules est né à 40 semaines d'aménorrhée (SA) + 3 jours dans les suites d'un accouchement compliqué d'un périnée complet très traumatique mais bien vécu par la maman selon ses dires ! Elle n'abordera pas plus son accouchement par la suite. Le poids et la taille de naissance de Jules étaient dans la norme. Il a bénéficié d'un allaitement artificiel.

Le petit Jules arrive alors dans une famille composée des deux parents, en couple depuis plus de neuf ans. Il est leur premier enfant. Les parents ont tous deux un travail bien prenant avec des horaires très variables pouvant entraîner une absence du domicile sur plusieurs jours. La maman est actuellement toujours en congés maternité. Ils n'ont pas d'antécédent psychiatrique particulier. Les grands-parents paternels sont présents ainsi que la grand-mère maternelle et vivent non loin de chez eux mais sont très peu sollicités. En effet, madame entretient des relations assez distantes avec sa mère qui peut se rendre tout de même disponible. Il existe chez cette grand-mère maternelle un lourd passé de violences sexuelles subis par son propre père puis par son premier compagnon, ainsi qu'une notion de prostitution - afin de ne plus vivre au dépend de ce premier compagnon - dont madame V. n'a pas connaissance.

Lorsque madame V. et Jules sont rencontrés pour la première fois au sein de notre hôpital, elle explique que Jules aurait présenté durant son premier mois de vie un RGO associé

à un stridor en lien avec une laryngomalacie. Le RGO s'est compliqué d'une œsophagite traitée par Esoméprazole, anti-acide d'action locale et lait anti-reflux. Depuis un mois et demi Jules serait donc sujet à des difficultés alimentaires ainsi qu'à une apnée du sommeil ayant entraîné deux hospitalisations sur l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges. En effet, il s'alimenterait en quantité insuffisante et se trouverait dans les limites basses des courbes de croissances. La maman rapporte quatre biberons par jour, le premier de 150 mL puis les autres de 120 mL mais pris de façon incomplète. Un examen sanguin à la recherche d'une allergie aux protéines de lait de vache serait revenu négatif, et une sténose du pylore aurait été exclue grâce à la réalisation d'une échographie. La dernière hospitalisation en pédiatrie concluait donc à l'absence d'anomalie organique pouvant expliquer les difficultés alimentaires présentées par Jules. Une orientation en psychiatrie périnatale leur a alors été conseillée pour observation des interactions mère-bébé, notamment pendant les tétées, et évaluation du lien.

Lorsque nous les rencontrons, les parents semblent très préoccupés par l'état de santé de leur enfant. Ils décrivent un bébé très vigilant initialement, qui luttait beaucoup contre le sommeil mais plus détendu après la mise sous traitement anti-reflux. Il sourit, il gazouille, mais les tétées sont de plus en plus compliquées. Une vidéo de Jules prise lors d'un repas montre en effet un bébé tendu physiquement, en hyperextension et qui tourne la tête à l'approche du biberon. La maman exprime un sentiment de culpabilité concernant l'état de santé de Jules. Elle dit être en recherche d'une étiologie et évoque d'elle-même l'anorexie du nourrisson. Elle se questionne encore sur une origine organique, évoque un éventuel dysfonctionnement du lien avec son fils, et verbalise en fin d'entretien que la situation actuelle retentit sur son humeur.

Une prise en charge en dyade leur est donc proposée sur l'unité de jour parents-bébé à raison de deux demi-journées par semaine afin d'observer plus spécifiquement les interactions mère-bébé autour, entre autres, de la prise alimentaire.

Lors de leur première venue sur l'unité de jour, nous retrouvons un bébé triste, semblant fatigué. Il présente une tension corporelle. Il est revu deux jours plus tard pour la réalisation d'un bilan psychomoteur. Ce dernier retrouve un bébé plutôt tranquille, avec de bonnes acquisitions psychomotrices mais qui va pouvoir se mettre en tension lorsqu'il commence à être fatigué avec une hyperextension du cou et de la tête en arrière. Des tétées peuvent être observées, de 120-130 mL, plus ou moins confortables pour Jules, maman restant en retrait et préférant le relai. Madame exprime alors un refus à l'idée que le problème d'alimentation de Jules puisse être majoré par un trouble de la relation mère-bébé. Elle évoque la volonté de poursuivre les recherches étiologiques en prenant avis auprès de pédiatres

parisiens, tout en ne respectant pas les préconisations médicales alimentaires qui ont pu lui être apportées (notamment biberons enrichis).

Finalement, face à la dégradation de son état psychique il lui est rapidement proposé une hospitalisation à temps plein avec son bébé sur l'Unité d'Hospitalisation Parents Bébé, que la patiente va alors refuser. Un traitement anti-dépresseur est tout de même instauré.

❖ Août 2020, Jules a 4 mois

Deux semaines plus tard, Jules est revu en consultation accompagné de ses parents. Tous deux rapportent un bon développement de leur fils, une amélioration dans la prise des biberons et un échange de meilleure qualité. En effet, lors de la prise du biberon Jules ne présente pas d'attitude physique inquiétante comme cela a pu être le cas auparavant. Une prise en charge psychomotricienne pour Jules est tout de même proposée pour continuer à soutenir son développement. La maman la refuse et semble réticente à toutes propositions de soins. Elle exprime être plus apaisée depuis quelques jours, et de ce fait avoir arrêté la prise de son anti-dépresseur, et ne souhaite pas continuer la prise en charge sur l'unité de jour ni même reprendre de rendez-vous ambulatoire avec le médecin psychiatre.

Madame V. est revue 20 jours plus tard avec son bébé à l'occasion d'une consultation non programmée suite à une nouvelle hospitalisation de Jules en pédiatrie pour cassure de la courbe de poids. Un nouveau traitement aurait été mis en place permettant une meilleure alimentation et une reprise de poids, en contrepartie d'une certaine asthénie chez Jules selon la maman. Celle-ci exprime que Jules ne sourit plus. En effet, Jules paraît fatigué et légèrement grognon mais son développement psychomoteur semble conforme à son âge. Il est présent dans la relation et regarde beaucoup sa maman. Madame dit craindre qu'il ne s'alimente plus. Elle évoque à ce moment qu'une IRM avait été demandée aux 3 mois de Jules face à des doutes sur des troubles importants de type autistique, pouvant être à l'origine de difficultés interactionnelles et alimentaires. Celle-ci ne montrait finalement pas d'anomalie particulière. La prise des biberons serait actuellement de meilleure qualité, ainsi que le passage à la cuillère. Elle projette de son côté de reprendre le travail dans quelques jours et une assistante maternelle est mise en place avec adaptation prévue très prochainement.

Quelques jours plus tard madame V. est finalement en demande d'hospitalisation face à une détresse psychologique importante. Elle dit ne plus supporter son fils, ne pas « aimer sa personnalité ». Elle présente en effet une symptomatologie dépressive sévère qu'elle met

en lien avec les difficultés qu'elle rencontre avec son enfant, entraînant des relations plus conflictuelles avec son compagnon. Elle verbalise que Jules ne s'alimenterait plus et évoque à nouveau la notion d'anorexie. Une hospitalisation en dyade est donc convenue sur l'Unité d'Hospitalisation Parents Bébé.

❖ Septembre 2020, Jules a 5 mois

A son arrivée dans l'unité, madame va pouvoir verbaliser à nouveau des idées de culpabilité face à la situation. Elle reste en recherche d'une étiologie expliquant les troubles de son fils et va même jusqu'à évoquer de nouveau des troubles autistiques pouvant justifier les problèmes alimentaires. La souffrance ressentie est telle que la maman dit ne plus vouloir de son enfant. Elle le considère différent de tous les autres bébés de par son apparence - qu'elle décrit comme trop maigre - son attitude et son défaut d'alimentation. Elle évoque le souhait de le faire adopter. Des idées d'incurabilité sont présentes concernant son état et celui de son fils.

Jules est quant à lui assez tendu, il présente de légers signes d'hypervigilance. Il s'alimente en quantité variable, sans trop de signes de refus la plupart du temps. Il est dans la recherche de contact avec sa maman et avec l'équipe soignante.

Durant les premières semaines d'hospitalisation et après reprise d'une thérapeutique médicamenteuse madame va présenter une légère amélioration de son état psychique. Elle est plus accessible au discours et à l'idée que ses propres difficultés peuvent se répercuter sur les difficultés de son enfant, et que celles-ci ne sont pas liées à une pathologie organique. Elle parvient à verbaliser que son « fils ne doit pas être autiste puisqu'il a de bonnes interactions avec les autres, il doit juste ne pas être sécurisé par moi ». Son discours reste cependant ancré sur le rapport de Jules à l'alimentation. Elle est dans une appréhension constante concernant les repas, une tendance à se focaliser sur des points négatifs qui sont en réalité minimes concernant Jules et son alimentation, allant jusqu'à comparer son bébé à un simple « tube digestif ». Elle critique beaucoup la manière dont Jules s'alimente lorsqu'il est avec elle, en comparaison d'avec l'équipe soignante, souvent à tort. Elle en viendra par la suite à dire « faire le deuil d'un beau bébé, qui ne pleure pas, qui mange bien » comme elle l'avait imaginé, exprimant toujours cette culpabilité de ne pas parvenir à nourrir son fils comme toute « bonne mère ».

De son côté Jules évolue bien au sein de l'unité. Son développement psychomoteur est correct. Les prises alimentaires sont parfois compliquées et en petites quantités mais n'empêchent pas une bonne croissance. La diversification alimentaire se déroule

correctement. La maman présente des difficultés à percevoir cette réalité et reste assez en retrait lors des repas ou dans la demande de relai. Des moments d'accordages sont présents entre Jules et sa maman. Bébé peut être très intéressé par sa mère et dans la recherche de contact, ce que maman va pouvoir lui apporter tout en évoquant parfois une non authenticité de sa part à elle. Des vidéos sont réalisées et travaillées avec les parents, retrouvant des comportements adaptés sur des temps de jeux et des interactions mère-bébé assez riches, ce dont la maman ne prend pas conscience. Elle exprime le fait que les « compétences maternelles » soulignées sur les images sont énergivores pour elle et qu'elle ne peut plus fournir ces efforts, qu'elle n'éprouve aucune satisfaction et aucun plaisir dans les échanges avec son bébé. Nous constatons en effet une difficulté de triangulation, ne pouvant investir le lien à son enfant et à son compagnon en même temps, ce que Jules, lui, est capable de faire. Elle exprime également que le lien à sa propre mère est compliqué et que de ce fait elle ne parvient pas à se représenter comment doit être le lien avec son enfant. La mère de madame V. est rencontrée par la psychiatre du service afin de comprendre un peu mieux la dynamique familiale du côté maternel. C'est à ce moment-là qu'elle nous apporte tous ces éléments de violences passées et tues, que nous lui conseillons d'essayer de livrer à sa fille.

Face au bon développement de Jules et à l'importance pour lui de retrouver un rythme de vie plus habituel, la reprise d'un mode de garde chez l'assistante maternelle est progressivement réinstauré. Il est également favorisé des temps avec le papa au domicile. Le père, qui initialement adhérait complètement au discours de la maman, va peu à peu pouvoir s'en détacher et exprimer qu'en effet les repas sont beaucoup plus sereins et que Jules prend plus de plaisir à s'alimenter. Madame présente encore des difficultés à prendre de la distance vis à vis des repas ; d'autant plus qu'elle a sur son téléphone portable une application lui permettant d'échanger tout au long de la journée avec l'assistante maternelle, notamment sur les repas. Les permissions au domicile, permettant à nouveau une certaine autonomie maternelle autour des repas, vont alors engendrer une recrudescence anxieuse et de nouveau un fléchissement thymique avec des idées obsédantes et hors de la réalité centrées sur l'alimentation. Madame V. va alors exprimer que le réel problème se trouve dans la naissance même de Jules et que les troubles alimentaires n'étaient qu'un élément prétexte à ses difficultés.

❖ Novembre 2020, Jules a 6 mois

Après presque trois mois d'hospitalisation et devant une dégradation de son état psychique il est alors privilégié une hospitalisation pour la patiente seule dans une autre unité.

Un retour à domicile est proposé pour Jules, qui a maintenant six mois passés, afin qu'il puisse se développer dans son environnement familial, investir la relation à son père et auprès de ses grands-parents.

Des temps de rencontres parents-bébé dans le cadre de séances de psychomotricité sont maintenus au sein de l'unité, pour accompagner Jules dans son développement et pour le soutenir dans les rencontres avec sa mère. La maman va pouvoir exprimer de la déception lors de la première rencontre, trouvant que Jules ne manifeste pas assez de plaisir à leurs retrouvailles. Jules est un peu fuyant initialement puis les échanges entre eux deux reprennent rapidement. Elle reste toujours très préoccupée par l'alimentation de son fils, évoquant que peu importe les soins qu'elle pourrait avoir pour aller mieux, cela ne serait pas suffisant face aux difficultés alimentaires de son enfant qu'elle considère toujours comme anorexique. Le suivi en psychomotricité prend fin à la demande du papa face au bon développement de Jules.

Durant la fin de son hospitalisation madame V. va maintenir un discours très négatif envers son fils avec un fort questionnement autour de la maternité, de son rôle de mère et du désir de cet enfant. Les propos sont toujours tournés autour de « la peur de son bébé », la « peur de le nourrir, qu'il ne se développe pas correctement et qu'il continue de maigrir ». L'idée de le faire adopter reste présente et elle se positionne face à un choix impossible entre son enfant et son compagnon qui n'envisage nullement cette possibilité. Elle va alors demander une sortie contre avis-médical en acceptant tout de même qu'un suivi psychiatrique en psychiatrie périnatale se poursuive.

❖ Suivi ambulatoire, de décembre 2020 à avril 2021

Selon les parents, le retour au domicile se serait plutôt bien passé. Jules aurait mangé moins bien dans un premier temps, ce qui n'a pas inquiété le papa, mais qui a pu déstabiliser la maman. Ils ont recommencé à sortir un peu et à voir des amis. Ils projettent également de voir un peu plus leur famille et ont d'ailleurs bénéficié de l'aide de la grand-mère maternelle à la sortie d'hospitalisation de madame. Madame V. exprime ressentir plus de plaisir à s'occuper de son fils. Elle reste très vigilante sur son développement, et paraît facilement inquiète concernant les acquisitions pour son âge. Elle parvient cependant à prendre plus de recul sur les repas de Jules.

Jules quant à lui est très interactif durant les entretiens, il est bien présent dans la relation. Son développement psychomoteur est bon. Il nécessite quelques distractions pour s'alimenter et présente des difficultés avec les morceaux et les aliments trop épais. Sa prise

pondérale reste faible avec une courbe dans la partie basse. Il bénéficie d'une surveillance régulière par son pédiatre.

❖ Aout 2021, Jules a 16 mois

Jules est revu en consultation avec sa maman. Madame V. dit être inquiète car Jules ne parlerait toujours pas, ne marcherait pas et s'alimenterait toujours difficilement. Il ne mangerait pas les morceaux mais manifesterait tout de même dans envie de goûter ce qu'il ne connaît pas.

Jules a en effet un petit gabarit mais il marche presque et discute sans langage construit. Il est dans l'interaction et commence à jouer à s'opposer ce qui est adapté pour son âge. Le lien avec sa mère est évident et réciproque. Madame est consciente de toutes les interactions que Jules peut avoir avec elle ou avec les autres.

Une séance de psychomotricité est proposée. Jules est joyeux, curieux, prend souvent à témoin sa maman. Il vocalise et double parfois les syllabes. Il s'adresse facilement à l'autre pour demander de l'aide avec pointage. Il comprend le langage et fait des gestes de communication. Il est mobile, marche à quatre pattes, peut se mettre debout et marcher en poussant un chariot. Il ne présente pas d'angoisse corporelle. Il accède aux premiers jeux d'imitation et nourrit un bébé au biberon, ce que la maman n'avait encore jamais vu.

Madame V. semble avoir accès à la réassurance de cette consultation mais reste frustrée, il ne coche pas les cases du carnet de santé... L'alimentation reste ce qui est le plus compliqué ; un contact avec une orthophoniste a été pris.

I.2. Cas clinique de Mme S. et sa fille Léa

Mme S. et Léa, âgée de 6 mois, sont rencontrées pour la première fois par notre équipe de psychiatrie périnatale en service de pédiatrie, où Léa est hospitalisée depuis quinze jours pour « stagnation pondérale et prise alimentaire compliquée ». Il se trouve que le pédiatre de ville de Léa nous avait également sollicité quelques jours auparavant. Celui-ci nous avait interpellé dans ce contexte de difficultés alimentaires et afin que nous puissions observer le « lien mère-enfant pour cette famille » et venir en « soutien » à la maman. Il nous signale que Léa ne prendrait ses biberons qu'en étant endormie, et que selon la maman elle n'ouvrirait pas la bouche et se tordrait à l'approche de ces derniers. Des analyses supplémentaires sur le plan neurologique restent à réaliser mais sa demande était d'effectuer également un point sur le plan psychologique, que ce soit diagnostic et de soutien.

Léa est la première enfant du couple. Elle est née à 39 SA avec des mensurations dans la norme. Il s'agit d'une grossesse désirée. Le projet d'enfant n'a pas été vécu de manière anxiogène par les parents. Madame S. entretient de bonnes relations avec sa propre mère ainsi qu'avec son père qui se trouve être son père adoptif. Elle ne connaît pas son père biologique, qui a quitté sa mère alors qu'elle était enceinte. Elle a une sœur plus jeune qu'elle. Du côté paternel, il existe une notion d'antécédents psychiatriques au sein de la famille, mais ils ne s'expriment pas d'avantage dessus.

La grossesse s'est bien déroulée mais a été accompagnée de stress notamment au troisième et cinquième mois de grossesse face à la découverte d'une hyperclarté nucale puis d'une duplicité rénale gauche. L'accouchement a été déclenché à 39 SA devant une suspicion de macrosomie et un excès de liquide amniotique. Il a été long, nécessitant les forceps et une épisiotomie. La maman a alors fait une hémorragie de la délivrance mais dit ne pas en avoir eu un vécu traumatique. Elle a été très fatiguée le premier jour, n'a donc pas pu s'occuper de Léa mais le papa a pu prendre le relai.

A J3 de vie Léa est transférée en néonatalogie pour polypnée et légère hypotonie axiale. Il est découvert un foramen ovale perméable. Léa est également atteinte d'un angiome temporal gauche.

Dès J15 Léa présente des coliques et une suspicion de RGO. Elle est hospitalisée quelques jours pour une hyperthermie et des difficultés alimentaires. Une sténose valvulaire pulmonaire est découverte, laissant penser que les troubles alimentaires pourraient être en lien avec une insuffisance cardiaque. Un traitement par Furosémide est instauré ainsi qu'un lait anti-reflux, permettant une amélioration temporaire de la prise des biberons.

Progressivement les difficultés alimentaires se sont accentuées. A ses deux mois Léa a beaucoup de mal à s'alimenter correctement. Elle boit en dormant, selon les parents, sinon les prises alimentaires sont trop compliquées (manifestations douloureuses). Elle est déjà traitée par Gaviscon. Un traitement par Esoméprazole est ajouté face à la présence d'une œsophagite associée. Malgré cela, la prise des biberons reste compliquée et douloureuse. Le lait est alors changé et l'Esoméprazole est augmenté. La famille a entre-temps arrêté le Gaviscon.

A ses trois mois Léa prend toujours peu de poids, elle ne parvient pas à augmenter ses apports. Son lait est à nouveau modifié pour un lait sans protéine de lait de vache et anti-reflux. Elle est toujours assez hypotonique. Elle semble s'améliorer avec ce dernier lait, est plus souriante et commence à réclamer les biberons.

A ses cinq mois l'alimentation reste finalement difficile malgré un nouveau changement de lait. Elle boit toujours en dormant, ouvre peu la bouche notamment pour les purées ou compotes. Elle sourirait moins et bénéficie de séances de kinésithérapie pour son hypotonie.

❖ Mars 2021, Léa a 6 mois - Rencontre avec l'infirmière de liaison du service de psychiatrie périnatale

Nous rencontrons Léa pour la première fois en service de pédiatrie. La maman décrit en effet une difficulté à prendre les biberons depuis ses 15 jours – 1 mois, avec une prise en petite quantité accompagnée de beaucoup de pleurs, et la fin des biberons une fois qu'elle est endormie. La diversification a débuté mais n'a pas amélioré le comportement de Léa face à l'alimentation. En effet nous pouvons observer lors d'une tétée que Léa prend quelques mL puis se tortille, rejette la tétine, s'arc-boute, se tend et tourne la tête à l'opposé du biberon. Il semble n'y avoir aucune notion de plaisir dans cette prise. La maman peut alors décrire que dans ces moments-là elle n'est plus en interaction avec sa fille qui détourne le regard et qui n'est plus présente dans l'échange. En dehors des moments de repas Léa est décrite comme un bébé calme et souriant. La maman est capable de parler de sa fille de façon positive.

Madame S. se présente d'une manière adaptée envers sa fille, elle l'accompagne verbalement. Elle décrit cependant beaucoup de culpabilité et d'inquiétude face à la situation. Elle exprime perdre parfois patience et avoir pu s'énerver à plusieurs reprises. Elle se remet en question et se demande si l'angoisse qu'elle ressent a pu se transmettre à Léa et être à l'origine des troubles. Elle pleure beaucoup durant cet entretien et dit ne plus parvenir à se projeter avec sa fille. Le papa est décrit par les équipes comme très inquiet également, mais, selon la maman se poserait moins de questions qu'elle. Elle évoque une bonne entente dans le couple, et un discours souvent centré sur Léa.

Au moment de cette rencontre le bilan somatique est encore en cours. Un bilan génétique est en attente et Léa doit revoir le cardiologue pour son suivi.

❖ Mars 2021, Léa a 6 mois - Rencontre avec la pédopsychiatre du service de psychiatrie périnatale

Une rencontre avec la pédopsychiatre du service de psychiatrie périnatale est alors organisée avec Léa et ses parents. Les parents expriment un sentiment de colère face à la situation, un sentiment d'incompréhension et la sensation d'être démunis. Ils ne perçoivent pas les bénéfices de l'hospitalisation et se questionnent sur l'intérêt de cette consultation. La maman se dit épuisée, vivre difficilement cette dernière hospitalisation. Elle se trouve de plus en plus irritable et exprime un moral bas. Le papa quant à lui exprime être « complètement perdu face à tous les discours entendus sur les quantités de lait à donner ou non, sur les comportements à avoir ou non ». Il reste sur une posture assez défensive et dans la banalisation de la souffrance ressentie par sa compagne.

Lors de la consultation Léa présente des signes de tension manifeste en début de consultation, avec un regard assez figé, mais parvient petit à petit à s'apaiser. Un biberon est donné et se passe correctement malgré une régurgitation à la fin. Les parents soulignent la rareté d'un tel repas.

Les différents éléments somatiques que présente Léa posent la question d'une origine neurologique ou génétique. Il semble cependant que les troubles alimentaires de Léa mettent particulièrement à mal ses parents et aient une répercussion sur les interactions dans la triade, provoquant une souffrance morale notamment chez la mère. En effet, lors de cette première rencontre avec la pédopsychiatre, le discours des parents est centré sur les troubles alimentaires de Léa, ne mentionnant à aucun moment les bilans somatiques en attente, notamment le bilan génétique.

Des visites à domicile sont alors proposées ainsi que la possibilité d'une prise en charge en hôpital de jour.

❖ Mars, Avril, Mai, Juin 2021 - Visites à domicile et consultations ambulatoires

Après une période sans évolution, Léa s'alimente peu à peu en plus grande quantité mais présente toujours quelques régurgitations importantes. Celles-ci peuvent mettre sa mère en grande détresse face aux efforts fournis pour donner un biberon. Malgré cela Léa est globalement calme, parfois plus tendue. Elle est bien éveillée. Son développement psychomoteur est correct pour son âge bien qu'il persiste une hypotonie axiale. Elle attrape

bien les objets et les mets à la bouche. Les interactions entre elle et sa maman semblent de plutôt bonne qualité. Elle est cependant très insécure dans les échanges avec autrui, notamment auprès de ses grands-parents, et peut pleurer lorsque l'on s'adresse à elle. La situation est plutôt stable au fil des mois.

Madame peut évoquer que son moral fluctue en fonction de l'alimentation de Léa mais qu'elle se sent tout de même mieux dans l'ensemble. Elle prend plaisir à voir grandir sa fille et à passer du temps avec elle. Elle parvient à être plus souple autour de l'alimentation et à être moins déstabilisée par les repas plus compliqués.

A la consultation du mois de Juin Léa prend beaucoup mieux ses biberons mais elle refuse encore certains aliments comme la purée. Elle poursuit sa prise de poids et le fait qu'elle prenne au moins ses biberons rassure sa maman. Madame S. explique que le fait d'espacer les pesées de Léa de façon bimensuelle diminue également nettement son anxiété.

L'été arrivant, la prochaine consultation est espacée au mois de septembre mais la maman demande à ce que nous puissions faire un lien avec la crèche qui va accueillir sa fille à la rentrée. Concernant l'état général de Léa, les bilans génétiques sont en cours.

I.3. Cas clinique de Mme C. et son fils Paul

❖ Novembre 2019

Madame C. est adressée, à sa demande, à la psychologue du service de psychiatrie périnatale par la puéricultrice de PMI pour mettre en place un suivi dans un contexte de trouble anxiodépressif du post-partum.

Elle est mère de deux enfants, une fille ainée de trois ans et un fils, Paul, de deux mois. Ce dernier présenterait un RGO, faisant écho pour la maman aux troubles qu'a pu présenter la grande-sœur de Paul.

Paul est issu d'une grossesse désirée. Il est né à 38 SA, par voie basse, avec un poids de naissance dans la norme. Il n'a pas eu de complications somatiques à la naissance mais a rapidement présenté « des reflux gastro-œsophagiens ». La maman explique avoir été dans un état d'hypervigilance dès la naissance de Paul.

Les deux parents vivent ensemble. La mère n'a jamais eu de suivi psychiatrique ni psychologique auparavant malgré la présence d'un épisode dépressif antérieur (non médicalisé) et de troubles du comportement alimentaire durant l'adolescence. Elle bénéficie d'un entourage familial et amical soutenant mais ne se confie à eux que très peu. Son mari est décrit comme aidant et présent. Il n'est pas noté d'antécédent psychiatrique de son côté.

Madame C. est très inquiète concernant l'état de santé de son fils de par la présence de ces RGO qui la renvoient à un état anxieux qu'elle a connu antérieurement. Dans un récit qu'elle a pu faire ultérieurement, elle écrit : « *Il est trois heures du matin, Paul dort depuis 21h, moi pas. Je reste au-dessus de son berceau, je regarde sa poitrine se soulever, je guette le moindre bruit, le moindre râle, un infime geste de sa part et je me répète inlassablement que son reflux doit le faire souffrir, j'ai peur qu'il ait mal... non je ne supporte pas l'idée qu'il puisse avoir mal et que je ne puisse pas le protéger. J'associe un infime gémissement à de la douleur, je ne vois plus Paul, je vois un bébé malade, un bébé que je dois sauver.* »

❖ Décembre 2019, Paul a 3 mois

« *Nous avons rendez-vous chez la pédiatre [...] Elle l'a dit « Paul va très bien ». Est-ce que je suis rassurée ? Oui, pour quelques minutes seulement. [...] ce qui m'importe c'est que Paul termine ses biberons et qu'il reprenne du poids. Un bébé en bonne santé est un bébé qui mange.* »

Mi-décembre, Paul est atteint d'une bronchiolite ayant entraîné un épisode de dyspnée et des vomissements. Une hospitalisation en pédiatrie est envisagée si la symptomatologie autour des RGO venait à s'aggraver. Madame C. exprime alors être en « rechute », elle ne dort plus, mange très peu, pleure beaucoup et présente des « *angoisses importantes, peut-être disproportionnées* ». Un rendez-vous avec la psychiatre du service lui est alors proposé. Madame C. présente en effet un état d'hypervigilance nocturne et diurne lié à des angoisses massives lorsqu'elle est en présence de son fils, axées sur son état de santé, voire sa mort, allant jusqu'à imaginer l'enterrement de Paul. Cette angoisse est démultipliée lorsqu'elle est seule avec Paul et engendre des difficultés à être au contact de son fils.

❖ Janvier 2020, Paul a 4 mois

Une prise en charge en unité d'hospitalisation lui est alors proposée, ainsi que l'instauration d'un traitement anti-dépresseur. Madame C. va pouvoir exprimer un sentiment d'échec face à cette nécessité d'hospitalisation.

Elle explique avoir toujours eu un tempérament anxieux, qui s'est exacerbé à la naissance de sa fille qui souffrait d'un RGO diagnostiqué tardivement. Elle décrit avoir eu à l'époque un sentiment d'impuissance devant les pleurs de sa fille ainsi qu'une forte anxiété face à son état de santé. La symptomatologie de Paul, présente rapidement après sa naissance, a alors provoqué une recrudescence anxieuse, malgré une prise en charge plus précoce que pour sa fille. Elle explique avoir essayé rapidement de mettre des stratégies en place pour Paul afin de se rassurer, comme diminuer les quantités de lait pour ne pas favoriser les régurgitations. Elle évoque que malgré cela des angoisses de mort envahissantes étaient présentes, associées à des ruminations anxieuses vespérales et des symptômes physiques tels que des oppressions thoraciques, des spasmes laryngés ou abdominaux entraînant une hyporexie

Le temps d'hospitalisation nous permet d'observer que la maman est dans une anticipation importante concernant le déroulement de la journée et particulièrement celui des repas. Elle est dans un besoin de maîtrise absolue. En effet, elle ne laisse que difficilement le relai auprès de l'équipe soignante pour s'occuper de Paul.

Madame exprime ressentir du plaisir à s'occuper de son fils, bien qu'elle le ressentie parfois comme un effort.

Paul est un bébé de plutôt bon contact, il est expressif, fait des sourires réponses et des vocalises. Les temps de repas sont fluctuants, alternant entre des repas plutôt calmes et d'autres plus agités nécessitant de faire des pauses, de marcher, de le distraire. Il nécessite dans ces moments-là un portage plus contenant. Cette tension physique peut aussi être

manifeste avant certains endormissements. Il est cependant globalement plus détendu sur les autres temps. Son développement psychomoteur est adapté pour son âge, ainsi que sa croissance staturo-pondérale. Il saisit bien les objets et les met en bouche.

La patiente se trouve rapidement rassurée par l'hospitalisation. Elle est plus réceptive aux conseils qui lui sont apportés. Il persiste cependant une fragilité anxieuse avec un besoin de réassurance régulier sur l'état de santé de son bébé, avec parfois des inquiétudes irraisonnées, interprétatives et disproportionnées. Cette recrudescence anxieuse est manifeste dans les moments où Paul semble plus douloureux et plus gêné par ce qui pourrait être des reflux internes associés à une toux d'irritation. Elle parvient toujours à être enveloppante avec son fils et dans de bons moments d'échanges (sourires, vocalises) mais peut se montrer plus sèche lorsque Paul s'agite durant les prises alimentaires, et se radoucit lorsqu'il finit entièrement son biberon. Il est principalement observé des interactions entre eux deux de plutôt bonne qualité.

Progressivement, et parallèlement au traitement de son trouble anxio-dépressif, madame C. va se trouver plus accessible à la réassurance, dans une meilleure capacité à relativiser et dans un lâcher prise plus important. Les temps de repas sont plus fluides malgré le fait que Paul présente encore par moment une tension et des sensations de gênes que la maman va réussir à recevoir sans paniquer et s'adapter.

Après un mois d'hospitalisation une sortie est alors programmée.

Le retour à domicile se passe relativement bien. Le couple est parvenu à retrouver un équilibre familial. Paul a pu faire une immersion chez l'assistante maternelle qui s'est bien déroulée. Les parents évoquent une amélioration globale tant sur le plan alimentaire que du sommeil ou des temps d'éveil.

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE

II.1. La notion d'oralité

Le terme « oralité » est issu du latin « os, oris » qui signifie « bouche ». Il fait référence dans le dictionnaire français au caractère oral de la parole, d'un discours, mais également à l'ensemble des caractéristiques du stade oral défini par Sigmund Freud. De manière plus globale, il regroupe l'ensemble des fonctions orales que sont l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, les relations érogènes et le langage (4). Cette multitude de fonctions prend sens par la position anatomique très particulière qu'occupe la bouche, au carrefour du dedans et du dehors.

Il est connu que le terme d'oralité est une notion clé dans le vocabulaire psychanalytique par l'approche qu'en fait Freud dès 1905 en affirmant sa nature sexuelle, faisant alors rupture avec l'idée de départ se rapportant à l'instinct nutritionnel de conservation (5). La relation sexuelle vient se greffer secondairement sur la satisfaction des besoins vitaux de l'organisme (6).

Ce terme est par la suite repris par de multiples professionnels apportant une définition plus large mais considérant toujours la succion comme ayant une place essentielle dans le développement de l'enfant. Ceci par son pouvoir apaisant et par les interactions mère/enfant qu'elle permet, notamment lors des pauses de succion après une tétée qui entraînent un échange de regards, de gestuelle et de parole (7). A la croisée entre le désir et le besoin, l'oralité occupe une place primordiale dans la construction identitaire et dans le mode de relations aux autres.

II.1.1. Quelques éléments embryologiques

La bouche se dessine dès la 5^{ème} semaine de vie intra-utérine. Initialement, la cavité buccale et la cavité nasale sont regroupées en une seule cavité appelée la cavité buccale primaire. Elle est située à l'extrémité antérieure du cerveau primitif et face à l'extrémité antérieure de l'endoderme, futur tube digestif, avec lequel elle communique après disparition de la membrane pharyngienne. Il s'agit donc d'un organe qui a la même origine embryologique ectodermique que l'épiderme, réalisant en quelque sorte la jonction entre le cerveau et le tube

digestif (8). Les cavités buccales et nasales se séparent au cours du 2^{ème} mois d'embryogénèse. Le fœtus peut alors commencer à ouvrir la bouche.

Des mouvements de la mâchoire sont présents dès la 9^{ème} semaine de vie intra-utérine. La succion se met en place dès la 12^{ème} semaine de gestation, de façon spontanée ou activée par pression tactile de la zone buccale ou péribuccale. Elle est peu fréquente initialement puis plus répétitive. Elle correspond à ce stade à ce que l'on peut appeler la succion non nutritive. Elle joue par la suite un rôle dans le développement de la déglutition, avec notamment la déglutition du liquide amniotique qui nécessite une coordination succion-déglutition apparaissant vers la 32^{ème} semaine de vie intra-utérine et qui finit sa maturation à la naissance (6) (7) (8).

Une fois que le liquide amniotique est dégluti, il peut connaître des allées et venues au travers de la trachée par les mouvements thoraciques. Il est en contact avec les récepteurs sensoriels de la cavité buconasale. En effet, la sensorialité fœtale se met également en place de façon précoce avec des récepteurs tactiles péribuccaux et olfactifs présents dès la 8^{ème} semaine de vie intra-utérine et des bourgeons gustatifs dès la 12^{ème} semaine. Ils sont donc fonctionnels dès la fin du premier trimestre de grossesse. Le fœtus perçoit alors dès à présent des perceptions sensorielles multiples, que ce soit par les odeurs, les saveurs, les sons, les perceptions tactiles, dont il se souviendra à la naissance et qui favoriseront une orientation vers la figure maternelle ainsi qu'une certaine préférence alimentaire (7) (9).

II.1.2. Approche psychanalytique et transdisciplinaire

Dans *Essais sur la théorie sexuelle*, Freud s'intéresse aux formes de la vie sexuelle de l'enfant et décrit les trois stades de la sexualité infantile, définis par l'organe du plaisir concerné : le stade oral, le stade anal et le stade phallique. Lorsque Freud parle de « sexualité » il évoque une sexualité infantile par la recherche du nourrisson, dès la naissance, de jouissance locale, de plaisir au sens large. Dans ce qu'il appelle le stade oral, Freud explique que c'est l'action de succion qui procure au nourrisson une sensation de plaisir et pas uniquement l'absorption de nourriture (10). Il explique que « le but sexuel réside dans l'incorporation de l'objet, prototype de ce qui jouera plus tard, en tant qu'identification, un rôle psychique si important » (11). La notion « d'incorporation » renvoie à « l'introjection ». Elle se définit par le fait de ressentir du plaisir en introduisant un objet étranger en soi, en le détruisant et en s'appropriant ses qualités en le gardant à l'intérieur de soi, en l'assimilant à soi. Ceci permet alors « l'identification » qui correspond à la transformation du sujet, ici le nourrisson, totalement ou partiellement, sur le modèle de ce qu'il a assimilé (10).

K. Abraham rajoute que le stade oral serait divisé en deux sous-stades : une oralité passive, ou réceptive, du premier semestre, et une oralité active, ou sadique, du deuxième semestre, caractérisant un comportement différent à l'égard de l'objet (11) (6). Dans le premier cas le plaisir serait alors lié à la succion, dans le deuxième il serait lié à la morsure.

Freud évoque également la notion de « suçotement » ou « succion voluptueuse » pour laquelle l'activité sexuelle est séparée de l'activité d'alimentation et dont l'objet appartient au corps propre. Elle s'accompagne d'une distraction totale de l'attention et peut conduire à l'endormissement (11).

De plus, dans son récit sur *La Négation* il fait référence aux premières pulsions orales et écrit « je veux manger ceci ou je veux le cracher [...] je veux introduire ceci en moi ou l'exclure hors de moi », autrement dit, j'introjecte tout ce qui est bon et je rejette le mauvais (12). Par ce choix, l'alimentation prend alors un rôle bien particulier dans le développement psychique de l'enfant. Peu à peu, la distinction dehors/dedans se fait et permet la construction de sa propre représentation corporelle.

Le nourrisson est alors face au plaisir de la succion, au plaisir de l'alimentation mais également au déplaisir que le manque de celle-ci peut provoquer. A tout ceci s'ajoute la découverte de « plaisirs associés » induits par la voix, le toucher, l'odeur, le holding de sa mère. Le pédopsychiatre Golse et le psychomotricien Guinot évoquent en effet que « la bouche ne peut être réduite à sa dimension corporelle » par les processus dans lesquels elle est impliquée - en lien avec sa position anatomique - et qui participent à l'ontogénèse de l'être humain. Ceci rejoint les propos du pédiatre Abadie pour qui l'oralité implique « les fonctions sensori-motrices fœtales, l'adaptation à la vie extra-utérine, la fondation du lien mère-enfant, l'adaptation de l'enfant à ses besoins nutritionnels donc sa croissance, son organisation psychosociale : appétit, plaisir, hygiène, éducation, et sa construction cognitive, relationnelle et culturelle » (4).

II.1.3. Oralité primaire et secondaire

La notion d'oralité peut être divisée en deux entités, l'oralité primaire et l'oralité secondaire.

L'oralité primaire renvoie à la succion non nutritive que nous avons évoquée précédemment et à la succion nutritive qui se développe à la naissance nécessitant une coordination entre la déglutition et la respiration. Ces deux types de succion font intervenir des structures neurologiques sous-corticales, elles sont réflexes.

L'oralité secondaire correspond à une oralité volontaire. Elle est permise par des mouvements buccaux qui se complexifient, la mise en place de la mastication et, des mouvements de la langue qui évoluent. Ceci rend alors possible une maîtrise de la propulsion du bol alimentaire vers les zones réflexogènes de la déglutition (4). Elle se met en place en parallèle de l'acquisition de la préhension volontaire (5 mois), la mise en bouche des objets (6 mois), l'organisation regard-mains-axe médian (7 mois), puis le geste volontaire et d'échange (9 mois). Le développement de l'oralité secondaire est une des premières étapes du conflit de l'enfant avec son environnement. Le réflex nauséeux, qui doit en principe s'atténuer en phase d'oralité secondaire, peut persister de façon importante voire excessive et participer aux troubles de l'oralité des enfants qui ont subi des stress oraux (8).

II.2. Une bouche qui fait lien : attachement et interactions parents-enfant

Comme évoqué précédemment, la bouche, mise à part sa fonction d'alimentation, permet le langage mais aussi l'instauration d'une relation entre le bébé et autrui, l'instauration d'un attachement. Le développement précoce psychologique du nourrisson dépend d'un processus maturatif d'origine génétique mais également des interactions qui vont avoir lieu entre l'enfant et son environnement. Le bébé présente dès la naissance des capacités innées qui vont lui permettre d'appréhender le monde, de se socialiser et d'être dans un rapport d'apprentissage.

II.2.1. La notion d'attachement

C'est à partir de 1958 que le psychiatre anglais Bowlby s'intéresse à ce qu'il appellera plus tard la notion d'attachement en développant « la théorie de l'attachement ». Jusqu'alors l'idée était telle que la tendance à se lier à autrui était acquise durant l'enfance. Selon Freud, elle serait secondaire à la tendance d'autoconservation, prime de plaisir relativement tardive pour l'enfant recevant de sa mère la nourriture. C'est ce qu'il appelle la théorie de l'étaillage (11) (13). Pour J. Bowlby, la capacité à s'attacher à autrui serait une fonction biologique, ne dérivant d'aucune autre et tout autant nécessaire à la survie que le besoin de se nourrir. La bouche est alors considérée comme le premier organisateur du développement psychique de l'enfant (14). Elle correspond au lieu des premiers attachements, des premières découvertes et expérimentations. Sa place est primordiale dans l'élaboration du rapport à l'autre et du jeu relationnel.

Le système d'attachement a pour objectif de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou des figures adultes afin d'obtenir un réconfort lui permettant de retrouver un sentiment de confort interne face aux éventuels dangers de l'environnement. Des facteurs internes comme la fatigue ou la douleur, ou des stimulus externes vécus comme effrayants vont alors activer plus ou moins fortement ce système, conduisant l'enfant à chercher et à n'être satisfait que par le contact ou la proximité de la figure d'attachement. Pour y parvenir, le nourrisson utilise divers comportements innés tels que le sourire, les vocalises, le fait de s'agripper, les pleurs, et, plus tard, la marche. Dans un premier temps ces comportements ne vont pas être dirigés spécifiquement vers une figure particulière. C'est au bout de plusieurs mois que l'enfant va développer une relation d'attachement préférentielle à une personne spécifique, celle qui va s'engager dans une interaction sociale et durable animée avec le bébé et qui répondra

facilement à ses signaux et à ses approches, aussi appelée *caregiver* (donneur de soins) (15). Le système des comportements d'attachement mis en œuvre par l'enfant a tendance à rester stable et s'organise sur la base de représentations cognitives et affectives de soi, du parent et de leur relation (16). C'est un processus réciproque, nécessitant des interactions entre l'enfant et la figure d'attachement.

II.2.2. Les interactions parents-enfant

Les différentes interactions permettant de créer un attachement sont décrites en trois grands groupes : les interactions comportementales, affectives et fantasmatisques (17).

Les interactions comportementales se situent dans trois registres :

- Corporelles, correspondant à la manière dont l'enfant est tenu, maintenu par le parent, et également à la manière dont le nourrisson s'ajuste dans les bras du parent (holding).
- Visuelles, avec un échange de regards qui se fait dès la naissance et pouvant entraîner chez la mère un sentiment de valorisation, de reconnaissance, voyant son enfant la fixer en particulier lors des tétées.
- Vocales, par le dialogue instauré par la mère à son bébé dès les premières heures de vie, mais également par les manifestations verbales du bébé, les pleurs, les cris constituant le premier langage du bébé, moyen d'expression de ses besoins et de ses affects.

Les interactions affectives vont se manifester chez le nourrisson à travers ses regards, ses mimiques, ses vocalises, ses gestes. Ceci traduit alors un certain intérêt, plaisir, bien-être ou au contraire un inconfort, une indifférence, une insécurité, de la colère. Ces émotions tendent alors à mobiliser les affects des parents.

Les interactions fantasmatisques se font par le biais de la vie psychique de la mère. Ses fantasmes conscients et inconscients jouent un rôle dans l'organisation et le développement des interactions et participent à la modulation de la vie psychique de l'enfant. Les pensées que la mère forme à propos de son enfant, initialement bébé imaginaire, vont influencer sur le système d'échanges des interactions de la mère avec son bébé d'abord en intra-utérin puis à la naissance (18).

Les interactions parents-enfant peuvent être perturbées, et ce, de trois façons. Soit par un excès de stimulations de la part du parent entraînant alors une submersion chez le bébé, pouvant être à l'origine de manifestations négatives de sa part ou au contraire d'un retrait. Soit, par un défaut de stimulation s'expliquant par un parent peu disponible psychologiquement (déprimé par exemple) ou par un bébé en retrait ou passif. Ou, pour terminer, par une perturbation dans la réciprocité des interactions provoquées par une difficulté d'adaptation de l'adulte aux rythmes de l'enfant nécessaire pour une harmonie dans les interactions (17).

Le travail d'investissement affectif du nouveau-né n'est pas toujours chose aisée. En effet, la mère se trouve confrontée à un travail d'épreuve de la réalité avec la nécessité d'inclure dans son organisation le nouveau-né réel et de se distancier de l'enfant imaginaire. Enfant imaginaire sur lequel étaient projetées toutes les perfections et les idéalizations de la mère fondées sur son histoire personnelle, la nature des relations entretenues avec le père de l'enfant et la place qu'occupe le désir d'enfant dans son inconscient (18).

L'idée est telle que, pour beaucoup, les premiers liens mère-bébé sont principalement fondés sur la réussite des échanges alimentaires. Et, à l'image de l'expression « mère nourricière » la relation alimentaire symbolise le lien mère/bébé post-natal (19). M. Ainsworth rapporte que la réactivité maternelle aux signaux de l'enfant, relatifs à l'alimentation, est étroitement liée à la sécurité ou à l'anxiété de l'attachement qui se développe par la suite (20). Les troubles de l'oralité, provoquant un malaise au cœur de l'échange nourricier, renvoient à la menace subjective du danger morbide du refus alimentaire. Là où la mythologie culturelle propose le don d'alimentation, l'ingestion et la réplétion comme métaphores de l'amour et de la plénitude partagée, les troubles alimentaires renvoient à l'impossibilité d'une transmission harmonieuse de cet « aliment-amour », de ce « lait-lien » de la mère nourricière et/ou de ses substituts. Cette bascule du plaisir en souffrance est indissociable de son contexte de frustration relationnelle mutuelle. Meurtrie par cet échec, source de culpabilité, la mère mais aussi plus largement les parents peuvent s'ancrer dans la rigidification d'une spirale interactive négative (21). Cependant, si l'on considère les interactions sur le plan alimentaire, lors de contacts corporels étroits ou dans le face à face, on ne peut attribuer une importance prédominante à l'un d'eux ; chacun a son intérêt (20).

II.3. Les troubles du comportement alimentaire, un trouble de l'oralité

Les troubles de l'oralité alimentaire regroupent les troubles de succion-déglutition-ventilation congénitaux ou d'expression précoce et les troubles du comportement alimentaire du jeune enfant (8).

II.3.1. Epidémiologie des troubles du comportement alimentaire du nourrisson et du jeune enfant

En consultation médicale, les principaux troubles de l'oralité rencontrés sont les troubles du comportement alimentaire (4). Ces troubles, chez le nourrisson ou le jeune enfant, sont un motif fréquent de consultation que ce soit en pédiatrie ou en pédopsychiatrie (22). En effet, il est retrouvé qu'environ 25 à 50% des enfants sont amenés à consulter pour des difficultés alimentaires et que dans 1,4 % des cas ces difficultés sont associées à une perte de poids (23). Ces difficultés alimentaires peuvent s'étendre de l'établissement des rythmes alimentaires jusqu'à des formes très sévères mettant en jeu le pronostic vital. La notion de « refus alimentaire » serait rapportée par les parents chez 25% des nourrissons (24). D'autre part, plusieurs études ont pu démontrer que la présence de troubles alimentaires précoces serait prédictive de troubles du comportement, de troubles anxieux et de problèmes alimentaires durant l'enfance et l'adolescence (25) (24). Ils sont aussi, dans beaucoup de cas, source d'anxiété majeure chez les parents. Par ces données, nous mesurons alors l'importance des connaissances à avoir sur ce sujet et l'impact non négligeable qu'ils peuvent représenter.

II.3.2. Les différents troubles du comportement alimentaire chez le nourrisson

Le comportement alimentaire du nourrisson dépend de nombreux facteurs qui peuvent être anatomiques, neurologiques, hormonaux, sensoriels ou psychologiques. Selon le facteur altéré parmi ces derniers, la sémiologie du trouble alimentaire va être différente, pouvant correspondre à des étiologies diverses, du plus organique au plus psychogène. L'approche diagnostique d'un trouble du comportement alimentaire du nourrisson et du jeune enfant est essentiellement clinique, basée sur une anamnèse orientée, sur l'observation de l'enfant et de son environnement (26).

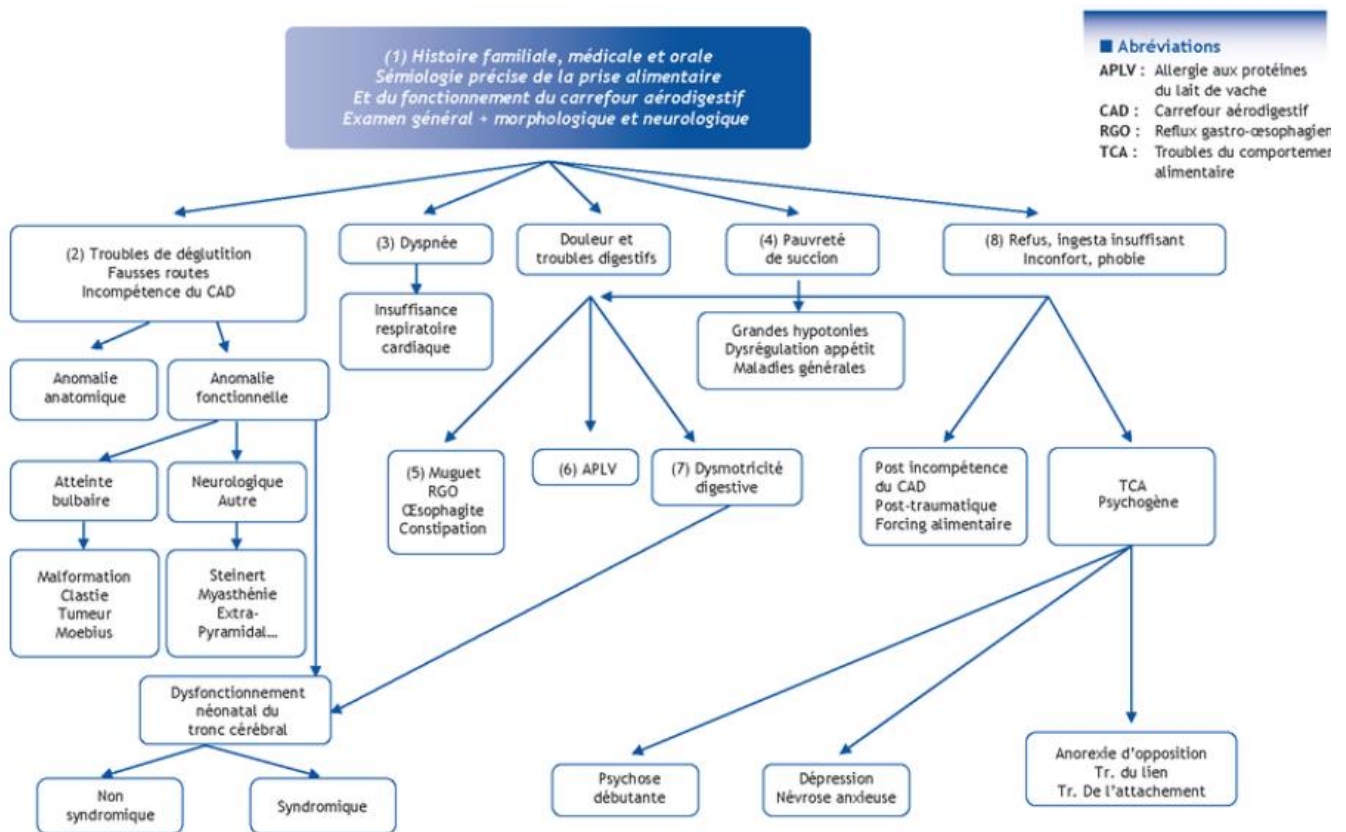


Figure 1 : Arbre diagnostique des TCA du nourrisson (Abadie, Société Française de Pédiatrie 2009)

Face à des troubles du comportement alimentaire chez le nourrisson il est primordial de rechercher en premier lieu une anomalie organique avec notamment une compétence ou non du carrefour aérodigestif. Si ce dernier est compétent il faut se questionner sur la présence ou non d'une dyspnée. Dans le cas où ces deux premiers points sont normaux on peut s'interroger sur la présence de douleurs et de troubles digestifs pouvant entraîner des difficultés alimentaires, comme un RGO et ses complications, une allergie aux protéines de lait de vache ou une dysmotricité digestive. Il faut également rechercher une pauvreté de succion précoce pouvant être liée à une hypotonie. Si après tout ceci aucune anomalie organique objective n'est retrouvée, une origine psychogène des troubles peut être évoquée, liée à un évènement post-traumatique ou non.

Cependant, nous savons également qu'une étiologie mixte des TCA (combinaison de problèmes non-organiques et organiques) peut exister et est d'ailleurs particulièrement représentée dans la clinique des TCA précoces.

II.3.3. Evolution dans la terminologie et dans les classifications

Bien que ces troubles soient retrouvés de façon fréquente, il existe une certaine imprécision dans leur épidémiologie du fait d'une hétérogénéité des classifications et d'une multitude de terminologies imprécises utilisées. En effet, il fut une période où il n'existait pas de critères diagnostiques dans le domaine des TCA du nourrisson et du jeune enfant. De plus, les étiologies de ces troubles sont multiples, multidirectionnelles et complexes. Dans tous les cas il existe un retentissement psychologique plus ou moins important (25). Il paraît alors indispensable pour les professionnels de pouvoir échanger entre eux correctement en utilisant un langage commun. C'est dans ce sens qu'un certain nombre de classifications ont été élaborées.

Il est évoqué deux périodes dans la description des TCA.

Une première période s'étendant des années 1950 aux années 1980 durant laquelle les TCA du jeune enfant ont fait l'objet de nombreuses publications dans le domaine de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la pédiatrie avec l'avènement de la médecine psychosomatique (27). En France, N. Janet puis L. Kreisler ont intégré la symptomatologie des troubles alimentaires dans le corpus sémiologique de la psychogénèse (28). Kreisler et ses collègues se sont intéressés aux « conduites alimentaires déviantes du bébé » en tenant compte des interactions qui avaient lieu entre la mère et son enfant lors des repas, qu'ils considèrent être le reflet des interactions dans tous les domaines. Les médecins psychosomatiques utilisent à cette époque le terme d'« anorexie mentale du nourrisson » se caractérisant par un refus alimentaire sans trouble organique primaire pouvant se manifester sous différentes formes. Ils en ont proposé une classification opposant l'anorexie commune du deuxième semestre aux formes sévères de mécanismes mentaux complexes. Ces formes sévères regroupent les anorexies mentales complexes du premier âge (forme phobique d'évolution aiguë, formes liées aux pathologies « limites » et aux psychoses, forme dépressive) et les anorexies primaires (anorexie primaire compliquant une période d'inappétence passagère, anorexie néonatale active, anorexie d'inertie) (27).

La seconde période qui fait suite s'inspire d'une description plus statistique des troubles permettant une réorganisation de la nosologie tout en conservant une certaine continuité dans les concepts utilisés. C'est à cette période que les classifications internationales des troubles mentaux de l'adulte et de l'enfant sont établies.

II.3.3.1. Classification internationale de l'Association américaine de psychiatrie (DSM)

Créée en 1954 et révisée à plusieurs reprises, ce n'est qu'en 1994, lors de la quatrième version de la classification américaine de psychiatrie (DSM-IV), qu'il est proposé pour la première fois d'y intégrer les « troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant », permettant de les différencier des troubles alimentaires rencontrés chez les autres catégories d'âge (27). Dans le DSM-IV-R publié en 2000 les « troubles de l'alimentation de la première et de la deuxième enfance » regroupent quatre éléments diagnostiques qui sont (29):

- une perturbation alimentaire se manifestant par la persistance de prise alimentaire inadéquate avec l'absence significative de prise de poids ou une perte de poids significative durant au moins un mois,
- ceci n'étant pas associé à une gastroentérite ou d'autres conditions médicales générales (par exemple un reflux gastro-œsophagien),
- ni à des troubles mentaux ou à un manque de nourriture disponible,
- et débutant avant l'âge de six ans.

Cette catégorie est remplacée dans le DSM-5 (publié en 2013) par la catégorie « AFRID », signifiant Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (trouble de l'apport alimentaire évitant/restrictif) (30). Elle rassemble les enfants et les adultes présentant des troubles alimentaires qui entraînent une perte de poids significative, une insuffisance nutritionnelle significative, une dépendance à l'alimentation entérale ou aux suppléments nutritionnels oraux, tout en interférant avec le fonctionnement psychosocial. Un facteur organique ou un autre trouble mental sont là aussi reconnus comme étant des facteurs d'exclusion à moins que la gravité de la perturbation alimentaire dépasse celle systématiquement associée (9). (Annexe 1)

Nous pouvons noter que ces critères diagnostiques ne prennent pas en compte les groupes d'enfants présentant des comportements alimentaires problématiques mais qui conservent une prise de poids suffisante.

II.3.3.2. Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10)

La CIM-10, gérée par l'Organisation Mondiale de la Santé, entre en application en 1993. Son chapitre V concerne les troubles mentaux et troubles du comportement. Elle est mise à jour annuellement, et la dernière version de 2021 traduite en français définit les troubles sous les termes de « troubles de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant ». Ils sont définis par « un refus alimentaire et des caprices alimentaires excessifs, alors que la nourriture est appropriée, que l'entourage est adéquat et qu'il n'y a pas de maladie organique ». Elle y inclue le mérycisme et définit également des troubles qualitatifs de l'alimentation tel que le pica. Le critère pondéral n'est pas là indispensable pour poser le diagnostic (9) (31). (Annexe 2)

II.3.3.3. Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la petite enfance (DC :0-5)

C'est à partir de 1983 au sein de l'université de Washington qu'Irène Chatoor (Professeur de psychiatrie et de pédiatrie) et ses collègues, se sont intéressés à décrire les caractéristiques diagnostiques cliniques des troubles du développement de l'alimentation dans la petite enfance. Les trois troubles alimentaires initialement décrits étaient : les troubles alimentaires de l'homéostasie, les troubles alimentaires de l'attachement, et l'anorexie infantile ou troubles alimentaires de séparation (32) (23). (Annexe 3)

En 1997 ils créent également une échelle (Chatoor Feeding Scale) d'évaluation des interactions mère-enfant pendant les temps de repas, pour les enfants de un mois à trois ans. Elle est composée de cinq catégories qui sont la réciprocité des interactions au sein de la dyade, le conflit qui peut y être présent, la place de la parole et de la distraction lors du repas, la lutte que peut présenter l'enfant lors des prises alimentaires et la capacité de la mère à répondre aux besoins de son enfant (32).

L'approche descriptive de ces troubles a permis de publier en 1994 une classification américaine prenant en compte la santé mentale de la petite enfance, la Zero to Three (DC :0-3) (22). Elle est créée afin d'aborder plus finement la diversité et la spécificité des troubles rencontrés à l'âge préscolaire, avec une approche plus développementale, en complément des classifications déjà existantes.

Elle se compose de cinq axes qui incitent le clinicien à s'intéresser :

- aux symptômes de l'enfant,
- aux relations avec ses parents,

- à sa situation médicale et son incidence éventuelle sur la relation parent/enfant et sur la santé mentale,
- aux facteurs de stress psychosociaux environnementaux, et,
- au niveau de fonctionnement et compétences dans son développement social, émotionnel, cognitif, psychomoteur, communicatif et langagier.

Elle apporte également une équivalence avec le DSM-5 et la CIM-10 pour chaque trouble clinique répertorié. Cette classification était initialement formée de trois sous-types de diagnostics. Une révision en 2002 (DC :0-3R), validée en 2009 y ajoute trois autres sous-types pour finalement s'arrêter à six sous-types de troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant qui sont (9) (22) (23) :

- Trouble alimentaire de la régulation des états, anciennement appelé « Trouble alimentaire de l'homéostasie (débutant durant la période de nouveau-né) : lié à des difficultés de régulation interne et d'installation des rythmes chez le nouveau-né.
- Trouble alimentaire associé avec un manque de réciprocité mère-nourrisson, anciennement appelé « Trouble alimentaire de l'attachement » (débutant entre deux et six mois) : lié à des troubles de l'attachement et à la pauvreté des interactions.
- Anorexie du nourrisson, anciennement appelé « Anorexie du nourrisson : trouble alimentaire de la séparation » (débutant au moment de l'acquisition de l'autonomie lors des repas)
- Aversions sensorielles alimentaires (débutant au moment de la diversification et à l'origine d'une hypersélection alimentaire)
- Trouble alimentaire associé à des conditions médicales concurrentes (par exemple un reflux gastro-œsophagien, une malformation digestive, un trouble de la déglutition...)
- Trouble alimentaire post-traumatique (se traduisant par une crainte de la nourriture et une phobie de la déglutition faisant souvent suite à des épisodes de fausse route ou à des traumatismes répétés de l'oropharynx par sonde).

Une seconde révision à lieu en 2016, s'intéressant alors aux enfants âgés de zéro à cinq ans inclus (DC :0-5).

Les dernières modifications sur le plan alimentaire apportées par la DC :0-5 sont (33):

- L'utilisation des termes « troubles de l'alimentation » plutôt que « troubles du comportement d'alimentation »
- Une classification des troubles selon le comportement observé plus que l'étiologie, que ce soit sous-alimentation, suralimentation ou troubles alimentaires atypiques.

- Les troubles alimentaires maternels (boulimie et anorexie mentale) sont considérés comme des facteurs de risque de troubles de l'alimentation dans l'enfance, la détresse maternelle (dépression et/ou anxiété) semblant être le principal facteur médiateur. Les conflits familiaux autour de l'alimentation étant courants, la tension devient alors un facteur de risque ajouté. Dans le cas où le trouble de l'alimentation en serait une manifestation, le diagnostic de « trouble spécifique de la relation de la petite enfance » est à utiliser.
- La catégorie de « trouble de suralimentation » a été ajoutée. Il fait référence aux enfants pour lesquels la nourriture est l'élément de préoccupation principal au détriment des autres activités développementales et qui présentent une détresse lorsqu'un adulte intervient.
- D'autres troubles atypiques de l'alimentation ont également été ajoutés comme le stockage/l'accumulation de nourriture (« pouching and food hoarding »).

Cette nouvelle édition, traduite en français en 2018, concourt à en faire un outil permettant de mieux comprendre les difficultés d'un jeune enfant au sein de sa famille et d'orienter les stratégies d'aide que les équipes de professionnels de la petite enfance sont susceptibles de mettre en œuvre (33). Les travaux d'Irène Chatoor font actuellement valeur de référence au niveau international (34).

Aux vues de la présentation de nos cas cliniques et du sujet de ce travail nous avons choisi de détailler les sous-types diagnostiques des troubles alimentaires associés à un manque de réciprocité mère-nourrisson et ceux associés à des conditions médicales concurrentes.

II.3.3.3.1. Trouble alimentaire associé à un manque de réciprocité mère-nourrisson

Ce trouble est principalement diagnostiqué entre quatre et huit mois, au moment des premiers signes d'autonomisation, mais débute le plus souvent entre deux et six mois. La période de diversification est un moment sensible de l'autonomie, souvent révélatrice des difficultés précoces d'investissement parental (25).

Les critères diagnostiques sont les suivants (35) :

- Trouble alimentaire repéré dans la première année de vie, au moment de l'arrivée à l'hôpital pour une maladie du premier âge sans lien direct avec l'alimentation.

- Moins de signes de réponses sociales appropriées à son développement (contact visuel, sourire, babillage...) durant l'alimentation avec le parent qui l'alimente
- Déficit de développement significatif ou déviation du poids de deux percentiles majeurs entre la période de deux à six mois
- Parents qui banalisent, au départ, les problèmes alimentaires en invoquant d'autres pathologies ou les complications du trouble alimentaire
- Déficit de développement et manque de relation pas seulement causés par un trouble physique ou un trouble majeur du développement

Ces nourrissons sont donc souvent apathiques, mais à l'inverse très agités lorsqu'ils sont pris dans les bras, ils se jettent en arrière, tentant de se défaire de la contrainte du portage. Les mères sont décrites comme méfiantes et évitantes. Elles semblent ne pas prendre conscience de l'existence du problème alimentaire. L'investissement dans la relation avec le soignant est souvent ambivalent (25).

II.3.3.3.2. Trouble alimentaire associé à des conditions médicales concurrentes

Il concerne principalement les pathologies autour de la zone digestive et oropharyngée et peut commencer à tout âge. Il se caractérise par un refus alimentaire lié au retentissement d'une ou plusieurs pathologie(s) organique(s) sur son alimentation (25).

Les critères diagnostiques sont les suivants (35) :

- Refus et/ou prise alimentaire insuffisants pendant au moins deux mois
- Début du refus qui peut apparaître à des âges différents, pouvant augmenter ou s'affaiblir en intensité, en lien avec une condition médicale sous-jacente
- Le nourrisson peut commencer à manger mais montrer de la détresse et du refus en cours d'alimentation
- Une cause organique est évaluée comme la raison de la détresse
- Pas de prise de poids adéquat, voire perte de poids
- La prise en charge médicale améliore mais ne résout pas complètement le trouble alimentaire

Nous pouvons également noter que la majorité des nourrissons avec une pathologie organique (digestive ou neurologique) connaissent une instabilité importante dans leur état émotionnel, affectif et comportemental. Pour la plupart d'entre eux, l'immaturation du système nerveux associée à la grande vulnérabilité émotionnelle parentale conduit à des troubles divers de la régulation des états émotionnels avec un retentissement sur la qualité de l'alimentation (25).

II.3.4. Les troubles fonctionnels intestinaux

Les TFI sont fréquents à tout âge et s'expriment de manière très diverse, pouvant alors être source d'errance diagnostique et thérapeutique. Ils toucheraient environ 70 % des enfants âgés de un mois (2) et sont un motif fréquent de consultation pédiatrique chez les nourrissons de moins de 4 mois, avec environ 23 à 28 % des visites médicales motivées par des symptômes gastro-intestinaux, principalement des coliques et des régurgitations (36) (37). Ils se caractérisent par des symptômes gastro-intestinaux chroniques ou récurrents. Leur point commun est de n'avoir aucune origine organique ou métabolique et de se manifester chez des enfants par ailleurs en bonne santé apparente avec une croissance staturo-pondérale normale. En effet, le terme fonctionnel désigne une anomalie de fonctionnement d'un organe ou d'un système, par opposition au terme organique qui fait référence à une affection, une lésion identifiable par un examen clinique ou complémentaire. Plusieurs hypothèses sont évoquées pour expliquer ces troubles, présentes alternativement ou simultanément. On retrouve : une perturbation de la motricité intestinale, une hypersensibilité viscérale, une hyperperméabilité intestinale, un déséquilibre de l'alimentation, une dysbiose post-infectieuse et/ou des facteurs psychologiques et émotionnels (3). D'autre part, les TFI sont souvent associés entre eux (2). Les difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées face à ces troubles peuvent rendre difficile l'apaisement de l'enfant et ainsi favoriser l'inquiétude chez les parents (3).

Les différents troubles sont classés selon l'âge dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Classification de Rome III des TFI selon l'âge (Réalités Pédiatriques 2015)

Moins de 5 ans	Plus de 5 ans
<ul style="list-style-type: none">• G1. Régurgitations• G2. Rumination• G3. Vomissements cycliques• G4. Coliques• G5. Diarrhée fonctionnelle (DCNS)• G6. Dyschésie• G7. Constipation fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none">• H1. Vomissements et aérophagie• H2. Douleurs abdominales<ul style="list-style-type: none">a. Dyspepsie fonctionnelleb. Intestin irritablec. Migraine abdominaled. Douleurs abdominales fonctionnelles• H3. Constipation et incontinence

Les critères diagnostiques de ces différents troubles ont été mis à jour selon les critères ROME IV.

II.3.4.1. Régurgitations

II.3.4.1.1. Définition

Le diagnostic se pose chez les nourrissons de trois semaines à douze mois en bonne santé et qui présentent deux ou trois régurgitations par jour pendant au minimum trois semaines, sans nausée, hématemèse, apnée, retard staturo-pondéral, posture anormale ou difficultés d'alimentation ou de déglutition (38). Les régurgitations physiologiques peuvent être très nombreuses, allant d'une après chaque tétée à quinze-vingt par jour. Leur répétition fait évoquer un RGO (37). Le RGO se définit par la remontée du contenu gastrique dans l'œsophage. Du point de vue physiopathologique il s'agit d'une anomalie fonctionnelle due à un relâchement inapproprié du sphincter inférieur de l'œsophage associé à un retard de la vidange gastrique et à des quantités de lait importantes ingérées par rapport au poids. Il est dans de rares cas la conséquence d'une anomalie anatomique (39) (40).

Les régurgitations sont un motif très fréquent de consultation, que ce soit chez le pédiatre ou chez le médecin généraliste. Il est estimé qu'au niveau mondial 20 à 25% des parents consultent au moins une fois un médecin pour des régurgitations du nourrisson (41) (42). Leur fréquence est variable en fonction de l'âge. En effet, il est observé des régurgitations chez 50% des nourrissons de moins de 3 mois et chez plus de 66% des nourrissons à 4 mois (41) (43). En France, en janvier 2020, il est répertorié des régurgitations chez près des deux tiers des nourrissons de 4 à 5 mois. Elles ne concernent ensuite qu'environ 5% des nourrissons âgés entre 10 et 12 mois, période à laquelle a lieu l'acquisition de la posture debout puis de la marche (44) (43). Si finalement environ 60% de la population infantile est atteinte d'un RGO physiologique, il faut noter que 1 à 8 % des nourrissons sont touchés par un RGO pathologique (45).

Le RGO est dit pathologique lorsqu'il est à l'origine de complications (46). Il se présentera alors par des symptômes plus inquiétants, résistants aux mesures habituelles recommandées, parfois à l'origine de lésions d'œsophagite, et se caractérisant par une fréquence et/ou une prolongation anormale. Les symptômes pouvant alors apparaître sont multiples. Nous pouvons noter par exemple des régurgitations avec traces de sang, un refus d'alimentation, une perte de poids, une agitation après la prise des biberons, des pleurs incessants, une perturbation du sommeil par régurgitations présentes durant celui-ci, ou encore des érosions dentaires en lien avec l'acidité du reflux (46) (44). Il peut être observé chez ces nourrissons une attitude en pseudo-torticollis congénital, avec la tête partant en arrière et latéralement, le cou en hyperextension, qui correspond à une posture d'évitement du RGO très évocatrice,

encore appelée syndrome de Sandifer (46). Le RGO peut également être associé à des manifestations respiratoires telles que des accès de toux et être à l'origine de bronchites ou de foyer de broncho-pneumopathie. Il peut aussi être à l'origine de pathologies ORL (laryngite aiguë récidivante ou chronique, rhinopharyngite à répétition ou otite séreuse). Du fait des apnées physiologiques qu'il peut provoquer, une relation entre RGO, apnées pathologiques (plus longues) et malaise grave du nourrisson est également discutée (44).

II.3.4.1.2. Les difficultés rencontrées face à cette pathologie

Il est finalement retenu que le RGO se trouve être le trouble alimentaire le plus fréquent de la petite enfance (19) bien qu'il soit probablement évoqué à tort pour expliquer certaines pathologies au diagnostic complexe ou pourvues de symptômes peu spécifiques. Par exemple, les symptômes des allergies aux protéines de lait de vache (APLV) chevauchent grandement ceux du RGO, ou peuvent co-exister ou compliquer un RGO pathologique. Des études ont évalué une association globale entre ALPV et RGO allant de 16 à 55% (42).

Divers termes et définitions du RGO sont utilisés dans la littérature et en pratique quotidienne. Ce manque d'homogénéité contribue aux larges variations dans la prise en charge des patients, et l'absence de définitions claires du RGO et de ses manifestations est une source de confusion pour le clinicien (47). Il est vrai que la distinction entre reflux physiologique ou pathologique ne soit pas toujours simple par le manque de spécificité des symptômes évoqués et par la réalisation restreinte des examens complémentaires au vu de leur caractère invasif. De plus, seulement 21 à 25 % des nourrissons présentent un reflux acide qui sera démontré par la PH-métrie (48). Nous pouvons également constater qu'un grand nombre de nourrissons symptomatiques échappent à des traitements pouvant être de plus en plus poussés. Se pose alors la question d'un surdiagnostic du RGO associé à une surmédicalisation de ce dernier, éventuellement en lien avec une « intolérance au symptôme » (49). Ce questionnement se mêle à la probable confusion persistante entre RGO et mort subite du nourrisson (MSN) provoquant angoisse chez les parents et les soignants, et à une volonté de maîtrise parfaite du RGO (19).

D'autre part, ce sont les parents qui interprètent les symptômes - le nourrisson étant vu par le soignant à un instant t - et qui les définissent comme gênants et associés ou non à une altération de la qualité de vie. La capacité d'adaptation des parents et leur anxiété détermineront s'ils souhaitent contacter un médecin ou non (42).

II.3.4.2. Ruminations

Le syndrome de rumination du nourrisson, encore appelé mérycisme, correspond à l'association pendant au moins trois mois de contractions répétées des muscles abdominaux et de régurgitations du contenu gastrique dans la bouche qui est remâché ou recraché. Il faut qu'au moins trois des critères suivants soient également présents :

- début entre trois et huit mois,
- pas de réponse à la prise en charge standard d'un RGO,
- pas de nausées ou de souffrance accompagnant les signes cliniques,
- les symptômes ne surviennent pas pendant le sommeil ni lors d'interactions avec l'entourage (38). Ils surviennent généralement lorsque l'enfant est seul ou se pense seul. Le nourrisson peut alors paraître le regard vide, en retrait, abandonnant toute autre activité.

Le mérycisme peut être isolé ou s'accompagner de manifestations stéréotypées comme la succion du pouce ou la manipulation répétitive d'une partie du corps (50).

II.3.4.3. Vomissements cycliques

Le diagnostic se pose devant au moins deux épisodes de vomissements paroxystiques en six mois, avec ou sans nausées, durant plusieurs heures ou journées. Les crises sont stéréotypées et séparées par des périodes où l'enfant est en bonne santé sans vomissement. Les diagnostics différentiels de vomissements doivent être exclus (intoxications, causes chirurgicales, tumeurs cérébrales...) (38).

II.3.4.4. Coliques

Les coliques correspondent à des périodes de pleurs ou d'inconforts récurrents ou prolongés, sans cause précise, ne pouvant être prévenus ni calmés, survenant chez un enfant en bonne santé sans trouble de la croissance ni fièvre. Il faut que les symptômes aient débuté et se soient finis avant l'âge de cinq mois. Les causes organiques pouvant expliquer les pleurs doivent avoir été éliminées (infections, traumatismes, causes chirurgicales, cardiaques, intoxication, brûlures oculaires...) (38). Les pleurs surviennent essentiellement dans l'après-midi ou le soir. Il n'y a pas d'élément prouvant que les pleurs engendrés par les coliques soient

causés par une douleur (abdominale ou autre). Les coliques sont d'ailleurs insensibles à tous les antalgiques (51). Il existe une certaine hétérogénéité dans les définitions des coliques, ce qui rend la mesure de la prévalence du trouble assez imprécise, allant de 1,5 à 28%. Concernant les mécanismes physiopathologiques, il est retenu que les hormones intestinales, le mode d'alimentation (avec notamment l'intolérance aux protéines de lait de vache), les troubles anxio-dépressifs des parents pouvaient jouer un rôle dans la pathogénèse des coliques infantiles (42).

II.3.4.5. Diarrhée fonctionnelle

Les diarrhées fonctionnelles sont définies selon les critères de ROME IV par une émission indolore d'au moins quatre selles non formées par jour pendant au moins quatre semaines. Elles surviennent chez des enfants âgés de six à soixante mois, sans trouble de la croissance, et avec des apports caloriques adéquats (38). La prévalence est rapportée entre 1,9 et 2,4% chez les jeunes enfants, et entre 0,5 et 6,4% chez les nourrissons. Elle a tendance à se résoudre spontanément vers l'âge de 4 ans (42).

II.3.4.6. Dyschésie

Le diagnostic de dyschésie est évoqué chez un enfant en bonne santé, de moins de six mois, qui présente au moins dix minutes d'efforts de poussées et de pleurs avant l'émission d'une selle molle (38), associé à une fréquence de défécation normale. Son incidence se situe entre 0,9 et 3,9%. La physiopathologie de la dyschésie reste à ce jour inconnue, l'hypothèse en est qu'elle serait liée à un schéma de défécation immature entraînant une incapacité à coordonner l'augmentation de la pression intra-abdominale avec la relaxation des muscles du plancher pelvien (42).

II.3.4.7. Constipation fonctionnelle

La constipation fonctionnelle correspond, selon les critères ROME IV, à la présence chez un enfant de moins de quatre ans, durant au minimum un mois, d'au moins deux des critères qui suivent :

- émission de deux selles ou moins par semaine,
- au moins un épisode d'incontinence par semaine après acquisition de la propreté,
- une histoire de rétention excessive de selles,
- une défécation douloureuse,
- la présence d'un fécalome dans le rectum, et/ou
- un épisode de selles larges obstruant les toilettes (19).

Sa prévalence est d'environ 12% en population pédiatrique générale et ce trouble touche préférentiellement les enfants âgés de 2 à 3 ans, lors de l'apprentissage de la propreté (42).

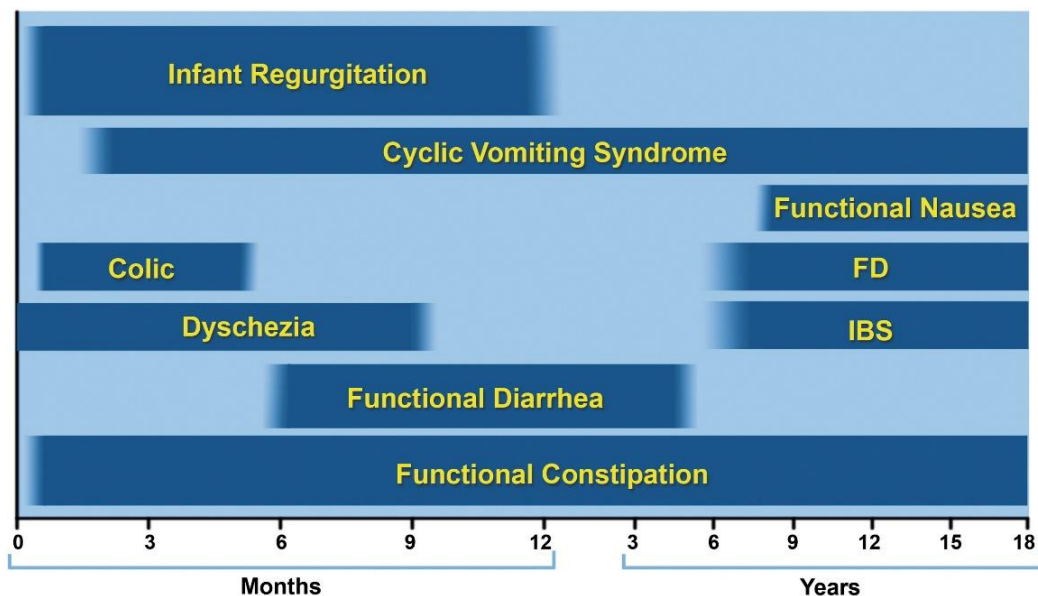


Figure 2 : Âge de présentation des TFI chez les patients pédiatriques.

(FD : dyspepsie fonctionnelle, IBS : syndrome du côlon irritable)

II.4. L'approche psychosomatique

Le mot psychosomatique unit la dimension psychique et corporelle (« soma » qui signifie « corps » en grec). Après P. Marty, L. Kreisler est l'un des premiers à s'être intéressé à la clinique psychosomatique du nourrisson il y a de cela une quarantaine d'années. Selon lui, la pathologie psychosomatique correspond à l'aspect central mais non exclusif de l'expression somatique, dont les autres variétés sont : les conséquences physiques des comportements anormaux de l'enfant ou de son entourage (accidents itératifs, lésions consécutives aux habitudes nerveuses, aux aberrations alimentaires...) ; les faux problèmes somatiques de l'enfant entraînant des consultations chez le pédiatre pour des raisons futiles mais représentant de réels problèmes intrafamiliaux pouvant aboutir à la longue à une pathologie véritable de l'enfant ; les phénomènes de conversion précoce qui soulèvent des controverses théoriques (fausses impotences locomotrices, algies de membres, douleurs abdominales...) (52).

Les mécanismes mentaux de la somatisation se mettraient en place dès le premier âge et seraient définis par le surplus d'excitation et la dépression. Le surplus d'excitation provoquerait un débordement des capacités fonctionnelles mentales de l'enfant entraînant soit un dérèglement des fonctions biologiques (sommeil, coliques, vomissements...) soit une atteinte lésionnelle pouvant toucher tous les organes (52). Il peut s'expliquer par un hyperinvestissement anxieux parental quasiment inévitable à la naissance d'un enfant, provoquant chez le nourrisson des cris et des pleurs augmentant alors l'angoisse des parents. Ces cris sont décrits dans la littérature comme étant les « coliques idiopathiques du premier trimestre » ou encore « cris paroxystiques » dans la littérature américaine. Ils correspondent à une voie de décharge du système nerveux central (SNC) qui a été surchargé pendant les dernières 24h. Ceci tend progressivement à s'atténuer par la maturation du SNC (53). En effet, la temporalité de ces troubles se fait parallèlement au développement maturatif physique et psychique de l'enfant. Le nourrisson ne possédant pas encore le langage (d'où le terme « infans ») il s'exprime de façon privilégiée par le corps (54). Le corps permet alors les échanges avec l'environnement, et le fonctionnement interactif assure au bébé la gestion de son équilibre psychosomatique. L'expression somatique, le plus souvent banale et transitoire, peut s'afficher parfois sur un caractère plus aigu et faire ressortir une cristallisation de nombreuses difficultés d'interactions et informer sur des difficultés précoces de développement (55). Le bébé, soumis à de fortes tensions qui peuvent attaquer son fragile sentiment d'unité, nécessite un objet maternel contenant avec des qualités sensorielles et émotionnelles qui vont favoriser les expériences de rassemblement autour des sensations corporelles et tactiles. Il est important que cette expérience soit suffisamment stable et répétée

dans le temps pour qu'elle devienne prévisible pour l'enfant. Cependant, si les défaillances environnementales sont trop importantes, une dissociation psyché-soma peut advenir (56).

Les principaux troubles psychosomatiques retrouvés dans la littérature sont : l'anorexie, les vomissements psychogènes, le mérycisme, les coliques idiopathiques, les spasmes du sanglot, l'insomnie du premier trimestre, les manifestations asthmatiques précoces et les troubles cutanés (eczéma, pelades) (34). Quelques-uns de ces symptômes appartiennent aux troubles fonctionnels digestifs, et certains auteurs comme N. Boige, S. Missonier ou N. Moreton intègrent également le RGO comme trouble psychosomatique (57) (58). Concernant le RGO et les coliques, sur le plan organique, ce sont des troubles fonctionnels touchant le muscle lisse digestif sous la dépendance du système nerveux autonome lui-même sensible au stress, aux catécholamines et aux neuropeptides circulants (59).

Ces différents troubles vont être le plus souvent fonctionnels, transitoires et résolutifs mais compliquent les relations précoces. La symptomatologie psychosomatique du nourrisson se situe au carrefour des interactions mère-enfant, des différentes étapes de son processus développemental et des premières tentatives de mise en solution corporelle de ses premières conflictualités psychiques (50). En effet, les signes digestifs sont souvent interprétés par les parents comme une authentique douleur somatique. Cependant, chez le bébé, les douleurs physiques et psychiques sont intriquées, et les pleurs du bébé peuvent manifester une douleur viscérale, de tension ou d'angoisse (60). N. Boige et S. Missonier parlent de « forme inélaborée de l'angoisse » (57).

Les symptômes présents vont le plus souvent être source d'inquiétude chez les parents et retentir sur les interactions précoces, augmentant la tension chez le bébé et aggravant la symptomatologie. Le tableau est alors celui d'une spirale interactive négative somatopsychique (60). Les symptômes sont considérés comme appartenant à la dyade ou à la triade, voire à la famille et s'inscrivant dans l'histoire des parents (59). Ils s'ancrent dans une dimension relationnelle liée à la réponse des parents face aux symptômes (61). Certains auteurs rangent d'ailleurs le RGO dans le cadre d'un « syndrome relationnel ». Le RGO étant la part somatique d'un syndrome interactif incluant la confrontation d'identifications projectives pathologiques parentales et un renoncement précoce du nourrisson à l'aide que peut lui apporter sa mère ou ses substituts pour se protéger de cet empiétement. La mère nourricière est vécue comme la source de la tension d'excitation qu'il ressent et par conséquent, il doit renoncer prématurément à chercher un apaisement de cette tension auprès d'elle (57). R. Debray évoque également que le psychosomatique serait « la contagion de l'état affectif profond de la mère ou du père au bébé » (62). Le bébé viendrait exprimer à ses dépens ce que les parents mentalisent mal. La souffrance psychique du bébé vécue comme

culpabilisante pour les parents et disqualifiante réveillerait alors leur propre souffrance infantile dont ils se défendraient par un processus de déni. L'angoisse de mort, l'angoisse de la mère sur sa propre destructivité et sur son incompétence peuvent également empêcher toute mobilisation et confiner dans le somatique (61).

En résumé, l'expression somatique du nourrisson peut traduire des dysfonctionnements relationnels, contraignant le bébé dans son développement à long terme. Elle est le plus souvent non délétère et transitoire, s'inscrivant dans les mouvements de vie afin de faire face ponctuellement à une rupture de l'équilibre psychosomatique au sein de la triade parents-bébé. Elle ferait donc partie intégrante du développement et prendrait la fonction d'un palier permettant aux conflits de trouver une voie d'issue et au nourrisson de lutter efficacement contre des conditions d'environnement parfois défavorables (63). La capacité maternelle, parentale, à supporter, gérer et transformer des stimuli en grand nombre, générateurs d'excitations, se trouve alors au centre des interactions précoces et du développement somatopsychique du bébé (56).

II.5. La période périnatale : une période de fragilité parentale

Cette période s'étend du début de la grossesse jusqu'à la première année de vie de l'enfant. Il s'agit d'une période de vulnérabilité majeure pour la femme mais également d'une période de forts remaniements familiaux au sein du couple, qui demande de faire face à de nouvelles responsabilités. L'équilibre habituel de la femme et du couple va se trouver ébranlé. En effet, la femme enceinte puis la mère est soumise à des changements multiples tant sur le plan corporel, que psychique, hormonal, social et familial. C'est une période au cours de laquelle la future mère va suivre un processus d'identification au bébé qu'elle porte en elle, à celui qu'elle a été, à la mère qu'elle devient et à celle qu'elle a eu. La grossesse déclenche souvent une montée d'angoisse et une fragilisation de la structure psychique, pouvant être à l'origine de symptômes anxieux observables et mesurables chez la future mère (64).

II.5.1. Du côté maternel

D. Winnicott évoque la « préoccupation maternelle primaire » et la définit comme une « maladie normale ». Il s'agit d'un « état psychiatrique » qu'il compare « à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus ». Cet état serait principalement basé sur une identification au bébé permettant à la mère de « se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins ». Certaines y parviennent avec un enfant et échouent avec un autre (65). Dans certains cas extrêmes, la préoccupation « normale » peut devenir une hyperidentification à un bébé fantasmé comme très vulnérable. La mère peut alors adopter des comportements défensifs. Le plus fréquent est la transformation de la mère en thérapeute obsessionnelle : l'enfant est un moribond qu'il s'agit de surveiller et de sauver, provoquant chez elle un épuisement et une culpabilité car elle se sent responsable de la menace de mort. Elle peut alors se disqualifier et entrer dans une forme d'agitation anxieuse. Un autre comportement défensif que la mère va pouvoir adopter est la tentative acharnée de désidentification au bébé par angoisse de revivre sa propre impuissance infantile. Cela peut alors se manifester par une attitude accusatrice et revendicatrice vis-à-vis du bébé, le considérant comme tyrannique, l'empêchant de s'occuper d'elle-même ou de ses activités, ou comme détenteur d'intentions agressives. Il prédomine alors un sentiment de rage et d'impuissance liés à l'incompréhension totale de l'enfant (66).

Durant la grossesse puis à la naissance de l'enfant, la femme peut souffrir de fragilités psychiques jusqu'à décompenser d'une réelle pathologie psychiatrique. Ces troubles peuvent avoir des répercussions sur la relation mère-bébé et sur le développement de l'enfant. Leur repérage représente un réel enjeu de santé publique, tant sur le plan de la prévention des troubles maternels que des troubles de l'enfant. En effet, durant ces dernières années, les cliniciens et chercheurs se sont intéressés à l'impact de la psychopathologie maternelle sur le développement de l'enfant et sur la qualité de l'interaction mère-enfant. Il en ressort alors que les enfants de parents au cadre psychopathologique, qu'il soit léger ou sévère, peuvent présenter des dérèglements émotionnels, des troubles de l'alimentation et du sommeil, des troubles somatiques, des symptômes dépressifs ou des difficultés d'apprentissage (16).

II.5.1.1. Dépression et anxiété

La dépression et l'anxiété périnatale sont les troubles les plus fréquents au cours de cette période. En effet, la dépression du post-partum touche entre 10 et 15% des femmes (67). La période périnatale favorise l'émergence de diverses craintes : peurs relatives à la grossesse, à l'accouchement, peur d'avoir un enfant malformé ou malade, préoccupations en rapport avec le déroulement de l'accouchement ou la capacité à être mère, la perte de contrôle ou les transformations du corps (68). De plus, chez le parent déprimé, la perception de soi – excessivement autocritique – peut comporter des modalités de relation de soins caractérisées par la faible flexibilité, l'attitude hypercritique, la rage, les comportements hostiles et intrusifs (16) (69).

L'accès à la parentalité peut également faire émerger un trouble anxieux généralisé. La grossesse possède un rôle plus volontiers protecteur, mais le post-partum expose à une recrudescence du trouble. L'anxiété peut alors perturber la relation parent-enfant en provoquant des craintes excessives conduisant à des conduites mal adaptées, une hypervigilance... exposant le nourrisson à d'éventuels troubles fonctionnels. Un trouble panique peut également apparaître en post-partum ou s'aggraver s'il était déjà présent auparavant (68).

II.5.1.2. Personnalité état-limite

Les femmes qui présentent une personnalité pathologique de type état-limite sont également très à risque de décompensation dépressive ou anxieuse. Les capacités

d'élaboration de ces femmes sont souvent limitées. Leurs affects sont peu verbalisés, ne leur permettant pas la remémoration et la figuration de souvenirs infantiles nécessaires à la mise en place de représentations maternelles lors de la naissance d'un enfant. Les étayages grand-parentaux sont également souvent inutilisables. Le risque est alors que le lien mère-bébé se construise de façon pathologique, dans une confusion générationnelle et une indifférenciation, avec un risque de répétition transgénérationnelle. Leur capacité à percevoir, interpréter et répondre correctement aux signaux du bébé sont mises à mal et elles auront tendance à être plus intrusives auprès de l'enfant, compensant la pauvreté des interactions. D'autre part, les interactions pouvant être présentes seront souvent discontinues, alternant des phases fusionnelles et des phases de lâchages, déniaient les besoins de l'enfant (70) (71).

II.5.1.3. TCA maternels

Lors de la période périnatale il est également important de rechercher chez la femme la présence actuelle ou antérieure de troubles du comportement alimentaire et notamment d'anorexie mentale. Dans ce trouble, le psychique est très intriqué au soma et toutes les étapes qui vont de la procréation aux interactions précoces mère-enfant peuvent être perturbées. Les préoccupations sur le poids et l'apparence de l'enfant sont augmentées avec fréquemment une restriction alimentaire imposée par la mère de façon partiellement consciente. Les troubles de la perception corporelle de la mère s'appliquent aussi à la perception de son enfant (70) (72). En effet, l'alimentation du nourrisson peut être anxiogène pour la mère et source de projections sur l'enfant qui devient un prolongement d'elle-même sans différenciation ni ajustement à ses besoins (73). Une rigidité peut être observée dans les horaires et dans le déroulement des repas, ainsi qu'un manque de spontanéité par des comportements plus contrôlants, une intrusion plus importante, entraînant des conflits fréquents (69). L'apprentissage alimentaire est souvent dénué de plaisir. Le refus alimentaire, les comportements d'opposition de l'enfant sont parfois vécus comme intolérables par la mère. Ils majorent la mauvaise image de soi en tant que mère, renvoient à un constat d'échec ou entraînent le rejet de l'enfant. Identifier et répondre aux besoins physiologiques et aux messages émotionnels de son enfant lui est tout aussi difficile que pour elle-même (70).

Lors de la diversification, les mères les plus conscientes de leurs troubles auront recours au tiers. Le père est alors celui qui va permettre l'introduction de nouveaux aliments. Parfois les grands-parents ou l'assistante maternelle peuvent également jouer ce rôle protecteur, apaisant les angoisses maternelles (73).

Certaines études ont approfondi la probable influence de l'état psychopathologique maternel sur l'installation et la persistance de troubles alimentaires de l'enfant. Elles ont pu démontrer que les mères souffrant de dépression, anxiété, troubles de la personnalité et de troubles alimentaires avaient des enfants qui présentaient souvent un trouble de la régulation des rythmes de l'alimentation et un refus de la nourriture. Les mères, en effet, ne laissent pas l'espace nécessaire à l'enfant pour faire des pauses exploratoires lors du repas, en imposant des rythmes pressants et stricts, et en interférant avec angoisse dans les initiatives spontanées de l'enfant. Ceci est alors propice au conflit durant le repas : le besoin d'autonomie émergeant de l'enfant rencontre l'obstacle de la raideur maternelle (16) (74).

II.5.2. Du côté paternel

Après la naissance, le père participe également activement à un jeu riche et déjà différencié d'interactions dyadiques (père-bébé, père-mère) et triadiques (père-mère-bébé). Il prend part dans la fonction contenante, en contenant la mère qui elle-même contient le bébé. Il assure un rôle pare-excitant durant les premières semaines en direction de la dyade mère-bébé dans l'étayage et le soutien qu'il leur procure (56).

Des détresses, voire la décompensation d'authentiques troubles psychiatriques (troubles anxieux, dépression, trouble bipolaire ou psychotique, troubles graves de la personnalité, addictions) sont également possibles du côté paternel. Les troubles anxieux paternels restent encore peu étudiés dans le contexte de la venue d'un enfant. Leur prévalence est estimée entre 2,4 et 18% en postnatal (75). Ils peuvent être associés à des troubles dépressifs. La prévalence de la dépression paternelle varie selon les études et est généralement comprise entre 3 et 10%. La symptomatologie peut passer plus fréquemment inaperçue : retrait social, indécision, peur ou irritabilité, jusqu'à des abus d'alcool, consommation de drogues, augmentation des conflits conjugaux, violences au sein du couple ou symptômes somatiques. La dépression maternelle peut avoir un impact important sur l'état dépressif du père, celle-ci précédant souvent celle de l'homme (76).

II.5.3. Le trouble factice imposé à l'enfant

Dans certains cas encore peu étudiés en période périnatale, nous pouvons faire face à des inquiétudes exacerbées d'un parent envers la santé de son enfant, pouvant faire évoquer un trouble factice imposé à l'enfant (anciennement nommé syndrome de Münchhausen par

procuration). Ce trouble peut être amené par des symptômes aussi bien induits qu'invoqués, voir réels (mais exagérés), pouvant toucher toutes les sphères physiologiques. Des examens complémentaires sont alors inutilement sollicités et parfois falsifiés, soit vis-à-vis du fœtus pendant la grossesse, soit vis-à-vis du nourrisson après la naissance. Ceci peut aboutir à un nomadisme médical, une quête incessante d'explorations et de traitements médicaux se poursuivant éventuellement toute l'enfance jusqu'à l'adolescence (77). L'imitation des symptômes d'une maladie physique ou psychiatrique a pour but d'engendrer une prise en charge en tant que malade, sans intention de bénéfice direct autre que l'attention reçue de la part du personnel médical. Les symptômes fonctionnels et signes physiques cliniques rapportés sont le plus souvent du domaine de l'organique. Il peut s'agir de malaises, de troubles neurologiques sensitifs ou moteurs, ou encore de troubles digestifs (78) (79). La prévalence du trouble factice imposé à autrui est probablement rare, mais reste encore inconnue à ce jour (78). Durant les années quatre-vingt, la plupart des cas évoqués concernaient des enfants d'âge scolaire. Puis, à partir des années quatre-vingt-dix des cas de nourrissons de quelques semaines ont commencé à apparaître dans la littérature médicale. Il est donc à craindre que sa « rareté » ne soit malheureusement qu'un indice de sous-diagnostic (77). En effet, son diagnostic est difficile et demande parfois des mois, voire des années. Il n'a, à ce jour, pas été établi de profil type ou de traits de personnalité communs aux parents maltraitants (80) (81).

II.6. Les répercussions des TFI sur les interactions parents-enfant

Il n'y a que peu d'études à ce jour qui traitent spécifiquement de l'impact des TFI sur les interactions parents-enfant. Il y a d'ailleurs peu de travaux en relation avec les TFI chez le jeune enfant et le nourrisson (43) et les données épidémiologiques sur les TFI du nourrisson sont encore rares et hétérogènes (36). En effet, historiquement, les TFI ont peu retenus l'attention des professionnels de santé de part des symptômes réputés pour s'améliorer puis disparaître au fil du temps, dénués de pathologie sous-jacente, et non priorités par les familles qui avaient d'autres priorités de santé, notamment la mortalité et la morbidité infantile plus élevées à l'époque (82).

Les études que l'on peut trouver à ce jour évoquent essentiellement le RGO et les coliques.

Plusieurs recherches ont cependant été menées sur l'évaluation de l'impact des troubles alimentaires maternels sur les interactions mère-enfant, ou encore l'impact de l'anorexie infantile sur les interactions parents-enfant (83).

Certains auteurs (74) se sont intéressés à des indicateurs spécifiques de difficultés dans la relation mère-enfant avec des enfants souffrant de troubles alimentaires, pensant que l'alimentation pouvait mettre en avant spécifiquement des ratés d'accordage du fait de l'existence de représentations mentales suscitées seulement par celle-ci. Les interactions entre les jeunes enfants ayant des difficultés alimentaires et leurs mères montrent souvent des **niveaux de réciprocité dyadique et de contingence maternelle faibles**, avec des **niveaux élevés de conflit**, et de **lutte** pour le contrôle durant le jeu et pendant les repas. Leur étude souligne que la situation d'alimentation suscite plus de comportements d'interactions négatives que la situation de jeu, et le **comportement de retrait** de l'enfant est particulièrement manifeste pendant les interactions alimentaires, et ce quel que soit son diagnostic. Ce retrait peut être un mécanisme de défense dans une situation ressentie comme stressante, ou dans une situation où la mère est perçue comme contrôlante et intrusive. Il est ainsi possible que le temps de l'alimentation soit plus sensible que d'autres à l'apparition de ratés dans l'interaction. En effet, la place de l'alimentation diffère de celle du jeu dans la mesure où elle se centre sur la réponse à un besoin essentiel, et pour le parent, l'alimentation est une compétence parentale indispensable.

Dans le même sens, une autre étude (16) met en lumière que la relation entre la mère et l'enfant présentant des troubles alimentaires est, dès la première année, caractérisée par des **relations moins syntonisées**. L'état affectif de la dyade indique un engagement

intensément négatif dans lequel émergent des **affects de rage et d'hostilité** difficiles à résoudre et à réparer. Ces couples de mère et d'enfant ont des difficultés à exprimer des affects positifs, à reconnaître, à interpréter les signaux réciproques ainsi qu'à obtenir des échanges harmonieux dans le contexte alimentaire.

Il est décrit qu'en présence de TCA la relation parent(s)-enfant peut se cristalliser autour de la nourriture et se cantonner dans celle-ci, ne laissant plus la place à d'autres perspectives : il est l'enfant qui ne mange pas. Les interactions se centrent sur les horaires, les quantités, les positions. Un système s'installe où l'un angoisse l'autre. Le risque pour la mère est de perdre ses capacités créatives, avec un bébé qui n'est pas totalement disponible pour rentrer en relation, centré sur son vécu corporel. L'angoisse parentale peut alors provoquer une **attitude intrusive** notamment par le forçage alimentaire, déclenchant le refus de l'enfant qui, lui-même, engendre à nouveau une angoisse chez l'autre. Le refus et l'opposition deviennent un mode relationnel (34) (58).

II.6.1. Concernant le RGO

Une étude italienne (84) s'est intéressée à analyser les différences entre trois sous-types de troubles alimentaires, au sujet : des interactions mère-bébé durant l'alimentation, du tempérament de l'enfant et son fonctionnement émotionnel, et, du fonctionnement psychologique de la mère et de ses attitudes alimentaires. Les trois sous-types analysés étaient l'anorexie infantile, les troubles alimentaires associés à des troubles du tractus digestif et les aversions sensorielles alimentaires. Les troubles alimentaires associés à un trouble du tractus digestif étaient caractérisés par un refus alimentaire chez le jeune enfant faisant suite à un évènement majeur ou une répétition d'évènements attaquant l'oropharynx ou le tractus gastro-œsophagien (comme un étouffement, des vomissements sévères, des reflux, une sonde ou une aspiration). Ce qui est retrouvé concernant les enfants de ce sous-type c'est qu'ils peuvent manifester de la peur, de la détresse lorsqu'ils sont positionnés pour s'alimenter et/ou lorsque de la nourriture leur est présentée, démontrant une **anxiété d'anticipation** au moment des repas et une **résistance plus importante dans les interactions**. Ils sont décrits comme ayant un tempérament difficile (beaucoup de colère, de cris), et qui acceptent peu la nouveauté. Chez les mères, il est retrouvé une anxiété plus importante. Cette anxiété maternelle peut alors venir compromettre la capacité parentale à modérer l'impact négatif de l'expérience traumatisante et stressante de l'enfant.

Des **angoisses de mort** sont fréquemment retrouvées avec un risque que les représentations maternelles soient dominées par la maladie, la douleur ou la mort. Ces représentations négatives sont corrélées à des **interactions répétitives et désaffectivées, mécaniques** (58) (49). La résonance entre cette angoisse et le symptôme du bébé va aggraver les difficultés d'accordage affectif et comportemental, et perturber l'installation des rythmes biologiques faim/satiété et du sentiment de sécurité permettant la mise en place des processus d'autonomie et d'individuation (60) (16).

Il ressort dans plusieurs études (85) (86) (87) que la présence d'un RGO pathologique chez le nourrisson entrainerait des **interactions alimentaires sous-optimales**. L'anxiété, le sentiment d'échec et la peur du rejet engendrés chez la mère conduiraient à des **expressions faciales et verbales plus limitées**. Le bébé quant à lui serait **moins dans l'échange de contacts oculaires et de sourires**.

En effet, les difficultés d'ajustement tonique, de portage, l'hyperextension réflexe du bébé, désorganisent la mise en forme posturale et le dialogue tonique. Le bébé **échappe au portage contenant du parent**. Il peut être porté en position verticale, l'axe du dos plaqué contre le ventre maternel pour permettre le maintien, ce qui, en contrepartie, diminue les échanges visuels et ne permet pas une intimité de la relation avec un bébé lové confortablement contre sa mère. Les échanges de regards peuvent être interrompus par les mouvements d'extension brutaux provoqués par la vague d'acidité douloureuse, et la reprise du contact sera souvent marquée par l'anxiété dans le regard de sa mère (58). Deux tableaux maternels opposés peuvent venir illustrer la dysharmonie relationnelle. D'une part des mamans tendues et angoissées qui bercent leur enfant de façon rapide et saccadée, et d'autre part des mères déprimées offrant le vide d'une indisponibilité relationnelle (49).

Bien que le RGO ait tendance à disparaître aux alentours de douze mois, il est retrouvé que la prévalence du refus d'alimentation, de la durée des repas et de la détresse parentale liée à l'alimentation, même après l'âge d'un an, est plus élevée chez ceux qui présentaient une régurgitation par rapport à ceux qui n'ont jamais régurgité. Cela laisse suggérer une **altération de la qualité de vie des enfants et de leur famille** même après la disparition des régurgitations (42) (43).

II.6.2. Quel impact d'un trouble interactif précoce sur le RGO ?

Il paraît important de rechercher et de comprendre dans quel contexte familial les troubles s'inscrivent-ils et s'ils sont entretenus inconsciemment d'une manière ou d'une autre. En effet, il existe une telle intrication entre RGO considéré comme persistant et engendrant une altération de la qualité de vie, et trouble des interactions précoces que l'on peut s'interroger à l'inverse sur l'impact d'un trouble interactif précoce sur la survenue ou la pérennisation d'un RGO ou d'un TCA secondaire même après disparition du RGO. Le trouble organique a-t-il un retentissement fonctionnel et psychologique, ou les troubles psychogènes ont-ils un retentissement fonctionnel ?

Dans le cas de la dépression du post-partum, le retentissement sur les interactions précoces est bien connu avec une diminution de l'ajustement maternel au bébé, une hypostimulation, alternant avec une intrusion, une tendance au surnourrissage pour tenter de contre-investir les affects et les projections négatives. Le bébé peut avoir tendance à se remplir en réponse au vide affectif apporté par la mère, favorisant alors une prise trop rapide du lait et pouvant parfois conduire à davantage de régurgitations. Le portage peu contenant associé peut engendrer des attitudes d'agrippement tonique et de rigidification corporelle favorisant le reflux. Ainsi, le RGO présent physiologiquement à une intensité variable chez tous les nouveau-nés pourrait se pérenniser et devenir pathologique (58).

D'un point de vue plus psychanalytique, l'hypothèse serait aussi que le visage absent d'une mère déprimée et son manque de contenance priverait le nourrisson de l'expérience sereine de la réplétion alimentaire. Le bébé pouvant difficilement faire sienne la fonction contenante d'un objet extérieur, il mimerait alors un rejet maternel par la régurgitation (57).

II.6.3. Concernant les coliques et autres TFI

Concernant les coliques, il existe certains auteurs qui étudient leur origine, encore mal connue, mais qui évoquent que les coliques du nourrisson pourraient être causées entre autre par la dépression maternelle du post-partum et l'anxiété maternelle (88) (89). Certains troubles dans la dynamique familiale ou la faible capacité d'adaptation de certains parents pourraient être des facteurs provoquant ou augmentant les coliques. A l'inverse, les coliques peuvent également générer plus de conflits au sein de la famille avec un risque de conséquences négatives à long terme dans la relation parents-enfant (90).

En effet, il est retrouvé que les interactions parents-enfant en cas de coliques du nourrisson sont également **moins optimales**, d'autant plus si les coliques sont sévères. Les mères, baignées dans un sentiment d'incompétence vont parfois pouvoir être moins impliquées auprès de leur enfant, **être moins créatives dans les échanges verbaux et moins flexibles**. Les pères pourraient également être **moins expressifs, moins chaleureux** envers leur bébé. Les interactions corporelles seraient perturbées avec **moins de contact visuel** (91). Les émotions ressenties de type colère, frustration, culpabilité et inquiétude peuvent mener à l'idée d'être de mauvais parents, entraîner un **amoindrissement des sourires** envers bébé et nuire à leur relation (92).

Il est donc également retrouvé un possible retentissement négatif sur les interactions entre les parents et les nourrissons présentant des coliques, mais celles-ci resteraient globalement de bonne qualité selon les études (91) (92).

Comme mentionné antérieurement, les TFI sont souvent associés entre eux. Une étude (36) s'est alors intéressée à la qualité de vie chez les familles dont les nourrissons étaient atteints de plusieurs TFI. Ils ont alors pu pointer que la présence de plusieurs TFI était liée à un **arrêt plus précoce de l'allaitement au sein**, provoquant une première rupture de lien. Ils démontrent également que l'impact négatif sur la qualité de vie d'un TFI est exacerbé par la présence de plusieurs TFI associés chez les nourrissons de zéro à six mois.

Il n'est pas retrouvé dans les bases de données étudiées, d'articles traitant des autres TFI et de leurs éventuelles répercussions sur les interactions parents-enfant. Nous pouvons cependant faire l'hypothèse que les autres TFI puissent également être à l'origine de dysfonctionnement dans la relation parent-enfant. Des études supplémentaires à ce sujet pourraient être menées.

D'autre part, si les quelques travaux sur les TFI du bébé confirment les difficultés d'ajustement dyadiques et triadiques, il est important de noter que la qualité de l'environnement n'est pas la seule nécessité pour garantir une bonne santé physique et psychique du bébé. En effet, ce dernier est doté dès sa naissance d'un bagage qui lui est propre et qui influence les relations contractées avec son environnement. Son tempérament agit aussi sur la nature de l'ajustement dyadique, de l'accordage affectif et sur la régulation de ses états internes (56).

III. DISCUSSION

III.1. Discussion autour du 1^{er} cas clinique

Dans le 1^{er} cas clinique, Jules, âgé de **3 mois**, nous est adressé par le service de pédiatrie où il est hospitalisé dans un contexte de « troubles alimentaires ». Son **RGO** compliqué d'une **œsophagite** a été diagnostiqué, provoquant progressivement une intensification des manifestations de refus des biberons et laissant place à ce qui pourrait paraître comme un **vécu traumatique**. Ces symptômes, bien présents initialement, ont laissé place dans le cercle familial à un sentiment d'angoisse sur l'état de santé de Jules et sur sa bonne prise pondérale. Lorsque nous les rencontrons, c'est cette symptomatologie que les parents rapportent au premier plan, pour finalement laisser transparaître leur épuisement. Madame V. va progressivement nous amener une **symptomatologie riche d'allure dépressive voire mélancolique**. En effet, au cours de son hospitalisation elle rapporte des idées de culpabilité, d'incurabilité pour elle et pour son fils, une anxiété envahissante concernant l'état de santé de son fils avec des idées fixes parfois hors du réel et peu accessibles à la réassurance. Ceci rejoint ce que nous pouvons retrouver dans la littérature, à savoir que les dépressions du post-partum précoces sont souvent des épisodes dépressifs majeurs caractérisés, d'allure mélancolique (93). Madame V. n'a pas d'antécédent psychiatrique particulier, mais l'anxiété du dernier mois de grossesse et l'isolement social à la naissance de Jules induit par les restrictions liées à la Covid-19 ont pu favoriser cette dépression (67) (94). La maman laisse peu d'accès à son ressenti et est dans une lutte quasi-permanente contre cette dépression, en se centrant essentiellement sur la symptomatologie de son fils.

Jules quant à lui est un bébé qui peut être très **tendu physiquement** et dans l'**hypervigilance**, mais qui présente tout de même une **bonne évolution psychomotrice**. Sa prise de poids est lente mais progressive. Les repas sont initialement accompagnés de beaucoup de cris, ce qui s'atténue au fil du temps. Il interagit de façon adaptée avec le personnel soignant. Il a pu être constaté des **évitements dans le regard** avec sa mère mais il reste le plus souvent dans la **recherche de contact visuel** avec elle. Madame V. est quant à elle plus distante, plus froide, bien qu'elle parvienne par moment à être plus accordée avec lui et dans l'échange, ce qu'elle remet tout de même en question. Elle exprime ne pas ressentir de plaisir à s'occuper de Jules. Elle garde un discours assez négatif à son sujet, dit « *faire le deuil d'un beau bébé, qui ne pleure pas, qui mange bien* », évoquant à plusieurs reprises vouloir le faire adopter. Ceci illustre bien une relation mère-enfant caractérisée par un **état**

affectif négatif, une **difficulté à reconnaître et à interpréter les signaux réciproques** ainsi qu'à obtenir des échanges harmonieux, dans le contexte alimentaire mais pas seulement. Le risque d'une relation de soins insensible entre le *caregiver* (donneur de soins) et l'enfant est alors que le bébé ne comprenne pas ses propres états émotifs naissants. Il peut alors en découler des stratégies relationnelles inadéquates et des modèles mentaux d'**attachement insécuré** (16).

Cette observation met en lumière la réaction paradoxale, et mystérieuse, que peut avoir une mère : son enfant va bien, mais elle continue d'aller mal. Aurait-elle trouvé initialement un équilibre défensif à travers les symptômes de son enfant, qui se serait écroulé à l'annonce que son fils allait bien ? La focalisation sur la symptomatologie de son bébé serait-elle un moyen inconscient de se détourner de sa propre problématique ? La fixation sur la sphère orale renverrait-elle à quelque chose de plus profond chez madame V. ?

Madame V. va également pouvoir exprimer que le lien à sa propre mère est compliqué et que de ce fait elle ne parvient pas à se représenter comment doit être le lien avec son enfant. Ceci vient nous questionner sur les éventuelles motivations inconscientes de ces comportements. Les troubles de Jules font-ils partis d'un « **héritage transgénérationnel** » ? La naissance d'un enfant réactive les conflits et les angoisses qui n'ont pas fait l'objet d'un travail psychique suffisant (55). Chez madame V., l'instauration nouvelle de liens avec son fils semble la renvoyer aux difficultés relationnelles avec sa mère.

En effet, le lourd passé de violences sexuelles de la grand-mère maternelle lorsqu'elle était enfant, inconnu de madame V., n'a-t-il pas joué dans la relation mère-fille initiale puis désormais dans celle de madame V. et son fils ? Le temps périnatal est considéré comme une des périodes les plus sensibles aux réaménagements générationnels, comme un temps de crise structurante qui appelle à des mouvements désorganiseurs et réorganiseurs, en réveillant l'héritage psychique familial caché et non élaboré. Dans ces situations, la loi du silence familial peut entraver la réorganisation familiale et empêcher le futur parent de se saisir du matériel de son enfance ou celui légué par les générations précédentes. Le bébé peut être imaginé étrange, anormal, en écho avec les angoisses, les incompréhensions et les non-sens issus des silences d'autrefois (95).

Nous en venons également à nous interroger sur l'absence totale de verbalisation autour de l'accouchement traumatique marqué par un périnée complet... De façon plus imagée, l'explosion corporelle provoquée par la naissance de Jules ferait-il écho de façon inconsciente aux violences subies par la mère de madame V. ?

Ce n'est qu'après plusieurs mois de stabilisation, le reprise de son travail et sachant Jules sur un bon développement qu'elle parlera enfin de cet accouchement et d'une opération à venir. Elle pourra enfin exprimer de l'inquiétude par rapport à ceci. La parole semble circuler à

nouveau, elle peut enfin parler de son propre corps comme sa mère lui a probablement parlé du sien...

III.2. Discussion autour du 2^{ème} cas clinique

Dans le 2^{ème} cas clinique, Léa est adressée à l'âge de **6 mois**, par sa pédiatre de ville et par le service de pédiatrie où elle est hospitalisée pour « stagnation pondérale et prise alimentaire compliquée ». Léa a connu plusieurs hospitalisations dans ce contexte de difficultés alimentaires. Il existe, depuis ses 15 jours, une notion de **colique** associées à des **RGO** compliqués d'une œsophagite. Une APLV a aussi été évoquée. Plusieurs laits et traitements ont été essayés. Ce cas vient alors illustrer la complexité diagnostique face à des troubles alimentaires, les intrications possibles, et la longue prise en charge qu'il en découle ; avec un bébé qui peut rester plusieurs mois en situation inconfortable entouré de parents démunis et inquiets. En effet, Léa présente des **comportements de retrait** lors des repas, de **lutte**, de cris, mettant fin aux interactions avec ses parents. Le refuge dans le sommeil serait-il alors un moyen de se protéger face à la souffrance ressentie ?

Plusieurs éléments anxiogènes sont venus s'entremêler au déroulement de la grossesse puis aux premiers mois de vie de Léa : l'hyperclarté nucale, la duplicité rénale, l'accouchement déclenché, l'asthénie liée à l'hémorragie de la délivrance ayant empêché madame de s'occuper de sa fille dans les premiers jours, le transfert en néonatalogie, la découverte d'un foramen oval perméable puis d'une sténose valvulaire, et pour finir l'aggravation progressive des troubles alimentaires. Tous ces éléments ont certainement contribué à la création d'une atmosphère familiale remplie d'inquiétudes pouvant favoriser la survenue d'une dépression du post-partum chez la mère, et pour Léa d'un sentiment d'anxiété et d'insécurité se manifestant par une **tension physique**.

Cependant, nous avons été interpellés lors de notre première rencontre par le fait que les parents expriment être **essentiellement inquiets des difficultés alimentaires** de Léa et de la prise de poids lente, faisant presque abstraction de toutes les autres affections somatiques que leur fille a pu présenter. Ils n'évoquent à ce moment-là pas la possibilité d'un bilan génétique à venir. Cette fixation autour des troubles alimentaires serait-elle alors une sorte de mécanisme défensif, de déni sur un potentiel trouble général plus grave ?

D'autre part, ils se questionnent sur l'apport de cette consultation et n'y voient qu'un examen complémentaire parmi d'autres, mais « *pourquoi pas ?* ». En effet, ils se présentent initialement sur un ton assez revendicateur mais expriment tous deux être **démunis** et en **colère** sur le déroulement de la prise en charge. Madame va alors s'autoriser à verbaliser une certaine **culpabilité**, de **l'anxiété**, une **tristesse** vis-à-vis de la situation, un **épuisement**. Elle peut se questionner sur un éventuel lien entre les troubles alimentaires de leur fille et la relation qu'elle a avec elle, notamment autour de l'anxiété qu'elle pourrait lui transmettre. Finalement, après un début d'entretien sur la défensive, Madame S. se saisit assez rapidement de la prise

en charge proposée, et est en demande de soutien psychique. Le père reste quant à lui plus en retrait.

Nous constatons durant le suivi que les interactions observées peuvent être mises à mal par la douleur et la gêne ressenties par Léa lors des repas, et par la répercussion thymique maternelle. En effet, madame S. tente d'accompagner verbalement sa fille dans les moments difficiles mais se dit moins patiente, moins disponible car trop anxieuse et préoccupée. Les échanges lors du repas se trouvent moins détendus car sous l'emprise d'une pression concernant le déroulement de celui-ci. Cependant, madame exprime garder plaisir à s'occuper de sa fille, son discours reste positif à son égard, permettant le maintien d'interactions de qualité dans les autres domaines.

Léa présente une bonne évolution sur le plan psychomoteur malgré son hypotonie. Les troubles alimentaires **ne semblent pas être à l'origine de répercussions négatives sur son développement.**

La bonne évolution sur les mois suivant la première rencontre avec cette famille laisse penser que le soutien et l'écoute apportés à ces parents ont permis progressivement de désamorcer et d'apaiser la situation.

III.3. Discussion autour du 3^{ème} cas clinique

Dans le 3^{ème} cas clinique, Paul, âgé de **3 mois**, et sa maman sont adressés pour « un trouble anxio-dépressif » chez la maman.

Paul est le **deuxième enfant** du couple. La maman n'a pas d'antécédent de suivi psychiatrique antérieur mais a déjà fait **un épisode dépressif par le passé** et a eu des **TCA étant plus jeune**. Elle présente également des **traits de personnalité anxieuse**. Nous retrouvons dans la littérature que l'antécédent d'épisode dépressif caractérisé chez la mère est un facteur de risque de dépression du post-partum (67). L'antécédent de TCA chez la mère est quant à lui un facteur de risque de développer chez l'enfant des TCA (96). Les vulnérabilités alimentaires du donneur de soin peuvent influencer négativement la capacité des jeunes enfants à différencier la faim et les émotions (16).

Paul a rapidement présenté des RGO après sa naissance, faisant écho pour la maman aux difficultés rencontrées avec sa première fille. La confrontation de nouveau à des difficultés alimentaires pour son fils a alors provoqué une **recrudescence anxieuse** avec des **inquiétudes majeures et disproportionnées**. En effet, madame S. présente une symptomatologie anxieuse importante au premier plan, sous tendu d'éléments dépressifs légers. L'**état d'hypervigilance** dans lequel elle se trouve, ainsi que les **angoisses de mort** ressenties pourraient s'apparenter à un **traumatisme**. Ses **angoisses sont centrées sur l'état de santé de son fils**, focalisées parfois sur certains symptômes physiques qui sont en réalité assez minimes. Elle est initialement dans l'incapacité d'être rassurée, même par les mots du pédiatre ; elle va jusqu'à dépersonnaliser son enfant, le considérant uniquement comme un « bébé malade ». Elle se trouve être dans un **besoin de réassurance** majeur. Dans cette situation, le fait que madame S. ai déjà connu une situation compliquée avec son premier enfant lui a permis de se mobiliser rapidement pour ne pas revivre seule ces difficultés. Sa capacité à reconnaître sa souffrance psychique, qu'elle a d'ailleurs pu poser à l'écrit par la suite, lui permet d'accéder plus facilement à la dimension psychique de son enfant.

D'autre part, la détresse dans laquelle elle se trouve avant son hospitalisation la conduit à être dans un **évitement de son bébé**. Elle éprouve de la difficulté à être seule avec lui et tend à **diminuer leurs contacts**. Cependant, elle va pouvoir exprimer ressentir du **plaisir à s'occuper de son fils**. En effet, durant l'hospitalisation les **interactions entre eux deux sont principalement de bonne qualité** bien que les mots qu'elle puisse adresser à Paul lorsque les tétés sont plus compliquées soient plus secs et accompagnés d'une certaine tension.

Les interactions mère-bébé semblaient alors être impactés dans tous les domaines avant que l'hospitalisation ne soit proposée, se centrant par la suite sur les temps des repas pour finalement devenir plus détendues et harmonieuses.

Paul quant à lui, malgré des manifestations de tensions physiques fluctuantes, d'agitation motrice des membres lors de certaines tétées et du besoin de portage contenant, semble bien se développer. Il reste dans l'échange et dans la recherche de contacts.

III.4. Discussion générale

III.4.1. Le diagnostic du nourrisson

Les troubles fonctionnels présentés par ces nourrissons semblent s'inscrire initialement dans le « trouble alimentaire associé à des conditions médicales concurrentes » par la présence de RGO, et pour Jules et Léa d'une œsophagite. Puis, par l'évolution, par les difficultés auxquelles sont confrontés les parents, et par la spirale négative engendrée, ces troubles pourraient également faire évoquer le diagnostic de « trouble alimentaire associé avec un manque de réciprocité mère-nourrisson ». Or si l'on s'intéresse à la classification DC 0-5 nous constatons que les critères diagnostiques du « trouble alimentaire associé avec un manque de réciprocité mère-nourrisson » ne correspondent finalement pas aux tableaux cliniques de nos trois familles. Cependant, nous ne pouvons pas nier que dans ces cas plus complexes des remaniements s'opèrent dans les interactions entre la mère et son enfant, de façon plus ou moins intense et plus ou moins facilement réversible. Ceci vient concorder avec le critère diagnostique « la prise en charge médicale améliore mais ne résout pas complètement le trouble alimentaire », mettant en lumière les parts psychologique et relationnelle associées à la part somatique.

La classification DC 0-5 pointe bien l'importance du contexte biologique, psychologique, relationnel et social dans la psychopathologie du jeune enfant. Il s'agit également de comprendre combien les relations précoces et les facteurs de stress psychosociaux contribuent à l'émergence de troubles du développement et de la santé mentale, mais aussi de mieux intégrer les facteurs contextuels dans le processus diagnostique.

III.4.2. Le profil parental

Les cas cliniques présentés dans ce travail mettent en évidence la diversité des tableaux cliniques que nous pouvons rencontrer. Ils viennent appuyer le fait qu'il n'existe pas de profil parental type pouvant être particulièrement en difficulté face à un enfant présentant un TFI. Chaque parent, détenteur de son propre bagage émotionnel, est mené à réagir de façon singulière. En effet, dans les deux premiers cas cliniques, les parents n'ont pas d'antécédents psychiatriques particuliers, contrairement au troisième, mais ceci n'est pas corrélé aux différentes sévérités des situations. Nous pouvons affirmer que la symptomatologie affichée par les trois femmes présentées ici est en faveur d'une dépression du post-partum, et à un stade sévère pour l'une d'entre elles. Les périodes du pré- et du post-

partum contiennent des spécificités qui peuvent facilement conduire à la saturation et à la surcharge au moment de la naissance d'un enfant, particulièrement dans le contexte de la primiparité (97). De plus, nous pouvons également noter que pour ces deux premiers cas cliniques, l'accouchement et la grossesse, se sont respectivement déroulés durant la période de confinement liée à la Covid-19. Un petit nombre d'études réalisées a pu mettre en évidence l'augmentation des taux d'anxiété durant la grossesse et de dépression du post-partum liées au contexte pandémique et aux restrictions associées (98) (99) (100). D'autre part, l'état d'hypervigilance dans lequel peuvent être ces femmes au moment des repas de leur enfant, associé aux angoisses de mort décrites, pourraient venir s'apparenter à un traumatisme. Ceci d'autant plus lorsqu'il existe un premier enfant ayant été atteint du même trouble.

Nous pouvons constater la place importante que peut prendre un symptôme initialement « banal », entraînant la mère, mais aussi la famille, dans une spirale infernale. L'environnement, et notamment le père, peut se trouver emporté par l'intensité des mécanismes projectifs maternels sans accéder au recul nécessaire. Le cas de Jules et ses parents le représente bien. Le père s'est longtemps trouvé inaccessible au raisonnement médical, restant persuadé comme madame V. que Jules était atteint d'une affection somatique l'empêchant de prendre du poids correctement. Le fait de pouvoir recevoir Jules seul au domicile durant l'hospitalisation lui a permis progressivement de se détacher du discours maternel.

D'autre part, la présence d'un enfant décrit comme « difficile » par ses troubles alimentaires, de sommeil, conduit les parents à réaliser un travail d'adaptation, d'ajustement face à la situation, ou le plus souvent, face aux situations répétitives. Le RGO vient alors mettre à mal l'idéalisation de la grossesse, de la naissance et du nourrissage, considéré comme le pilier de la relation précoce (49).

Ces trois cas cliniques illustrent bien quelle tournure négative et délétère peut prendre ce qui apparaît, au départ, comme de l'anxiété et de « simples » préoccupations maternelles. Alimentées de façon sous-jacente par d'intenses mécanismes projectifs, elles peuvent s'amplifier dangereusement (81). Le risque est alors que, par débordement émotionnel, les parents en deviennent maltraitants.

Du fait de cette variabilité clinique et des répercussions délétères possibles, il nous semble essentiel de pouvoir analyser rapidement au sein de chaque dyade ou triade quelles peuvent être les fragilités parentales présentes et dans quel contexte de vie ces fragilités et ces TFI s'inscrivent-ils. Nous savons d'autre part que l'irritabilité accrue du nouveau-né a un effet dépressogène chez la mère, indépendamment de tout autre facteur de risque (101). Il n'est pas retrouvé d'article mentionnant spécifiquement que la présence de TFI tel que le RGO

simple ou pathologique puisse en être un également. Nous faisons tout de même l'hypothèse que le RGO, particulièrement, pourrait être un facteur de vulnérabilité de développer une dépression du post-partum. Une étude en ce sens pourrait être intéressante.

III.4.3. Les interactions parents-enfant

Nous avons pu observer à travers ces trois cas cliniques, la présence de bébés extrêmement tendus physiquement, essentiellement lors des temps de repas, mais également lors des endormissements. Ils peuvent présenter des moments de torsions physiques et de rejet des biberons ou de cuillères, et sont parallèlement en besoin de réconfort et de réassurance par le portage. Ces moments de tension, par leur répétition, vont favoriser chez le parent des débordements émotionnels rendant difficile les accordages parent-enfant, ne sachant plus comment interpréter les signaux de son enfant.

D'autre part, nous pouvons noter que les nourrissons de ces cas cliniques présentent, en dehors des temps de repas, de bonnes interactions avec le parent ou avec le soignant. Ils sont dans la recherche de contacts visuels, souriant, et vocalisent. Il n'est pas constaté, durant la période de suivi, de lacune sur le plan développemental et notamment autour de la sphère orale et du « langage ». Selon un nombre restreint d'études, le RGO pourrait être à l'origine de trouble dans l'acquisition du langage (102), mais des études avec une puissance supérieure seraient à réaliser. Un suivi à plus long terme pourrait être intéressant pour surveiller le développement d'un éventuel trouble alimentaire ou psycho-affectif ultérieure comme cela a pu être évoqué dans la littérature (25).

Du côté maternel, nous constatons un état d'anxiété important et une hypervigilance autour du repas, pouvant parfois mener à un décalage entre le vécu parental et ce qui est réellement observé. Cette hypervigilance est souvent à l'origine d'une rigidité mentale maternelle et dans les échanges avec l'enfant. Le père peut parfois se trouver exclu de la relation, provoquant une diminution de la triangulation. Ou bien, la mère peut entrer dans un processus d'évitement, comme ont pu le faire madame V. et madame C., diminuant encore plus les interactions avec l'enfant. Les difficultés d'accordage ressenties lors des temps de repas, et même au-delà pour le cas de madame V. peuvent parfois aller jusqu'à faire évoquer un réel trouble du lien.

Dans le cas de Jules, nous observons initialement un papa qui est assez en retrait, qui ne semble pas parvenir à exercer son rôle de tiers au sein de la dyade mère-bébé. Les permissions, lui ayant permis de retrouver Jules au domicile, ont certainement aidé à la création d'un lien avec son fils dans un premier temps puis à favoriser la triangulation et la

création d'un lien plus serein entre sa femme et leur enfant. La co-parentalité a pu prendre sens lorsque monsieur est parvenu à se positionner et à intégrer pleinement sa place de père et de tiers pour la dyade.

Nous constatons dans la situation de Léa et ses parents que malgré un père sur la défensive, une alliance est présente entre les parents, leurs échanges sont fluides autour de Léa, ils se partagent le portage durant les entretiens. Ceci est également le cas pour Louis et ses parents. Nous savons d'autre part que la qualité du fonctionnement du couple et la présence d'un conjoint soutenant est un facteur protecteur vis à vis de la dépression du post-partum (66).

III.4.4. Le parcours de soin

III.4.4.1. Qui adresse ?

Concernant le parcours de soin de ces familles, nous pouvons constater que la présentation est différente en fonction de la manière dont ces familles sont adressées à la pédopsychiatrie. Pour le cas de Jules et Léa, les parents ont été adressés à nous par des professionnels de santé, alors qu'ils étaient avant tout en demande d'aide et de réponse sur le plan somatique. Une approche psychique des choses ne leur est pas spontanément venue à l'idée et cette proposition peut souvent venir étonner, interroger, voire offenser les parents. Il s'agit souvent d'une démarche difficile pour eux et l'alliance thérapeutique se trouve alors plus compliquée à instaurer. Nous sommes face à des familles dont le discours est initialement centré sur les symptômes de leur enfant, plus ou moins volontairement, sans vouloir évoquer pleinement la structure familiale environnante. Il y a le bébé avec ses symptômes et, de façon dissociée, il y a le fonctionnement familial. Nous remarquons qu'ils sont en premier lieu dans une forme de déni de leur mal être en mettant en avant que si la situation est compliquée c'est parce que leur enfant ne va pas bien. Serait-ce alors un masque somatique face à une souffrance psychique du bébé, de la dyade, d'un ou des parents, de la triade ou du groupe familial (61) ? Cette première consultation va alors permettre aux parents, et notamment aux mères, de s'autoriser à exprimer leurs ressentis et bien souvent un mal être plus personnel et plus profond. En mettant en mots et en prenant conscience qu'elles ne sont pas seules ceci permet d'entamer un premier pas vers la déculpabilisation.

Pour le cas de Paul et sa maman, l'orientation s'est faite par un professionnel du service de la PMI mais à la demande de madame C. Elle était alors plus en capacité et plus

disponible pour pointer son mal être et ses difficultés. L'adhésion aux soins a été plus simple et l'évolution s'en est trouvée plus rapide.

Nous en venons alors à nous interroger sur la manière dont nous pouvons amener aux familles cette proposition de consultation en pédopsychiatrie pour que celle-ci s'intègre mieux au parcours de soin de ces familles et soit mieux vécue, mieux acceptée, pouvant aider à une évolution favorable plus rapidement.

III.4.4.2. Quand adresser ?

Il se pose également la question de « quand ? » orienter ces familles et leur enfant. Nous savons que le RGO, initialement discret, peut avoir un retentissement progressif sur l'alimentation et ne provoquer des vomissements ou des douleurs qu'au bout de quelques mois (103). Les premiers temps résident souvent, comme pour nos cas cliniques, dans le changement de lait et/ou la recherche d'une thérapeutique adaptée. Cependant, les premiers mois de vie sont une période primordiale dans le développement de l'enfant, de ses interactions et dans la création du lien d'attachement à son caregiver. Comme mentionné antérieurement, c'est également une période de fragilité parentale durant laquelle des troubles psychiques peuvent s'installer et avoir des répercussions importantes sur l'enfant. Les accidents et les perturbations dans la relation, les séparations précoces, les échecs liés à l'alimentation, les maladies somatiques des parents ou du nourrisson sont des événements entravant le processus d'émergence de la vie psychique du nourrisson (104). Une surveillance très précoce semble fondamentale. Concernant nos cas cliniques nous pouvons nous demander si le fait de les recevoir plus tôt aurait pu permettre une diminution de la tension interne manifeste chez ses enfants ? Ceci nous aurait certainement permis d'accompagner plus tôt les parents, de désamorcer la frustration commune et de favoriser des interactions plus détendues et plus harmonieuses. Une vigilance semble donc importante dès les premières semaines de vie.

III.4.5. Les prises en charge possibles

En général, et comme nous avons pu le constater avec ces trois cas cliniques, les nourrissons atteints de RGO prennent de faibles quantités de nourriture, venant expliquer la lente prise de poids. Les prises en charges sont souvent longues et difficiles en raison de l'intrication des facteurs organiques et psychologiques, mais vont permettre une reprise

progressive du comportement alimentaire (103) et un accompagnement parental ayant pour objectif de les déculpabiliser et de leur faire reprendre confiance. L'idée est alors de réintroduire du plaisir et du désir dans la relation parent(s)-enfant, là où il n'y a plus qu'angoisse et opposition (34). Il est nécessaire de mettre en lien les éléments de l'histoire individuelle parentale et la « qualité » de l'investissement parentale (103).

Les offres de soins en psychiatrie périnatale sont complémentaires, permettant : de travailler avec le bébé et les membres de la famille vivant sous le même toit, d'accompagner les nouveaux équilibres familiaux dus à l'arrivée d'un bébé, et de prévenir ou traiter les troubles des interactions (105). La présence du soignant va alors aider à restaurer la contenance parentale et à mettre le symptôme en sens en partageant son questionnement (49). L'accueil offre un ancrage apaisant : on prend le temps et le parent n'est plus seul (34).

Dans les cas les moins sévères, comme pour celui de Léa, un accompagnement par des visites à domicile peut être proposé préférentiellement, permettant de rencontrer la dyade ou la triade dans son environnement habituel.

Une prise en charge en hôpital de jour peut être recommandée dans les situations où une observation plus globale et plus complète de l'enfant et de la dyade est nécessaire. En effet, une maman peut ne pas être toujours disponible psychiquement car trop préoccupée par l'alimentation de son enfant, au détriment de son éveil. Ceci permet alors d'observer le bébé sur des temps plus longs, de lui apporter des soins spécifiques, d'analyser les interactions dyadiques, les interactions avec autrui (les soignants, ses pairs), sur des temps de repas mais également sur des temps plus ludiques ou des moments de change. Il est important de pouvoir se décentrer de la problématique alimentaire. Le groupe va également favoriser la mise en place des processus d'identification et d'imitation. La prise en charge proposée est donc pluridisciplinaire. Elle peut reposer sur des soins de psychomotricité, sur de la balnéothérapie, sur des soins relationnels. Elle permet également d'apporter un soutien au parent et de travailler sur le lâcher prise avec son enfant. Le fait que la prise en charge se fasse sur un lieu différent du domicile aide à la prise de recul et à s'extraire de la problématique.

Dans les cas plus complexes et plus avancés sur le plan de la psychopathologie maternelle, une hospitalisation en Unité Parents-Bébé peut être conseillée. Elle permet d'apporter les soins nécessaires au caregiver tout en conservant le lien avec son enfant, qui peut souvent avoir besoin d'être étayé. Les soins proposés sont là aussi pluridisciplinaires (médicaux, psychomotricienne, psychologue, infirmiers, puéricultrices).

Ces prises en charge visent à favoriser la mise en place d'un cadre de repas stable et routinier nécessaire pour encourager la reprise alimentaire, tamiser les projections agressives parentales et les conduites d'emprises qui peuvent ponctuer les interactions alimentaires.

L'observation du nourrisson et des parents pendant un repas (filmé ou non) est une des méthodes les plus efficaces d'évaluation de la souffrance psychique et comportementale du nourrisson durant l'alimentation ainsi que des interactions entre l'enfant et ses parents. La vidéo permet de mettre en lumière certains dysfonctionnements dans la relation. Un travail de réflexion peut s'engager secondairement sur les processus psychiques qui viennent entraver les interactions parents-nourrisson (103) (25). En effet, si le parent y est disposé, la vidéo peut l'aider à voir l'enfant dans sa globalité et non uniquement en tant que symptôme. Elle permet également aux parents de se décentrer, de s'observer eux-mêmes ainsi que leurs interactions. Ils peuvent alors commenter leur comportement, proposer des aménagements et deviennent acteurs des soins. L'enregistrement permet également d'accéder à des éléments dont les parents n'auraient pas fait part lors des entretiens (104). Le cadre du repas associé à l'élaboration des fantasmes mortifères parentaux puis la reprise d'un dialogue interactif de bonne qualité permet d'atténuer les conflits durant l'alimentation et de relancer progressivement l'appétit. Un second temps de rééducation par orthophonie peut être nécessaire pour traiter les vécus éprouvant du nourrisson face à la nourriture, notamment en cas d'appréhension ou de réflexe nauséux (103).

Outre cet outil vidéoscopique, d'autres types de prise en charge existent pour ces TCA telles que les thérapies brève mère/bébé ou encore le jeu du Pique-Nique qui inclue le noyau familial comme unité d'analyse spécifique pour comprendre le développement de l'enfant (106) (83).

III.4.6. Un partenariat avec la pédiatrie ?

Un partenariat étroit entre les équipes de pédiatrie et celles de psychiatrie périnatale nous semble important. Cette réflexion s'inscrit dans une lutte contre le clivage entre les pathologies somatiques et psychiques, sans devenir exclusives de l'une ou de l'autre et sans généraliser à tous les patients (54). En effet, si dans nombre de cas la réponse du pédiatre peut suffire à rassurer les familles sur leur capacité de nursing amenant à un tassement du symptôme jusqu'à sa disparition, il en existe certains plus complexes. Dans les situations où le trouble du nourrisson peut avoir une origine d'allure psychosomatique, dans les situations où la nature des interactions entre les membres de la triade paraît parasitée au point de perturber les fonctions de régulation de l'excitation du nourrisson, un dispositif de soin en co-thérapie semble avoir sa place (107). Il est important de préciser aux familles que l'orientation vers un professionnel de la santé mentale n'est pas un lâchage et que le travail doit se poursuivre conjointement. Une collaboration reposant sur des échanges réguliers entre les deux corps médicaux permettrait alors une synergie ponctuelle diagnostique et thérapeutique

(61). En effet, nous avons pu constater en rencontrant ces familles, qu'il leur est souvent difficile de comprendre en quoi nous pourrions les aider et quelle pourrait être notre intervention au sein de leur triade. Nous assistons souvent à une rationalisation excessive de la part de la mère, du père ou des deux, concernant les troubles digestifs et les pleurs de l'enfant, avec une fixation quasi obsessionnelle sur le contenu des repas, sur les changements de lait (60), sans parvenir à s'interroger sur un éventuel dysfonctionnement relationnel installé. Une approche conjointe aiderait à replacer le symptôme dans son contexte et son histoire, et à travailler, face à cette somatisation, à une diminution des tensions ainsi qu'à une liaison psyché-soma (54) (21).

D'autre part, ces trois cas cliniques soulignent bien la composante anxieuse que peut procurer la présence d'un TFI tel que le RGO, et le risque d'évoluer vers une dépression du post-partum. En effet, des plaintes répétées concernant le bébé, des manifestations somatiques chez le nourrisson telles que des troubles du sommeil, des difficultés alimentaires (anorexie, régurgitations, vomissement), une prise de poids insuffisante, des pleurs prolongés peuvent révéler la dépression maternelle (93). Connaissant les potentielles conséquences délétères de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant et le fait que 50% des patientes qui nécessitent une hospitalisation en période périnatale n'ont aucun antécédent psychiatrique, la prévention de ce trouble nous paraît fondamentale (108). De même qu'il nous paraît essentiel de ne pas minimiser la souffrance parentale exprimée en lien avec des TFI dès les premières semaines de vie. L'idée est alors de s'intéresser et de rester vigilant à l'environnement psychique de l'enfant bien avant que la situation ne se dégrade.

Il nous semblerait alors important que l'équipe de psychiatrie périnatale soit intégrée dans la prise en charge de ces situations plus complexes. Ceci reposant sur une relation de confiance et de coopération qui doit pouvoir être expliquée aux parents, permettant ainsi une déstigmatisation de l'approche psychique. En effet, l'un des messages à faire passer est que le somatique et le psychique sont très liés. Dès les premiers mois de vie le bébé construit ses premiers rapports au monde, aux autres, et il est important que des professionnels participent à mieux comprendre en quoi les difficultés présentées par l'enfant vont pouvoir venir déstabiliser le fonctionnement familial.

Des consultations conjointes de psychosomatiques existent déjà dans ce sens, proposées initialement par N. Boige et S. Missonnier à Paris (61), puis repris à Toulouse par J-P. Olives et T. Cascales (107).

A Limoges, un protocole d'évaluation pluridisciplinaire de ces situations complexes est en cours d'élaboration dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Mère Enfant, en collaboration avec l'équipe de psychiatrie périnatale du Centre Hospitalier Esquirol.

CONCLUSION

Si les TFI sont un motif fréquent de consultation, il n'existe à ce jour que peu d'études traitant des TFI chez le jeune enfant et le nourrisson, et encore moins de leur impact sur les interactions parents-enfant.

Le RGO fait partie, avec les coliques, des TFI les plus étudiés dans la littérature. Il est extrêmement fréquent avant l'âge de dix mois puis tend à diminuer avec l'acquisition de la station debout et de la marche. Cependant, sa pérennisation sur les premiers mois de vie, à l'origine d'un inconfort chez le nourrisson associant douleurs et tension physique jusqu'au refus alimentaire ou à une insuffisance des prises, peut mener progressivement à des situations de frustration mutuelle entre le caregiver et l'enfant. Cette frustration, au cœur d'une atmosphère remplie d'angoisse et de tension, peut alors conduire à une dysharmonie relationnelle laissant place à des interactions alimentaires sous-optimales, mécaniques et désaffectivées. En effet, la place que représente l'alimentation en tant que besoin essentiel à la survie et la représentation du don d'alimentation comme compétence parentale indispensable provoquent chez le parent un sentiment d'échec. Associé à la peur d'une dénutrition et à des angoisses de mort, le parent entre dans une rigidification des temps de repas, souvent source de conflit et de lutte. Il présente alors des expressions faciales plus crispées, qu'il renvoie à son enfant. Le bébé quant à lui, centré sur son vécu corporel, est souvent indisponible pour entrer en relation. Ainsi, la résonance entre les angoisses de mort et le symptôme du bébé vient aggraver les difficultés d'accordage. Le risque pour l'enfant est alors d'empêcher la stabilisation des rythmes biologiques de faim/satiété et l'acquisition d'un sentiment de sécurité indispensable pour développer un attachement sécurisé.

A travers nos vignettes cliniques nous percevons également la menace chez la mère de développer une dépression du post-partum, pouvant venir accentuer les difficultés d'accordage dans tous les champs relationnels.

Il est souvent difficile dans ces situations de faire la part entre l'origine organique et psychologique des troubles, et de déterminer quel trouble entretient l'autre. Il s'agit en réalité d'une compréhension des processus et des états plutôt que de simples relations de cause à effet.

Par tous ces éléments, la présence d'un RGO nous semble alors être un point d'alerte devant nous inciter à rester vigilant. Tous les professionnels de santé se rapprochant de la petite enfance ont un rôle à jouer dans la prévention et la sensibilisation, pouvant permettre une intervention rapide avant que les troubles alimentaires et les troubles interactionnels induits ne se renforcent et se cristallisent.

D'autre part, les coliques apparaissent également comme pourvoyeuses de difficultés au sein des interactions parents-enfant, mais semblent avoir un impact moins négatif.

Les travaux concernant les autres TFI et leurs éventuelles répercussions sur les interactions parents-enfant restent à ce jour très faibles. Des études sur ce sujet pourraient être intéressantes.

Dans la continuité de ce travail et de notre réflexion, une étude clinique permettant d'évaluer si les TFI apparaissent comme un facteur de risque de dépression du post-partum au même titre que la mauvaise qualité du soutien social, les complications obstétricales ou encore des événements de vie stressant, pourrait être enrichissante et venir renforcer l'idée d'une prévention précoce.

Références bibliographiques

1. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. Arch Pédiatrie. 1 juin 2008;15:S12-9.
2. Bellaïche M, Koskas M, Lepetit H, Danvic ML. Prévalence et prise en charge des troubles gastro-intestinaux fonctionnels : enquête auprès de 2000 mères de nourrissons âgés de un à dix mois. 2010;6.
3. Chouraqui J-P. Quelle est la place des intolérances alimentaires dans les troubles fonctionnels intestinaux ? Réal Pédiatriques. 2015;(193).
4. Abadie V. Troubles de l'oralité du jeune enfant. Rééduc Orthophonique. 2004;(220):57-70.
5. Brusset B. Oralité et attachement. Rev Fr Psychanal. 2001;Vol. 65(5):1447-62.
6. Golse B, Guinot M. La bouche et l'oralité. Rééduc Orthophonique. 2004;(220):25-32.
7. Lecanuet J-P. Des rafales et des pauses : les suctions prénatales. Spirale. 2007;n° 44(4):21-32.
8. Goulet O, Turck D, Vidailhet M. Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique. Doin; 2012. 1013 p.
9. Cheval C, Nezelof S. Anorexies du nourrisson. 2015;12(4).
10. Clancier S. 4 - Les stades de révolution libidinale. Fonds Psychanal. 1998;55-74.
11. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. 1987.
12. Freud S. La Négation. Revue Française de Psychanalyse. 1934;7(2):174-7.
13. Zazzo R. John Bowlby. Enfance. 1991;44(1):5-6.
14. Golse B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant - Compléments sur l'émergence du langage. 4ème édition. Masson; 2008.
15. Dugravier R, Barbey-Mintz A-S. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Enfances Psy. 27 juill 2015;N° 66(2):14-22.
16. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. Transmission intergénérationnelle : troubles alimentaires de l'enfance et psychopathologie maternelle. Devenir. 2004;Vol. 16(3):173-98.
17. Bayle B, Glatigny Dallay E. Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Dunod. 2017. 41-48 p. (Aide mémoire).
18. Ferrari P. 24. Troubles des interactions précoces parents-nourrisson. Traités. 2012;205-11.
19. Missonnier S, Boige N. « Je régurgite, donc je suis ». Quand manger fait souffrir. ERES; 2018.
20. Ainsworth M. L'attachement mère-enfant. Enfance. 1983;36(1):7-18.

21. Boige N, Missonnier S. Le reflux gastro-œsophagien du nourrisson : une clinique à partager ? Signes de souffrances en périnatalité. ERES; 2000.
22. Foll J, Guedeney A. Classification diagnostic 0-3 ans (DC 0-3R, 2005) et sa révision (DC 0-5, 2016). EMC Psychiatr. 2018;0(0):1-7.
23. Cascales T. Anorexie du nourrisson : un diagnostic différentiel compliqué. Devenir. 29 avr 2013;Vol. 25(1):5-25.
24. Chatoor I., Ganiban J. Food Refusal by Infants and Young Children : Diagnosis and Treatment. Cogn Behav Pract. 2003;(10):138-46.
25. Cascales T, Olives J-P, Bergeron M, Chatagner A, Raynaud J-P. Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : classification, sémiologie et diagnostic. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 nov 2014;172(9):700-7.
26. Abadie V. Troubles du comportement alimentaire du nourrisson | Pas à Pas en Pédiatrie - Société Française de Pédiatrie. 2017.
27. Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, Sarles J. Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance. Arch Pédiatrie. 1 mai 2006;13(5):464-72.
28. Cascales T, Olives J-P. « Tu vas manger ! » Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : du refus au forçage alimentaire. Spirale. 10 déc 2012;n° 62(2):26-34.
29. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR - Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4ème édition, Texte Révisé. Elsevier Masson. 2000.
30. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson. 2015.
31. OMS. CIM-10 FR Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes à usage PMSI, 10è révision France. atih. Vol. 1. 2021.
32. Chatoor I, Getson P, Menvielle E, Brasseaux C, O'Donnell R, Rivera Y, et al. A feeding scale for research and clinical practice to assess mother—infant interactions in the first three years of life. Infant Ment Health J. 1997;18(1):76-91.
33. Perret P, Le Foll J, Guedeney A. La nouvelle classification diagnostique de la petite enfance (DC: 0-5) : continuité et évolutions. Devenir - Rev Eur Dév Enfant Ed Médecine Hygiène. 2019;
34. Robail S, Camburet L, Pannier S, Nguyen G, Rolland AC. Un groupe thérapeutique parents—enfants à destination des troubles précoces du comportement alimentaire. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 déc 2017;65(8):487-99.
35. Zero to Three. DC: 0-5 tm - Classification diagnostique de la sante mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance. Médecine et Hygiène. 2019.
36. Bellaiche M, Oozer R, Gerardi-Temporel G, Faure C, Vandenplas Y. Multiple functional gastrointestinal disorders are frequent in formula-fed infants and decrease their quality of life. Acta Paediatr. 2018;107(7):1276-82.
37. Morali A. Troubles fonctionnels digestifs de l'enfant. Lett Hépatogastroentérologie. 2001;IV(3).

38. Lemale J. Troubles digestifs fonctionnels du nourrisson : suivre les recommandations ou les parents ? *Réal Pédiatriques*. 2016;2(203).
39. Olives J-P, Cascales T. Troubles digestifs du nourrisson : les maux ou les mots du ventre ? *Spirale*. 21 juin 2013;N° 65(1):28-37.
40. Bourrillon A, Benoist G, Delacourt C. *Pédiatrie*. Elsevier Masson. 2014. (Collège national des pédiatres universitaires).
41. Gottrand PF, Turck PD. *Gastroentérologie pédiatrique*. Doin - John Libbey Eurotext; 2016. 392 p.
42. Zeevenhooven J, Singendonk MMJ, Koppen IJN, Benninga MA. Functional Gastrointestinal Disorders in Neonates and Toddlers. In: *Encyclopedia of Gastroenterology*. Elsevier; 2020. p. 492-501.
43. van Tilburg MAL, Hyman PE, Walker L, Rouster A, Palsson OS, Kim SM, et al. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *J Pediatr*. 1 mars 2015;166(3):684-9.
44. Reconnaître le reflux gastro-œsophagien du nourrisson [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/rgo-nourrisson/definition-causes>
45. M. Schuler Barazzoni D. C. Belli M. Schäppi. Le reflux gastro-œsophagien : attitude pratique. *Revue Médicale Suisse*. 2006.
46. Becmeur F, Rebeuh J, Molinaro F. Le reflux gastro-œsophagien chez l'enfant. 2009;12:8.
47. Sherman P-M, Hassall E, Fagundes-Neto U, Gold B-D, Kato S, Koletzko S, et al. Consensus factuel international sur la définition du reflux gastro-œsophagien pathologique en pédiatrie. *Arch Pédiatrie*. nov 2010;17(11):1586-93.
48. Baudon J-J. Reflux gastro-œsophagien du nourrisson : mythes et réalités. *Arch Pédiatrie*. 1 mai 2009;16(5):468-73.
49. Bydlowski M, Candilis-Huisman D. Des mères et leurs nouveau-nés: recherches et interventions autour de la naissance. *Esf Editeur*; 2002. 228 p.
50. Ferrari P. 25. Troubles psychosomatiques du nourrisson. *Traites*. 2012;212-8.
51. Bellaïche M. Traitement des coliques du nourrissons : quelles sont les thérapeutiques efficaces ? *Réal Pédiatriques*. oct 2019;(234).
52. Kreisler L. 116. La clinique psychosomatique du nourrisson. Vol. 2e éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Presses Universitaires de France; 2004.
53. Debray R, Belot R-A. Chapitre III. Les cris paroxystiques et le reflux gastro-œsophagien. *Fil Rouge*. 2008;59-75.
54. Boige N. Reflux gastro-œsophagien : expression somatique de la souffrance psychique du nourrisson ? *Approche du gastropédiatre*. *Arch Pédiatrie*. 1 mai 2001;8:449-51.
55. Belot R-A. Le système pare-excitation parental et ses liens avec l'expression somatique du bébé. *Dialogue*. 26 oct 2012;n° 197(3):19-30.

56. Belot RA, Bonnet M. Défaillance dans la construction des enveloppes psychiques et conséquences somatopsychiques chez le bébé. À partir d'une observation, Madras 2 mois 15jours. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 nov 2016;64(7):464-72.
57. Missonnier S, Kelalfa-Foucaud F, Boige N. Le reflux gastro-œsophagien du nourrisson (RGO) : un avatar de la transmission orale ? *Champ Psychosom.* 2002;no 25(1):75-93.
58. Moretton N. Troubles alimentaires du bébé, panorama et réflexion sur une interface somatopsychique. *ERES. Des familles et des bébés troublés.* 2018. 251-260 p.
59. Bayle, Boige N. *Psychiatrie et psychopathologie périnatales.* Dunod. 2017. 273-280 p. (Aide mémoire).
60. Boige N. Le nourrisson en pleurs : reflux, coliques ou colère ? Une approche psychosomatique. *Med SOMMEIL.* 2008;
61. Boige N, Missonnier S. La consultation de gastropédiatrie psychosomatique. *Carnet PSY.* 2008;n° 127(5):34-8.
62. Debray R. Chapitre III. L'expression somatique dans la triade père/mère/bébé. *Epitres.* 2001;83-127.
63. Debray R, Belot R-A. Chapitre X. Expression somatique du bébé, qualité du fonctionnement psychique maternel et nature de la triade père-mère-bébé. *Fil Rouge.* 2008;283-317.
64. Reeves N, Pelletier V, Schauder C, Thériault J, Wendland J. Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative. *Devenir.* 12 avr 2016;Vol. 28(1):43-64.
65. Winnicott D. *La mère suffisamment bonne.* Payot. 2006.
66. Cramer B. Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire? *Devenir.* 2002;Vol. 14(2):89-99.
67. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry.* janv 2015;2(1):59-67.
68. Bayle B. *Psychiatrie et psychopathologie périnatales - Chapitre 18 : Troubles anxieux et maternité.* Dunod. 2017.
69. Stein A, Woolley H, Murray L, Cooper P, Cooper S, Noble F, et al. Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants: A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. *Br J Psychiatry.* août 2001;179(2):157-62.
70. Vacheron M-N, Mokrani M., Rouer-Saporta S-A. *Maternité et psychiatrie - Chapitre 4 : Les pathologies mentales.* Lavoisier. 2015. 226 p. (Les Précis).
71. Genet M-C, Golse B, Devouche E, Apter G. Psychopathologie, attachement et devenir des enfants de mères présentant un trouble de personnalité borderline/état-limite : une revue de la littérature. *Psychiatr Enfant.* 25 juin 2014;Vol. 57(1):259-329.

72. Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eat Behav.* 2010;11(1):54-61.
73. Rainelli C. *Psychiatrie et psychopathologie périnatales - Chapitre 27 : Troubles des conduites alimentaires, grossesse et parentalité.* Dunod. 2017.
74. Keren M, Feldman R. Le rôle de l'évaluation des interactions lors du repas dans l'évaluation psychopathologique usuelle du jeune enfant. *Devenir.* 2002;Vol. 14(1):5-16.
75. Culot S, Mauroy A, Fragnito LC, Gaugue J. Évaluation de la détresse psychologique paternelle en périnatalité : revue des instruments pour un screening de première ligne. *Devenir.* 24 juill 2020;Vol. 32(2):87-104.
76. Bayle B. *Psychiatrie et psychopathologie périnatales - Chapitre 8 : Psychopathologie de la paternité.* Dunod. 2017.
77. Binet É. 24. Syndrome de Munchausen par procuration (SMPP) et périnatalité. *Psychiatrie et psychopathologie périnatales.* Dunod; 2017.
78. Muckensturm A, Cheze M, Valet D, Quinton M-C, Bodeau S, Lemaire-Hurtel A-S, et al. Trouble factice imposé à autrui : à propos d'un cas d'intoxication par la lamotrigine, documenté par l'analyse des cheveux. *Toxicol Anal Clin.* 1 sept 2020;32(3):210-6.
79. Auxéméry Y. À propos d'un cas de syndrome de Münchhausen par procuration à expression psychiatrique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 mai 2011;59(3):188-94.
80. Gasman I, Rouyer V, Borentain S, Skurnik N. À propos du syndrome de Münchhausen, du Münchhausen par procuration et de ses descriptions cliniques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mars 2002;160(2):169-73.
81. Belot RA. Un cas d'un syndrome de Münchhausen par procuration : apport des tests projectifs, Rorschach et TAT. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 mai 2009;57(3):182-91.
82. Vandenplas Y, Frias RV, Lifschitz C, Jung C. Troubles fonctionnels gastro-intestinaux de la petite enfance. 2020;9.
83. Martos Borrego J. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine - Troubles du comportement alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : revue de la littérature. Réflexion autour du parcours de soins. 2019.
84. Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Ammaniti M. Feeding disorders of early childhood: An empirical study of diagnostic subtypes. *Int J Eat Disord.* mars 2013;46(2):147-55.
85. Mathisen B, Worrall L, Masel J, Wall C, Shepherd R. Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: A controlled study. *J Paediatr Child Health.* avr 1999;35(2):163-9.
86. Neu M, Meyer-Parsons B, Biringen E, Biringen Z. Gastroesophageal reflux disease and the mother-infant relationship. *J Nurs Educ Pract.* 2015;5(5):41-5.
87. Neu M, Schmiede SJ, Pan Z, Fehringer K, Workman R, Marcheggianni-Howard C, et al. Interactions During Feeding with Mothers and Their Infants with Symptoms of Gastroesophageal Reflux. *J Altern Complement Med.* 1 juin 2014;20(6):493-9.

88. Akman I. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child*. 1 mai 2006;91(5):417-9.
89. Alexander CP, Zhu J, Paul IM, Kjerulff KH. Fathers make a difference: positive relationships with mother and baby in relation to infant colic: Social support and infant colic. *Child Care Health Dev*. sept 2017;43(5):687-96.
90. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *BMJ*. 4 sept 1993;307(6904):600-4.
91. Rähkä H, Lehtonen L, Huhtala V, Saleva K, Korvenranta H. Excessively crying infant in the family: mother-infant, father-infant and mother-father interaction: Excessive infant crying and family interaction. *Child Care Health Dev*. sept 2002;28(5):419-29.
92. Sahli-Chau T. Coliques du nourrisson et interactions mère–enfant en consultation de puériculture de protection maternelle et infantile : à propos de 98 cas évalués par l'échelle de Bobigny. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 oct 2010;23(5):243-8.
93. Vacheron M-N. Maternité et psychiatrie - Chapitre 2. Dépression et psychose puerpérale. Lavoisier; 2015.
94. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord*. 1 mai 2021;286:158-65.
95. Darchis É. Le silence générationnel dans les familles et ses effets en périnatalité. *Connexions*. 23 mai 2018;n° 109(1):123-35.
96. Dubedout S, Cascales T, Mas E, Bion A, Vignes M, Raynaud J-P, et al. Troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : situations à risque et facteurs favorisants. *Arch Pédiatrie*. 1 juin 2016;23(6):570-6.
97. Belot R-A. Modifications du système pare-excitation maternel en pré- et post-partum et expression somatique du bébé. À partir d'une observation, Elise (1 mois 19 jours). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 juin 2014;62(4):218-25.
98. Mappa I, Distefano FA, Rizzo G. Effects of coronavirus 19 pandemic on maternal anxiety during pregnancy: a prospective observational study. *J Perinat Med*. 1 juill 2020;48(6):545-50.
99. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol*. 1 août 2020;223(2):240.e1-240.e9.
100. Fallon V, Davies SM, Silverio SA, Jackson L, De Pascalis L, Harrold JA. Psychosocial experiences of postnatal women during the COVID-19 pandemic. A UK-wide study of prevalence rates and risk factors for clinically relevant depression and anxiety. *J Psychiatr Res*. avr 2021;136:157-66.
101. Hays M-A. Le temps du bébé: soutien de l'accordage primaire et prévention de la dépression maternelle précoce du post-partum. *Devenir*. 2004;Vol. 16(1):17-44.
102. Karacetin G., Demir T., Erkan T., Cullu Cokugras F., Alsancak Sonmez B. Maternal Psychopathology and Psychomotor Development of Children With GERD. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011;53(4).

103. Cascales T, Olives J-P, Raynaud J-P, Pirlot G. Trouble alimentaire précoce avec une cause organique associée : complémentarité des approches. L'Évolution Psychiatr. 1 juill 2014;79(3):567-81.
104. Cascales T, Olives J-P, Pirlot G, Raynaud J-P. Vidéo et psychothérapie d'orientation psychanalytique du nourrisson avec un trouble du comportement alimentaire. Psychotherapies. 26 juin 2014;Vol. 34(2):85-95.
105. Dugravier R. Dispositifs de soins en psychiatrie périnatale et troubles du comportement alimentaire. Carnet PSY. 31 janv 2018;N° 213(1):34-7.
106. Frascarolo-Moutinot F, Favez N. Une nouvelle situation pour évaluer le fonctionnement familial : le Jeu du Pique-Nique. Devenir. 2005;Vol. 17(2):141-51.
107. Cascales T, Olives J-P. Troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : avantages d'une consultation conjointe entre pédiatre et psychologue. Arch Pédiatrie. 1 août 2013;20(8):877-82.
108. Sutter-Dallay A-L. Psychiatrie et psychopathologie périnatales - Chapitre 20 : Dépressions périnatales, troubles bipolaires. Dunod. 2017.

Annexes

Annexe 1. DSM-IV to DSM-5 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Comparison	104
Annexe 2. Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant CIM-10	105
Annexe 3. Les trois troubles alimentaires initialement décrits par Chatoor et al.	106

Annexe 1 : DSM-IV to DSM-5 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Comparison

DSM-IV	DSM-5
Name: Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood	Name: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder
Disorder Class: Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early Childhood	Disorder Class: Feeding and Eating Disorders
A. Feeding disturbance as manifested by persistent failure to eat adequately with significant failure to gain weight or significant loss of weight over at least 1 month.	A. An eating or feeding disturbance (e.g., apparent lack of interest in eating or food; avoidance based on the sensory characteristics of food; concern about aversive consequences of eating) as manifested by persistent failure to meet appropriate nutritional and/or energy needs associated with one (or more) of the following: <ol style="list-style-type: none"> 1. Significant weight loss (or failure to achieve expected weight gain or faltering growth in children) 2. Significant nutritional deficiency. 3. Dependence on enteral feeding or oral nutritional supplements. 4. Marked interference with psychosocial functioning.
B. The disturbance is not due to an associated gastrointestinal or other general medical condition (e.g., esophageal reflux).	D. The eating disturbance is not attributable to a concurrent medical condition or not better explained by another mental disorder. When the eating disturbance occurs in the context of another mental disorder, the severity of the eating disturbance exceeds that routinely associated with the condition or disorder and warrants additional clinical attention.
C. The disturbance is not better accounted for by another mental disorder (e.g., Rumination Disorder) or by lack of available food.	B. The disturbance is not better explained by lack of available food or by an associated culturally sanctioned practice.
--	C. The eating disturbance does not occur exclusively during the course of anorexia nervosa or bulimia nervosa, and there is no evidence of a disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced.
D. The onset is before age 6 years.	DROPPED D. The eating disturbance is not attributable to a concurrent medical condition or not better explained by another mental disorder. When the eating disturbance occurs in the context of another condition or disorder, the severity of the eating disturbance exceeds that routinely associated with the condition or disorder and warrants additional clinical attention. <i>Specify if:</i> In remission: After full criteria for avoidance/restrictive food intake disorder were previously met, the criteria have not been met for a sustained period of time.

Annexe 2 : Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant CIM-10

Classification Internationale des Maladies – CIM-10 FR 2020

F98.2 Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant

Trouble de l'alimentation caractérisé par des manifestations variées, habituellement spécifique de la première et de la deuxième enfance. Il implique en général un refus alimentaire et des caprices alimentaires excessifs, alors que la nourriture est appropriée, que l'entourage est adéquat et qu'il n'y a pas de maladie organique. Le trouble peut s'accompagner d'une rumination – régurgitation répétée de nourriture non accompagnée de nausées ou d'une maladie gastro-intestinale.

Mérycisme de l'enfance

À l'exclusion de : anorexie mentale et autres troubles de l'alimentation (F50.-)
difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée (R63.3)
pica du nourrisson et de l'enfant (F98.3)
problèmes alimentaires du nouveau-né (P92.-)

F98.3 Pica du nourrisson et de l'enfant

Trouble caractérisé par la consommation persistante de substances non nutritives (par exemple de la terre, des bouts de peinture, etc.). Il peut faire partie d'un trouble psychiatrique plus global, tel un autisme, ou constituer un comportement psychopathologique relativement isolé. C'est seulement dans ce dernier cas que l'on fait le diagnostic de pica. Ce comportement s'observe surtout chez des enfants présentant un retard mental ; dans ce dernier cas, le retard mental doit constituer le diagnostic principal (F70-F79) .

Annexe 3 : Les trois troubles alimentaires initialement décrits par Chatoor et al.

Feeding Disorder of Homeostasis

This feeding disorder is characterized by difficulties in establishing regular, calm feedings and by inadequate food intake of the infant. During the first month of life, the regulation of feeding is closely tied to the mother–infant relationship. Both infant and parent characteristics appear to contribute to these regulatory feeding difficulties.

A. Infant

1. Onset of feeding problems between birth and 3 months of age.
2. Irregular feeding pattern and poor food intake:
 - a. intake varies in quantity
 - b. feeding varies in timing of the day and length of feeding
3. Infant shows poor regulation of state during feeding, demonstrated by: irritability, easy fatigability, and/or excessive sleepiness
4. Lack of weight gain leading to failure to thrive

B. Parent

Parental anxiety, depression, parental psychopathology and/or psychosocial stressors lead to the mother's inability to read the infant's cues and to facilitate calm, successful feedings.

C. Differential Diagnosis

The following associated organic problems of the infant may contribute but not fully explain the feeding problems:

- a. prematurity, dysmaturity
 - b. cardiac or pulmonary disease
 - c. functional or structural abnormalities of the oropharynx or gastrointestinal tract (cleft palate, gastroesophageal reflux, esophageal atresia, etc.)
-

Feeding Disorder of Attachment

This feeding disorder is characterized by a lack of engagement between mother and infant. The mother frequently denies any feeding problems of the infant, and the infant may come to the attention of professionals because of marked growth failure or other health problems.

A. Infant

1. Onset of growth failure between 2 and 8 months
2. The infant shows lack of age-appropriate social responsivity
 - a. lack of visual engagement, but hypervigilance when people are at a distance
 - b. lack of smiling response
 - c. lack of vocal reciprocity
 - d. lack of anticipatory reaching when picked up (when infant is more than 5 months old)
 - e. lack of molding and cuddling when held
3. Development of infant:
 - a. delay in motor milestones
 - b. poor muscle tone evidenced by: hypertension when picked up, surrender posture when held
 - c. delayed cognitive development
 - d. failure to thrive

B. Parent

Acute or chronic depression, and/or personality disorder, drug or alcohol abuse, and/or high psychosocial stress appear to lead to a lack of affectionate care and lack of regular feedings of the infant. Bottles may be propped for the infant to feed independently, or feedings may be forgotten altogether.

C. Differential Diagnosis

This feeding disorder needs to be differentiated from organic conditions which may lead to a lack of weight gain in the infant. However, mother and infant usually show better mutual engagement.

Infantile Anorexia (Feeding Disorder of Separation)

This feeding disorder is characterized by food refusal of the infant and intense conflict in the mother–infant relationship over issues of autonomy, dependency, and control. The following behaviors/perceptions describe mothers and infants with this disorder.

A. Infant

1. Onset of food refusal between 6 months and 3 years of age during infant's transition to self-feeding
2. Food refusal of infant:
 - a. varies from meal to meal
 - b. varies among different caretakers
 - c. leads to inadequate food intake in general
3. Inadequate food intake has resulted in failure to thrive:
 - a. Weight is below the 5th percentile of age, or weight has deviated across two major percentiles over a 2- to 6-month period.
 - b. Weight for height has fallen below 90% of ideal weight for height.
4. Development appears normal except for:
 - a. Delay in motor development in severe cases secondary to malnutrition.
 - b. Delay in expressive speech in some infants who appear to refuse to talk as they refuse to eat.

B. Parent

1. Parental perception of infant:
 - a. As having a poor appetite
 - b. As being curious and demanding of attention
 - c. As being difficult and stubborn during feedings, rejecting parental efforts to get infant to eat
2. High parental anxiety about infant's poor food intake expressed by at least two of the following behaviors:
 - a. Coaxing infant to eat more
 - b. Distracting infant with toys or games to induce infant to eat
 - c. Feeding infant around the clock including at night
 - d. Trying different types of food if infant does not eat
 - e. Force-feeding infant

C. Differential Diagnosis

Food refusal of infant is not due to a traumatic event such as choking, gagging, insertion of feeding or endotracheal tubes, vomiting or pain secondary to gastroesophageal reflux, or any other medical illness.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

L'interaction précoce parents-enfant mise à l'épreuve par les troubles fonctionnels intestinaux du nourrisson - *Revue de la littérature et présentation de cas cliniques en psychiatrie périnatale*

Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) seraient présents chez 70 % des nourrissons âgés d'un mois. Parmi eux, les régurgitations représentent un motif très fréquent de consultation médicale, souvent sources d'angoisses massives pour les parents à tel point que certains sont orientés vers la psychiatrie de l'enfant. Nous avons voulu effectuer une revue non exhaustive de la littérature illustrée par trois vignettes cliniques afin de rendre compte des complexités psychologiques qui peuvent entrer en jeu à travers les TFI, et leurs conséquences au sein du système familial et interactionnel. Pour se faire, nous avons consulté des ouvrages de référence ainsi que les bases de données internet *Medline*, *ScienceDirect* et *GoogleScholar*. Le reflux-gastroœsophagien (RGO) est l'un des TFI les plus étudiés et apparaît comme un potentiel signe de souffrance du lien en périnatalité, plus précisément de l'accordage. La tension corporelle qu'il entraîne, associée à des comportements de retrait et de lutte, peut provoquer une frustration mutuelle à l'origine d'interactions de plus en plus mécaniques et désaffectées. Ce travail met en lumière la manière dont corps et psyché peuvent être liés et comment les difficultés rencontrées peuvent déstabiliser le fonctionnement familial. En effet, la présentation de nos situations cliniques révèle le risque d'une dégradation psychique parentale, principalement chez la mère. Ces éléments viennent alors nous conforter dans l'intérêt d'une prise en charge conjointe, pluridisciplinaire et précoce, alliant la dimension psychique et physique.

Mots-clés : « interactions mère-enfant », « interactions parents-enfant », « troubles fonctionnels intestinaux », « reflux gastro-œsophagien », « colique »

Early parent-child interaction tested by functional intestinal disorders in infants - *Review of the literature and presentation of clinical cases in perinatal psychiatry*

It is estimated that functional intestinal disorders (FIDs) occur in 70% of one month-old infants. Among them, regurgitations are very frequent in medical consultation and cause massive anxiety for parents to the extent that some are referred to child psychiatry. We realised a non-exhaustive review of the literature illustrated by three clinical vignettes in order to account for the psychological complexities that can come into play through FIDs, and their consequences within the family and interactional systems. We consulted reference books as well as the Internet databases *Medline*, *ScienceDirect* and *GoogleScholar*.

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most studied FIDs and appears to be a potential sign of suffering from the perinatal link, more specifically from tuning. The resulting body tension, associated with withdrawing and struggling behaviors, can cause mutual frustration leading to increasingly mechanical and disaffected interactions. This work highlight the way in which the body and the psyche can be linked and how the difficulties encountered can destabilize the family functioning. Indeed, the presentation of our clinical situations reveals the risk of parental psychological degradation, mainly in the mother. These elements reinforce our interest in joint, multidisciplinary and early care, combining the psychological and physical dimension.

Keywords : « mother-child interactions », « parent-child interactions », «functional intestinal disorders », «gastroesophageal reflux », « colic »

