

"Je régurgite, donc je suis"
Vers une approche psychosomatique
du reflux gastro-oesophagien du nourrisson (RGO).

S. MISSONNIER^A, N. BOIGE^B

"Ce n'est pas parce que je pense que je suis. C'est mon corps, ce sont les corps qui existent en premier et je leur dois les trois sentiments de ma propre existence en tant que corps, de l'existence des corps en général et de mon existence en tant qu'esprit capable de penser les corps."

Didier Anzieu, "La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir", Anzieu *et coll.*, *Les contenants de pensée*, Dunod, 1993

En pédiatrie, le RGO du nourrisson s'impose actuellement comme le trouble alimentaire le plus fréquent de la petite enfance, dépassant largement en nombre de consultations les classiques coliques du nourrisson. Il relève de plusieurs mécanismes souvent intriqués et variables dans le temps chez un même patient. Pathologie plurifactorielle, le RGO oscille, selon les enfants et les périodes, entre les polarités "fonctionnelle" et "lésionnelle". Pathologie évolutive, il est le plus souvent transitoire et disparaît généralement après l'âge de la marche. Aussi, malgré le développement de nouveaux examens complémentaires, le profil évolutif et le pronostic du RGO d'un nourrisson sont difficiles à prévoir au départ. Cette inconnue, et la menace sous-jacente de complications sévères, conduisent actuellement à une surmédicalisation du symptôme (16).

L'analyse des facteurs en cause dans l'accroissement de la fréquence du RGO du nourrisson durant les deux dernières décennies est complexe. Il serait simpliste d'affirmer que le RGO existait autant dans les générations précédentes mais passait inaperçu. Même s'il est vrai que l'«intolérance» au symptôme est historiquement contextualisée (15), un accroissement réel de la fréquence et de la gravité du RGO chez les bébés est cliniquement constaté. Cette augmentation se traduit par une dérive du reflux : de physiologique, il devient pathologique et s'accompagne d'une surenchère en spirale des symptômes et des traitements. La crainte de complications sévères et l'amalgame entre RGO et mort subite inexplicée du nourrisson (MSIN), ont entraîné un recours excessif aux explorations complémentaires et un cantonnement du symptôme dans un registre purement organique. Cette tendance, répondant à un désir de maîtrise complète du RGO et de la MSIN, a majoré la crainte du symptôme sans le résoudre. Finalement, cette surenchère thérapeutique aboutit à une cristallisation morbide de l'anxiété collective sur le nourrisson reflueur.

Ce constat a motivé notre questionnement sur l'aura exclusive d'organicité du RGO et sur sa maîtrise médicale hypertechique. Partant d'un postulat étiologique plurifactoriel, notre expérience clinique bidisciplinaire du RGO nous amène aujourd'hui à

^A Maître de conférences en Psychologie Clinique Paris X Nanterre. Laboratoire du LASI
<syl@carnetpsy.com>

^B Gastro-Pédiatre <nboige@club-internet.fr>

ranger ce désordre du nourrissage dans le cadre d'un "syndrome relationnel (1)". Selon cette hypothèse, le RGO représente la part somatique chez l'enfant d'un syndrome interactif mettant en scène la confrontation d'identifications projectives pathologiques (9) parentales au renoncement précoce du bébé à l'aide que peuvent lui apporter la mère et ses substituts pour se protéger de cet empiètement toxique.

Pour retracer la genèse de ce cheminement théorico-clinique, nous allons successivement évoquer le RGO en termes sociologiques, pédiatriques et psychosomatiques. Sur cette base, nous proposerons ensuite nos propres hypothèses psychopathologiques. Elles seront illustrées enfin, par le récit détaillé d'un témoignage clinique.

1 Le RGO : une "maladie d'actualité" (31)?

a) Le RGO : un carrefour social et culturel ?

L'unité du tryptique constitué par les nourrissons, les parents et les soignants nous invite à défendre d'emblée le postulat méthodologique suivant : pour comprendre les positions et les réactions de chacun, il faut tenter de les anticiper dans la globalité du processus interactif complexe qui les réunit autour du symptôme RGO à l'intérieur d'une enveloppe sociale et culturelle donnée. Dans cette optique, comme chaque enfant, le nourrisson reflueur s'inscrit d'abord dans le premier cercle parental et l'histoire de sa nidation périnatale est fondatrice. La triade père/mère/nourrisson n'est elle-même compréhensible qu'insérée dans la filiation d'un espace familial intergénérationnel (41) plus large et l'affiliation à un groupe social comprenant notamment les substituts parentaux, les professionnels des lieux d'accueil et de soins de la petite enfance, les médias... A l'évidence, le RGO est un des fils rouges contemporains qui traversent ces cercles et illustrent la vulnérabilité et la créativité de leur réciprocité.

b) le RGO : un drame en puissance ?

Cette cohérence environnementale gagne à être posée en préambule car elle souligne l'interrelation -ici capitale- des acteurs en présence. Ainsi, on ne se contentera pas d'évoquer, en les clivant, les deux hypothèses suivantes : "l'ombre portée de la MSIN induit chez le prescripteur une surmédicalisation du RGO" et "l'information véhiculée par les spécialistes et les médias sur la prévention de la MSIN favorise une surprotection anxieuse parentale de l'enfant "régurgiteur". On préférera, à l'inverse, s'interroger sur l'éventuelle synergie opérant entre parents et professionnels autour du nourrisson présentant un RGO. Dans ce cas précis, surmédicalisation et surprotection ne seront pas deux éléments artificiellement et défensivement isolés par l'observateur, mais bien, deux aspects complémentaires d'un processus interactif complexe au coeur de la relation familles/professionnels de la petite enfance. De fait, le RGO s'impose, tant pour les parents que pour les soignants, comme surdéterminé par l'effroi traumatique de la MSIN, image emblématique de la mort scandaleuse rappelant la

vulnérabilité des vivants et, *in fine*, le caractère illusoire de leurs tentatives de maîtrise technicienne.

L'aura morbide du RGO est aussi accentuée par sa cible, la fonction alimentaire, qui cristallise précocement les piliers de la fondation humaine : le besoin, le couple plaisir/souffrance, la psyché et le lien social. En effet, cette pathologie renvoie électivement au tableau d'un bébé et de son entourage traversant dans un grand inconfort la situation princeps du nourrissage. A l'instar de l'expression de "mère nourricière", la relation alimentaire postnatale symbolise le lien mère/bébé. En écho, le RGO renvoyant, peu ou prou, à l'idée d'un malaise au coeur de l'échange nourricier, comporte à l'extrême la menace subjective des graves dangers du renoncement 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, le RGO renvoie à la dysharmonie du "reflux", de la "régurgitation" et son cortège de douleurs, de cris, de pleurs, de sommeil perturbé de l'enfant... Le reflux, c'est à dire l'absence du maintien à l'intérieur du bébé de cet "aliment-amour" de la mère nourricière, peut-être perçue par la donatrice et son entourage comme un "rejet", un "refus" du "lait-lien".

Ce renversement du plaisir en souffrance est inséparable de son contexte de frustration relationnelle réciproque. Meurtrie par cet échec source de culpabilité, la mère peut s'enfermer dans la rigidification d'une spirale interactive négative dont l'intensité de la blessure narcissique inhérente à ce vécu d'incompétence et les inquiétudes morbides seront sculptées par la singularité de son histoire personnelle, conjugale et intergénérationnelle.

Les substituts parentaux, les professionnels ne sont pas étrangers aux enjeux interactifs de cette crise familiale. Bien au contraire, leurs réponses s'associent dans un rapport stéréophonique avec la demande explicite et implicite de la famille. Leur biographie, leur motivation de professionnels de la petite enfance, leur formation, leur style (rassurant-contenant, rassurant-banalissant, laxiste, autoritaire, angoissé, mercantile, somaticien "pur", "psy" sauvage...) viendront notablement orienter l'évolution de ce drame en puissance.

2 De la pédiatrie à la psychosomatique

a) Le RGO : données pédiatriques

Le RGO est défini par la remontée anormalement fréquente du contenu gastrique dans l'oesophage, en dehors d'efforts de vomissements. Il peut être extériorisé ou occulte, compliqué ou non. On distingue la régurgitation, qui « peut être définie comme un reflux soudain et sans effort de faibles quantités du contenu gastrique ou oesophagien dans le pharynx et la bouche » (57) du vomissement qui est "un rejet actif du contenu gastrique dans la bouche", impliquant une contraction volontaire des muscles abdominaux et thoraciques, et souvent précédé et/ou accompagné de signes neurovégétatifs. Bien que les régurgitations soient le signe clinique du RGO, alors que les vomissements doivent souvent faire rechercher une

autre cause, les deux symptômes peuvent coexister chez le même patient" (57). Chez le nourrisson, il s'agit le plus souvent d'un phénomène transitoire, maturatif.

Il est difficile d'évaluer la fréquence réelle du RGO pathologique chez l'enfant durant la première année de vie sans surestimation. En effet, il y a chevauchement entre un RGO dit physiologique (simple régurgitation lors du rot, ou régurgitations peu fréquentes et indolores) et le RGO pathologique extériorisé, caractérisé par des régurgitations anormalement fréquentes et à l'origine d'un inconfort ou de douleur. Cette distinction est clinique et très subjective, alors que théoriquement, la différenciation entre RGO physiologique et pathologique repose sur les données d'un enregistrement pH-métrique de 24 heures^c. Or, pour des raisons éthiques évidentes, un tel examen ne peut être imposé aux nourrissons "simples régurgiteurs", et ne s'adresse qu'aux cas où l'on suspecte un RGO occulte compliqué. Les estimations de la prévalence du RGO sont bien différentes selon le critère considéré : on rapporte dans la littérature des chiffres d'environ 30% de nourrissons consultant pour des régurgitations, contre 8% d'enfants ayant une pH-métrie anormale (58). Une enquête "un jour donné" dans les crèches des Yvelines a montré que 26% des enfants de 3 à 6 mois avaient au moins une mesure thérapeutique anti-reflux (16).

Le RGO est aujourd'hui incriminé dans de nombreuses complications digestives ou extradiigestives et la part de l'effet de mode et de la responsabilité réelle du RGO mérite discussion.

La complication digestive la plus fréquente est l'oesophagite. Elle se manifeste par des douleurs récurrentes à distance des repas, pleurs violents avec attitude en hypertonie et en arrière du tronc, ou une mauvaise prise des repas, plus rarement par des vomissements sanglants. Elle pose donc le diagnostic des pleurs et des difficultés alimentaires du nourrisson. Les complications ORL et respiratoires du RGO regroupent quasiment toute la pathologie chronique ou récurrente de ces sphères (bronchites, laryngites, rhino-pharyngites, otites, asthme). Les symptômes "neurologiques" ou généraux sont plus ou moins typiques allant des troubles du sommeil (où la responsabilité du RGO est souvent douteuse) au syndrome de Sandifer (attitude en torticolis et mouvements anormaux de la tête en rapport avec une douleur oesophagienne) jusqu'aux malaises graves et à la MSIN. Si l'évaluation de la responsabilité du RGO est déjà difficile dans les pathologies respiratoires et les complications neurologiques ou comportementales sans gravité, elle devient source d'angoisse et de polémique dans le diagnostic étiologique des malaises et de la MSIN. Là encore, il y a eu un emballement des professionnels de santé pour cette étiologie "visible" du RGO dans la MSIN, et que l'on pensait curable. En réalité, les travaux des dernières années sur la MSIN ont montré la remarquable efficacité des consignes divulguées dans le public de couchage sur le dos et non plus sur le ventre (14), d'utilisation de literie adéquate, de lutte contre l'hyperthermie et le tabagisme passif,

^c Normes de pourcentage de temps à pH acide ou indice de reflux, nombre d'épisodes de reflux par heure.

alors que durant la période de 1970 à 1990 où s'est largement développé le traitement médical du RGO du nourrisson et le couchage ventral, l'incidence de la MSIN s'était accrue de façon impressionnante (13). Même après les analyses rétrospectives montrant que les décès actuels sont plus souvent liés à des infections virales (virus respiratoire syncytial), à une asphyxie par bascule du bébé sur le ventre et à l'hyperthermie, le RGO reste, avec sa menace de malaise et/ou de suffocation, synonyme dans beaucoup d'esprits de risque de MSIN.

Malgré le développement d'investigations complémentaires sophistiquées (fibroscopie^D, pH-métrie^E, manométrie oesophagienne^F), la physiopathologie du RGO est loin d'être claire chez tous les patients. On parle de façon générale d'une défaillance des mécanismes antireflux. Ceux-ci sont constitués du sphincter inférieur de l'oesophage (SIO), des piliers du diaphragme, de l'angle de His entre l'oesophage et l'estomac. L'anomalie est exceptionnellement anatomique et fixée chez le nourrisson (ex. : hernie hiatale), mais le plus souvent transitoire, maturative et de type fonctionnel. Le SIO est un muscle lisse sous contrôle du système nerveux autonome, et d'autres facteurs en particulier hormonaux. Il peut être trop court ou siège d'une malposition mineure. Il n'assure pas son rôle de barrière anti-reflux, soit parce qu'il est hypotonique, soit en raison d'un fonctionnement anormal, asynchrone : hypertonie avec achalasie^G à la déglutition ou relaxations inappropriées itératives en dehors des déglutitions. A ce dysfonctionnement sphinctérien peuvent s'ajouter une anomalie de la vidange gastrique, ou un trouble intrinsèque de la motricité oesophagienne altérant la clearance oesophagienne. L'efficacité des dispositifs anti-reflux est également influencée par la pression abdominale (pleurs), la nature des repas (solide/liquide) et par la position du corps et la gravité.

Le RGO peut varier dans sa gravité, influencée par des modifications de régime, une infection virale intercurrente, un voyage, des changements d'habitudes positionnelles du bébé lors des acquisitions psychomotrices (ex. jeu à plat ventre ou à quatre pattes), une poussée dentaire, des conflits environnementaux etc... Les examens complémentaires ont l'intérêt de faire percevoir les mécanismes physiopathologiques en cause chez l'enfant (différents de ceux du RGO de l'adulte), de quantifier la sévérité du reflux et d'en rechercher les complications à un moment précis, et peuvent guider la thérapeutique, dont l'objectif est de prévenir les complications ou d'y remédier, et de limiter la gêne fonctionnelle liée aux régurgitations. Cependant, le profil évolutif du RGO à moyen et long termes est impossible à prévoir chez un patient

^D La fibroscopie visualise à l'aide d'un endoscope constitué de fibres optiques, l'existence d'une oesophagite compliquant le RGO

^E La pH-métrie de longue durée mesure, à l'aide d'une fine sonde posée par voie nasale le nombre et la durée des reflux acides dans le tiers inférieur de l'oesophage. c'est l'examen permettant le diagnostic positif du RGO acide.

^F La manométrie est un enregistrement des pressions à différents niveaux de l'oesophage à l'aide d'une sonde perfusée ou équipée de capteurs; cet examen renseigne sur la position du sphincter inférieur de l'oesophage, son tonus, son fonctionnement et la motricité du corps oesophagien.

^G L'achalasie est une absence de relaxation

et échappe aux données instrumentales et chiffrées : l'évolution du RGO peut être lentement favorable jusqu'à une guérison spontanée entre 12 et 18 mois (cas le plus fréquent); elle peut être émaillée de périodes d'aggravation ou de complications jusqu'à cette amélioration; la disparition du RGO peut être plus précoce (vers 6 ou 9 mois), parfois inopinée. Plus rarement le RGO se pérennise et reste préoccupant, compliqué et nécessitant un traitement médicamenteux au long cours chez le grand enfant. Cela peut aboutir à une discussion chirurgicale lorsque la composante anatomique malformative est patente, ou après plusieurs années d'évolution sous traitement médical.

b) RGO : l'inertie du dualisme corps/psyché

En pédiatrie, l'absence de consensus sur la physiologie du RGO, favorise la focalisation des cliniciens sur son éclaircissement et maintient donc le débat thérapeutique dans un registre essentiellement somatique (traitement postural, mesures diététiques, prescription d'agents prokinétiques et anti-acides).

Il serait toutefois injuste d'ignorer la perception grandissante de quelques pédiatres "d'un certain nombre de facteurs liés à l'environnement" (21) présents dans le RGO. Toutefois, dans la littérature pédiatrique, c'est, dans le meilleur des cas, en termes de guidance en puériculture et d'injonctions directives de réassurance que l'on trouve exprimée cette sensibilité. Elle se traduit essentiellement par des recommandations sémiologiques et thérapeutiques des cliniciens/chercheurs aux praticiens : "un interrogatoire (et une observation) soigneux sur la manière dont la mère prépare le biberon, nourrit son bébé et le manipule après les repas, peuvent contribuer à résoudre le problème." (...) "Le traitement des régurgitations doit en priorité viser à réduire l'anxiété des parents" (59).

D'après notre expérience, bon nombre de professionnels émettent spontanément des hypothèses pertinentes sur le contexte émotionnel du RGO, sur la corrélation récurrente entre la tonalité qualitative des soins, la survenue d'événements de vie et la disparition, le retour ou l'aggravation du RGO. Pourtant, il semble y avoir un océan entre ces commentaires et une tentative de collaboration avec des psychothérapeutes. Même et surtout pour un soignant habituellement ouvert à la collaboration directe ou indirecte avec les "psy", évoquer cette orientation devant les parents paraît difficile, voire impossible. Dans notre propre réseau, certains d'entre eux décrivent avec force, qu'en cas d'évocation du "psy" dans le cas précis du RGO, ils redoutent perdre la confiance dont il sont investis.

Il est essentiel que le psychothérapeute partageant la clinique pédiatrique, attire l'attention de ses collègues sur la potentialité structurante de leur contenance médicale. Mais il est aussi de son devoir de leur signaler la limite inhérente à cette "prescription" de réassurance. L'expérience en matière de psychopathologie montre combien la confiance et la compétence parentale ne se décrètent pas. Il y a probablement dans la tentative de compréhension pluridisciplinaire de cette résistance

un des éléments les plus significatifs et les plus prometteurs pour l'abord psychosomatique du RGO. Cette motivation est au fondement de notre recherche sur ce thème depuis le début (49).

c) La terminologie du RGO en pédiatrie : une invitation à l'approche psychosomatique

Le psychothérapeute prenant connaissance de la vision pédiatrique actuelle du RGO est frappé par la richesse sémantique de la terminologie utilisée. Le RGO est qualifié de "pathologie jonctionnelle" (52), renvoyant à une "défaillance du système antireflux" (21), c'est à dire des "mécanismes protecteurs", des "mécanismes de défense » (56) antireflux. Le RGO correspond à un "asynchronisme" provoquant une "relaxation subite et transitoires du SIO", une baisse du "tonus du SIO » (10) ou encore une "hypertonie avec achalasia". Face à la force métaphorique de ces expressions, le clinicien de la première enfance pense inévitablement à la dépendance qui caractérise le bébé immature à l'égard de son environnement et à la "jonction" protectrice nécessaire de la mère ou de ses substituts. Le "système" dyadique mère/bébé vient filtrer les échanges entre le nourrisson et son environnement et supplée ainsi l'immaturité des "mécanismes défensifs et protecteurs" de l'enfant. Si ce dernier, est confronté à des éléments toxiques car non suffisamment régulés par son entourage, cette effraction peut conduire à une dysharmonie dont le désordre du nourrissage sera l'expression du syndrome relationnel et "l'asynchronisme" du SIO du nourrisson induisant le rejet-reflux, la traduction somatique d'un "affect dépressif primaire" (43). Ici, la "chute" du tonus du SIO ne manquent pas d'évoquer une hypothétique sémiologie primitive de la dépression -au sens primitif d'abaissement de la pression- et "l'achalasia" un "surplus d'excitation" (27). Par ces deux voies défensives comportementales aboutissant au RGO, *l'infans* affirmerait, avec les moyens du bord, son refus de l'impuissance face à un éventuel "asynchronisme" interactif.

3 Psychosomatique et RGO : potentialité des travaux existants

A notre connaissance, on ne trouve pratiquement^H pas dans la littérature sur le RGO d'étude revendiquant son appartenance à la médecine psychosomatique, "une conception doctrinale et pathogénique qui accepte et inclut les facteurs psychiques et conflictuels dans le déterminisme ou le développement des maladies physiques" (26).

^H Outre la richesse de divers travaux de l'Institut de Psychosomatique de Paris portant sur les vomissements et les pathologies fonctionnelles néonatales (L. Kreisler L., R. Debray...) il faut relativiser cette absence et évoquer trois sources. D'abord un article où L. Kreisler évoque le RGO, "L'enfant sur le chemin de la connaissance psychosomatique", *Revue Française de Psychosomatique*, 1994; 6:119-138. Ensuite, il faut citer la communication non publiée (transmise personnellement par M. Zanotti) de Zanotti M., Vonwinkel D., Myquel M.: *Troubles of relationship between the mother and the baby in the gastroesophageal reflux disease*, Congrès mondial de la Waimh, Tampere, juillet 1996. Enfin, il faut témoigner de l'article de De Vriendt-Goldman C., Brasseur D., Appelboom-Fondu J.: «Prise en charge des bébés régurgiteurs dans l'unité d'hospitalisation des nourrissons», *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1996; 44, 8: 362-368.

En regard de la fréquence de cette pathologie et de la maturité ponctuelle de la collaboration entre pédiatres et psychothérapeutes, il est surprenant de ne pas trouver une littérature "psychosomatique" abondante sur le RGO. Sans doute, le caractère récent de l'intérêt pédiatrique pour le RGO rendu possible par les nouvelles investigations et le flou physiopathologique ont une part de responsabilité dans cette absence.

Toutefois, au delà de la disponibilité d'écrits psychopathologiques centrés directement sur le RGO, la lecture des travaux pionniers de l'Institut de Psychosomatique de Paris sur les désordres alimentaires (27, 29, 12) et sur les "pathologies fonctionnelles néonatales" (31). offre une base de départ très stimulante pour aborder le RGO. Nous allons résumer brièvement les aspects essentiels de cet apport en l'insérant dans le corpus de la psychanalyse développementale francophone actuelle (10, 42, 53). Sur cette base nous formulerons nos propres hypothèses psychopathologiques.

a) la mosaïque première du bébé et la fonction maternelle primaire

Selon P. Marty, "Dans la perspective psychosomatique, après la naissance les organisations homéostatiques premières, tout en assurant l'équilibre général de la vie du nouveau-né n'assurent pas, semble-t-il cependant, une cohésion exemplaire des diverses et innombrables fonctions existantes; ces fonctions s'exercent alors d'une manière relativement indépendante les unes des autres, associées en mosaïque sans se trouver organisées dans un système commun et autonome. Une grande partie des pouvoirs d'association et de hiérarchisation fonctionnelles du nourrisson est médiatisée par la "fonction maternelle". Progressivement le nourrisson, puis le petit enfant, reprendront à leur compte les pouvoirs d'organisation, cette organisation s'effectuant sur des plans de moins en moins nombreux et toujours mieux ordonnés" (45).

Cette mosaïque première renvoie à une juxtaposition de fonctions organiques qui agissent sans être encore organisées dans un système commun. Pour que cette organisation s'opère, il est nécessaire que "les éléments fonctionnels constitutifs d'une association en voie de formation se trouvent en place au niveau voulu et au moment voulu, ni trop tôt, ni trop tard. Lorsque, sous l'influence de traumatismes passés ou actuels, ces éléments divers d'un niveau évolutif donné ne se trouvent pas en place au moment voulu, il est fait échec à la formation de la nouvelle organisation fonctionnelle" (46).

Cet accordage entre le bébé et son environnement peut, en effet, donner lieu à un traumatisme de l'enfant : un événement ou une situation répétée qui vient "contrarier l'organisation vitale générale en contrariant l'organisation en pointe évolutive ou l'organisation la plus évoluée au moment du traumatisme" (46). Chez le nouveau-né, partenaire actif et richement doté pour communiquer mais néanmoins vulnérable car ne bénéficiant pas d'un système "pare-excitant" (18) autonome, cette effraction, source de fixation, "peut-être en rapport direct avec la qualité des relations

entre l'enfant et sa mère. Il peut également se situer dans un rapport indirect avec la mère, par l'intermédiaire de manifestations pathologiques, infectieuses ou toxiques, par exemple" (46).

Dans cette optique, la "fonction maternelle primaire" occupe une place fondatrice dans la gérance de la liaison pour la cohésion interfonctionnelle, le filtrage protectif et la régulation de l'excitation. C'est à travers la négociation quotidienne entre les registres énergétiques du besoin physiologique (faim, sommeil, confort corporel) du nouveau-né et l'investissement somatopsychique maternel que la genèse du système pare-excitant du nourrisson s'effectuera. L'histoire du rôle contenant (2,7) la mère des excitations internes et externes du nourrisson représente la préhistoire de son propre système pare-excitant.

De l'empathie de la mère "normalement dévouée à son enfant" (61), qui décodera et valorisera les signaux de son enfant, naîtra un "accordage affectif" (53) progressif, préforme de la symbolisation et du langage. Au coeur de cette spirale relationnelle dynamisée par la communion des "affects de vitalité" (53), c'est certainement ce que Winnicott (61) nomme "la continuité d'être" qui s'impose comme la conceptualisation la plus générique de l'enjeu primordial de la synchronisation interactive de l'accordage environnement/mère/nouveau-né. De cette continuité psychosomatique des soins donnés par la mère -synonyme de transfert "d'être" et de partage "d'être avec" bien tempérés- dépendra son développement.

b) le nourrissage : le paradigme des poupées russes

Dans ce cadre dyadique originaire de maintenance maternelle de la "désaide" (36) de l'enfant, l'acte alimentaire occupe une place axiale : pour le nouveau-né c'est d'abord une "expérience totale" (52) sensoriellement "transmodale" (53) et simultanément proprioceptive et extéroceptive. A ce titre, la "cavité primitive" (52) du bébé (pharynx dans son ensemble) est un espace pilote dans l'étagage (19) du plan psychique sur le plan vital. Dans la conquête développementale du soi-corporel (55) unifié, le "soi-buccal" (52) est le lieu électif postnatal d'une revendication active du "soi émergent" (53). Dans un registre comportemental, il a été démontré expérimentalement en ce sens que la qualité de l'activité de succion pendant l'acte alimentaire au sein est un bon marqueur de l'interrelation mère/bébé dans sa globalité (47).

Bien sur, l'expérience récurrente de la tétée est aussi un véritable "sas" relationnel psychosomatique entre la fusion mère/bébé et l'individuation progressive de l'enfant. Dans la phase archaïque où la mère et la nourriture sont probablement indistinctes pour le bébé (30), le nourrissage met en oeuvre l'étagage de l'incorporation (19) psychique sur l'ingestion physiologique. Cette expérience unifiée et interactive de l'incorporation de l'enfant peut artificiellement, pour la clarté du propos, se découper en incorporation réelle (du lait de la mère et de son portage), émotionnelle (des émotions de la mère) et fantasmatique (des fantasmes de la mère). Elle correspond au processus par lequel le bébé fait pénétrer et garde en lui à l'intérieur de son corps ce "lait-lien" que

la mère ou son substitut lui transmet dans ce contexte. Cette incorporation est un précurseur corporel de l'introjection et de l'identification, deux versions plus tardives (37) dont l'orientation psychique n'en souligne pas moins l'enracinement premier. Par l'introjection, le nourrisson met peu à peu en lui-même et symbolise les qualités dont il fait l'objet; par l'identification, il "s'installe à son compte" avec les attributs totalement ou en partie puisés dans son environnement coutumier.

c) les désordres du nourrissage : des liaisons dangereuses entre les identifications parentales et les incorporations du bébé ?

Dans le cadre conceptuel psychanalytique classique, la projection se définit comme l'opération par laquelle le sujet "expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des "objets" qu'il méconnaît ou refuse en lui." (37) Dans ce contexte générique, les travaux de L. Kreisler *et coll.* (34, 29) sur les vomissements psychogènes du nourrisson (induisant une chute pondérale et une déshydratation entraînant une hospitalisation) sont précieux. Dans un de ces textes, les auteurs s'appuient sur une citation de R. Spitz, rappelée par M. Soulé. Elle est pour nous capitale car elle fait un lien -via la projection- entre régurgitations et vomissements : "(...) nous croyons que au stade de trois mois, le prototype utilisable pour la projection est la régurgitation et le vomissement. C'est une conviction qui s'impose à l'observateur, lorsqu'il regarde un nourrisson qui refuse les aliments. Il est alors difficile de résister à l'impression que ce qui est incorporé, c'est à dire introjecté, est rejeté et projeté par la voie orale (31)".

Avec les vomissements psychogènes, on peut supposer, nous suggère L. Kreisler, que "l'aliment est assimilé à l'image d'un mauvais objet, avec la compulsion répétitive à débarrasser l'estomac d'une nourriture ingérée, ressentie comme intolérable (30)". Le bébé en incorporant le lait donné par la mère, assimilerait une interaction caractérisée par la rupture, l'irrégularité, l'asynchronie. L'afflux d'excitations, inhérent à cette incohérence, dépasserait les capacités d'homéostasie du bébé et cette effraction traumatique refusée donnerait lieu au reflux, préforme de la projection.

Le caractère non volontaire du RGO, tel que nous l'avons décrit, nous incite toutefois à résister à un amalgame trop rapide avec les vomissements. Il n'en reste pas moins une forte analogie dans le processus commun du rejet.

4 RGO et psychosomatique : hypothèses psychopathologiques

a) RGO : un syndrome relationnel

Le RGO frappe par sa possible précocité; il apparaît parfois dès la période néonatale. Aussi, il est important d'intégrer cette pathologie dans la série des troubles psychosomatiques très précoces mettant en scène chez le bébé une "détresse primaire" (31) synonyme "de formes inélaborées de l'angoisse" (28). Ce constat devrait aussi

nous inviter à situer le RGO, comme l'anorexie précoce (54), dans le creuset primitif de l'incorporation dysharmonieuse en amont de l'introjection et de la projection, des processus psychiques élaborées impliquant une relation d'objet établie.

En ne s'écartant nullement d'un postulat étiologique plurifactoriel, notre expérience clinique du RGO alliés à ces repères théoriques nous amène à ranger ce désordre du nourrissage dans le cadre d'un "syndrome relationnel (1)". Dans cette perspective, le RGO est la part somatique, chez le nourrisson, d'un syndrome interactif incluant la confrontation d'identifications projectives pathologiques (9) parentales et un renoncement précoce (54) du bébé à l'aide que peut lui apporter sa mère ou ses substituts pour se protéger de cet empiètement. La mère nourricière est "vécue comme la source de la tension d'excitation qu'il ressent" (54) et, par conséquent, "il doit renoncer prématurément à chercher un apaisement de cette tension auprès d'elle" (54).

b) du côté des parents : des identifications projectives pathologiques ?

On ne peut pas dissocier le RGO du fonctionnement psychique maternel en post-partum. Celui-ci s'inscrit dans la complexité du processus de la parentalité (48). dans une culture donnée. Le terme de parentalité englobe la synergie de deux processus : celui d'un devenir mère et d'un devenir père. Ces devenirs correspondent à une longue évolution en pelure d'oignon qui traverse l'enfance et l'adolescence. La parentalité peut se concevoir comme un processus à "double hélice" bio-psychique. Mais pour nous, clinicien de formation psychanalytique, la parentalité correspond avant tout au franchissement d'étapes intergénérationnelles, dont "le programme conscient est toujours infiltré de traits inconscients qui vont faire retour dans cet étranger familier : l'enfant (8)". Cette infiltration se cristallise pendant toute la période périnatale. En post-partum, le fonctionnement parental peut-être perçu comme la matérialisation d'investissement narcissiques et pulsionnels, jusqu'ici cantonnés dans l'espace intrapsychique. Ceux-ci vont se redistribuer dans la relation avec l'enfant : "L'enfant devient ainsi le relais et le dépositaire d'investissements qui -jusqu'alors- étaient attachés à des objets internes ou des aspects du self" (9). Il occupe alors une place intermédiaire "à cheval" entre l'espace intrapsychique et extrapsychique parental.

La présence du nouveau-né induit donc une "effusion projective" (9) qui s'accompagne d'un véritable "ébranlement" de l'organisation psychique parentale. Dans ce contexte, le flux d'identifications projectives sera, selon la nature contenante ou déstructurante des scénarios fantasmatiques, en faveur du développement du bébé ou, à l'inverse, parasite. Dans une modalité de fonctionnement "normal" les nécessaires identifications projectives parentales seront pleines de l'image de l'enfant aimé qu'ils ont été et seront synonymes d'empathie. Dans ce contexte favorable, le bébé va, face à des identifications projectives qui n'empiéteront pas sur son identité naissante, les intégrer à travers son activité d'incorporation originale. Il fera sien l'étagage libidinal et empathique parental et s'appropriera ainsi dans son corps propre cette fonction contenante (2, 7) qu'il reçoit de son environnement. Loin d'une activité mimétique

limitée, le bébé interprétera cette partition avec un tempérament et un style qui lui sont propres.

A contrario, des identifications projectives pathologiques “expulsives et annexantes” (9) viendront museler l’individuation du nourrisson et pourront favoriser l’émergence d’une “réponse” de l’enfant par un RGO. La fréquence de cette pathologie devrait à l’avenir être explorée à la lumière des travaux francophones démontrant la récurrence (10 à 15%) et l’impact sur la relation mère/bébé des dépressions maternelles postnatales (23, 24), une catégorie nosographique générique encore imprécise qui recouvre l’immense diversité des avatars du devenir mère. Dans cette perspective, ce n’est d’ailleurs pas le seul post-partum qui devrait être envisagé mais bien l’ensemble de la période périnatale, lui-même indissociable du long processus de la parentalité (48).

c) du côté du nourrisson : reflux d’incorporation, surplus d’excitation, dépression, nostalgie aquatique ?

Face à ce désengagement de l’enveloppe protectrice maternelle qui sanctionne une inefficience, le RGO peut-être interprété comme un “affect dépressif primaire” (43). Cet affect primitif, ancré dans la turbulence de la mosaïque première, serait une réaction psychosomatique s’inscrivant dans une étroite réciprocité avec la défaillance environnementale.

Dans la situation du nourrissage, une mère présente physiquement mais indisponible pour accompagner avec empathie les sensations, les émotions et les projections de l’enfant lui donnera une alimentation “opératoire” (44) interdisant un équilibre tempéré entre ses investissements auto-érotique et objectaux. Le visage “absent” d’une mère déprimée pendant la tétée ne permettra pas l’incorporation d’une “fonction alpha” (7) permettant de détoxifier les “projections besoins” (25). Cette faille bloquera l’assimilation de l’interface nécessaire à l’organisation de relation contenant/contenu, fondation de “l’appareil à penser les pensées” (7) et d’une délimitation dedans/dehors permettant la conquête de l’autonomie. Privée de l’expérience sereine de la réplétion alimentaire (6), le bébé peut difficilement faire sienne cette fonction contenante d’un objet extérieur transmettant cette première représentation d’une mère nourricière “qui fantasmatiquement contient la pulsion orale” (20). Il ne peut incorporer une fonction de contenance matérialisée par l’enveloppe de soins efficiente dans son corps propre et mime un rejet maternel : il régurgite. Sujet d’une discontinuité dans la transmission intergénérationnelle, le nourrisson n’est pas suffisamment contenu fantasmatiquement, narcissiquement et cognitivement par une parentalité “suffisamment bonne” (62).

Dans la filiation de l’oeuvre de W. Bion sur les contenants de pensée (7), la réflexion théorico-clinique de G. Williams sur les troubles alimentaires (60) est un apport théorique très pertinent pour notre sujet. A partir de sa riche expérience avec des adolescents, elle explore, après-coup, la première enfance de patients très précocement objet d’un “renversement de la relation contenant/contenu” : au lieu d’être contenu par

ses parents, le bébé était le "réceptacle" de leurs projections toxiques. Dans cette situation, la nourriture est vécue comme un "corps étranger" indissociable de la redoutable menace de la mère nourricière, une "relation de dépendance à l'égard d'un objet unique, précieux et irremplaçable". Privé de la "fonction alpha" parentale qui vient permettre l'intériorisation d'une "fonction contenant" qui progressivement lui permet de mieux faire face à ses angoisses, l'enfant introjecte un objet "à la fois imperméable et débordant de projections". G. Williams nomme "fonction oméga" cette introjection pathologique : "Alors que l'introjection de la fonction alpha aide à établir des liens et à organiser une structure, l'introjection de la "fonction oméga" produit l'effet inverse, elle perturbe et fragmente le développement de la personnalité."(...) "Sa tentative de refuser l'introjection de cette "fonction oméga" désorganisatrice se manifeste sous la forme de troubles alimentaires graves." Dans l'esprit de la conceptualisation de G. Williams, nous dirons : certains RGO signent la tentative précoce du nourrisson de refuser l'incorporation¹ de la "fonction oméga".

Une dernière hypothèse, plus spéculative, trouve aussi sa place dans cette esquisse psychosomatique du RGO. Comme nous le rappelle fort à propos R. Spitz, "Nous sommes trop pressés d'oublier qu'à la naissance l'enfant passe de la vie aquatique à la vie terrestre. Pendant la période intra-utérine sa cavité buccale, son larynx, etc., baignaient constamment dans le liquide amniotique. Après la naissance un flot continu d'air séchera la muqueuse très rapidement, en particulier parce que les glandes salivaires ne commencent à fonctionner que des semaines plus tard. L'assèchement de la muqueuse entraînera toutes les sensations inconfortables de sécheresse de la bouche, de la gorge, des conduits nasaux, qui sont en rapport avec la soif; et non avec la faim. La soif, ou plutôt la sécheresse de cette aire corporelle, sera donc l'une des premières expériences d'inconfort de l'enfant (52)".

Cette soif débordante néonatale de l'enfant sera, dans des conditions postnatales favorables, étanché par le nourrissage maternel. Si, suite à ce "déménagement écologique (11)", la maintenance de cette continuité périnatale n'est pas assurée, on peut se demander si l'enfant ne sera pas dominé par une nostalgie intra-utérine, qui nie la naissance. Cela peut l'entraîner "dans une réaction prématurée et pathologique d'auto-organisation négative" (3) où il cherchera à restaurer l'état antérieur intra-utérin de constant flux et reflux liquidien que nous montre aujourd'hui avec clarté le doppler couleur du fœtus.

¹ Comme le précisent Laplanche J. et Pontalis J.B.: Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris, 1967: 210, « incorporation » et « introjection » sont « souvent employés comme synonymes par Freud et de nombreux auteurs ». Pourtant, ils défendent à juste titre l'idée que le processus d'incorporation se rapporte explicitement à la limite corporelle entre intérieur et extérieur alors que l'introjection est plus large : « ce n'est pas seulement l'intérieur du corps qui est en cause, mais l'intérieur de l'appareil psychique, d'une instance, etc. » Dans le cadre de notre recherche sur le RGO, pathologie pécoce, il est pertinent de parler d'incorporation pour en souligner l'ancrage corporel primitif. Néanmoins, dans une perspective développementale et compte-tenu de la longévité de certains RGO, un questionnement psychopathologique prospectif en termes d'introjection et d'identification est capital.

5 Rudiments thérapeutiques

a) Le symptôme psychosomatique de "l'infans" : un message à respecter porteur de sens

La finalité évidente de notre propos est de défendre le bien fondé d'une collaboration pluridisciplinaire autour de la thérapeutique pédiatrique du RGO. Non pas en opposition avec les théories étiologiques "somatiques" mais en complémentarité, nous croyons fortement en la fécondité thérapeutique de cette synergie théorico-clinique entre pédiatres, soignants de la première enfance et psychothérapeutes.

Notre propre expérience dans un service de pédiatrie montre d'abord l'importance de la collaboration indirecte des praticiens avec le psychologue (sans contact direct avec l'enfant et sa famille). Le pédiatre peut échanger avec lui à partir du récit de son observation en consultation ou durant l'hospitalisation. Ce que défend, dans ce débat sur le RGO, le psychothérapeute, c'est la fonction d'appel du symptôme, *a priori* perçu par lui chez l'*infans* (étymologiquement celui qui ne parle pas) comme la revendication d'un point de fixation corporel verbalement "muet" où s'inscrit l'expérience vécue traumatique à un moment de son développement où l'enfant fait corps avec son corps.

Quelle signification relationnelle bébé/environnement vient signer le RGO ? Quel est la fonction de sa persistance, de sa disparition ? Que représente pour le médecin, l'enfant et ses parents l'étayage médicamenteux ? Quel vide (quelle absence) comblent les traitements ? Quelles répercussions entraînera le sevrage médicamenteux ? Que ressent le praticien au contact de ce bébé, de ses parents ? Autant de questions, parmi tant d'autres, qui, en étant débattues, permettront de formaliser une contenance institutionnelle propice à l'accueil du sens du symptôme.

b) la réassurance familiale ne se prescrit pas

De bonnes conditions d'un soutien pédiatrique authentique -qui ne s'impose pas à coup d'injonctions plaquées ni de guidance lapidaire- permettent de vérifier bien souvent la plasticité psychique de l'enfant et de ses parents, source de réaménagements salvateurs. Ici, le médecin contient la vulnérabilité familiale à l'occasion d'une crise transitoire : il vient confirmer les parents dans leur efficacité éducatrice et le nourrisson dans sa vitalité, toutes deux mises à mal par un RGO opiniâtre.

Ponctuellement, une intervention psychothérapique se justifiera, face à des "fantômes" invasifs dans la relation parents/bébé. La contenance du pédiatre ne suffit pas face à la rigidité des conflits de parentalité en présence et le RGO (ou d'autres symptômes relais) persistent. Dans ce cas, l'objectif sera double. D'un côté, lever cette concession identificatrice aliénante parentale avant que le nourrisson ne la fasse sienne à travers des routines relationnelles symptomatiques qui musellent la conquête de son sentiment continu d'être; de l'autre, libérer la mère, le père, parfois des substituts parentaux, de leur répétition projective toxique pour eux-mêmes et le devenir familial.

L'orientation vers le psychologue ou le pédo-psychiatre n'est jamais simple en pédiatrie. Aux dires des médecins, elle s'impose comme particulièrement complexe avec le RGO. Dans ce témoignage médical, il serait injuste de déceler seulement des résistances et des contre-attitudes défensives masquant les propres "angoisses inélabores" des pédiatres. Tout comme chez les psychothérapeutes, elles s'y trouvent parfois, mais, si elles sont explorées, elles peuvent justement favoriser le renforcement de leur propre empathie pour déceler et contenir la détresse de l'enfant et de son environnement. Dans cette optique, la "recherche-action" (51) pluridisciplinaire est une source privilégiée de dynamisme et de réformes sur le terrain.

Pour illustrer notre propos, voici l'histoire clinique de Quentin.

6 Quentin

a) Témoignage pédiatrique (N.B.)

Quentin est le troisième enfant de Mme D., âgée de 31 ans. Elle a déjà deux garçons âgés de 6 et 1 an. J'ai déjà suivi son dernier fils pour un RGO avec plicature gastrique^J. Quentin est né au terme de 36 semaines par césarienne itérative. Il est hospitalisé à l'âge de 21 jours pour malaise : il a eu à domicile trois épisodes de cyanose et de difficultés respiratoires une heure après le biberon, accompagnés de salive aux lèvres; deux des épisodes sont survenus en décubitus dorsal, un en procubitus. Depuis 3 jours, Quentin a une symptomatologie franche de RGO, avec des régurgitations. Il a reçu un allaitement mixte les quinze premiers jours, et il est sevré depuis une semaine. L'examen clinique est sans particularité. Le bilan hospitalier consiste en une fibroscopie oeso-gastro-duodénale qui montre une congestion sus-cardiale^K, un électroencéphalogramme et un enregistrement de Holter cardiaque (avec réflexe oculo-cardiaque^L) qui sont normaux. De nombreuses régurgitations sont constatées chez Quentin; ainsi que des "coliques". Il est traité par Primperan® et Gaviscon® pour son RGO.

Lors de cette première hospitalisation, je suis frappée par la labilité émotionnelle de la maman, qui donne l'impression d'une angoisse importante non extériorisée. Elle est désespérée par la réédition du RGO (son deuxième fils n'est âgé que d'un an), des difficultés de nourrissage et insiste beaucoup sur la similitude de leurs symptômes. Elle passe en quelques minutes de la plaisanterie aux crises de pleurs. Lors des soins

^J Plicature gastrique : l'estomac se replie sur lui-même dans le sens de la hauteur, sous l'influence par ex d'une distension colique; il s'agit d'une anomalie positionnelle transitoire, bénigne, mais qui peut occasionner des vomissements en jet; l'anomalie se réduit spontanément ou en calant le bébé durant la période post-prandiale sur un billot en regard de la région épigastrique.

^K Aspect rosé, hyperhéméié du bas de l'oesophage témoignant d'une irritation par des remontées acides, en deça de l'oesophagite.

^L Le réflexe oculo-cardiaque consiste à rechercher, par une manoeuvre de compression des globes oculaires, l'apparition d'une pause cardiaque de durée excessive témoignant d'une hypertonie vagale.

qu'elle donne à son fils, et lorsqu'elle en parle, on sent une dysharmonie relationnelle et une ambivalence à vif. Non désirée, elle découvre sa grossesse à deux mois et demi. Elle dit de Quentin "je n'ai pas pensé à lui pendant deux mois et demi, et ça ne se rattrapera jamais". Elle a un premier entretien avec SM.

Quentin est réhospitalisé à l'âge de 2 mois et demi pour pauses respiratoires : une demie heure après le biberon, il a eu une quinte de toux suivie de suffocation et d'apnée. Il n'a pas eu de cyanose ni de perte de connaissance. Cet accident a déclenché une véritable panique à la maison, Mr D. ayant empoigné son fils par les pieds pour l'emmener dans la salle de bains afin que Mme D. ne voie pas les manoeuvres de réanimation (doigts dans la bouche pour faire vomir Quentin etc.). Les parents appellent les pompiers qui amènent l'enfant à l'hôpital. Par la suite, ils signalent dans le comportement de Quentin des pleurs fréquents évoquant un syndrome douloureux. Paradoxalement, Quentin dort toujours sur le ventre à la maison. A l'hôpital, Quentin est mis sous scope, et on change ses conditions de couchage. Une fibroscopie de contrôle montre une congestion sus-cardiale et des résidus alimentaires témoignant d'une mauvaise vidange gastrique^M Après une mise en observation de quelques jours, Quentin sort sous un traitement antiseécrétoire acide en plus du traitement anti-reflux (Raniplex®, Primperan®, Gaviscon®). Durant cette deuxième hospitalisation, Mme D. rencontre SM à plusieurs reprises.

Je revois Quentin à l'âge de quatre mois et demi en consultation externe. La situation est beaucoup plus détendue. La maman est souriante. Elle a interrompu progressivement tout le traitement. Quentin est un bébé épanoui, de contact facile. Il ne souffre plus. Il s'alimente bien, n'aime pas encore la cuiller. Il dort toujours sur le ventre. Il a toujours des rejets indolores que la maman décrit comme étant de deux types : petits rejets lorsque l'on ne s'occupe pas de lui, et parfois avant un repas un gros vomissement de la prise de nourriture précédente (témoignant d'une mauvaise vidange gastrique). L'examen clinique est parfait. On peut dire que le RGO de Quentin est passé de "pathologique" à "physiologique". Mme D. a pris un congé parental de un an en raison des troubles de santé de ce troisième enfant, avec une satisfaction très modérée car elle craint de s'ennuyer.

b) Témoignage psychothérapique (S.M.)

A l'occasion de la première hospitalisation, le chef de service, frappé par le témoignage des infirmières sur la labilité de Mme D à l'occasion d'une visite, m'invite à la rencontrer après avoir négocié avec elle cette éventualité. Quand je reçois cette demande, elle rentre en convergence avec le témoignage de N.B. qui, la veille, avait attiré mon attention sur cette situation en me précisant qu'elle connaissait la mère à travers la récurrence d'un reflux pour les deux enfants précédents : une répétition qui constitue désormais à nos yeux un clignotant.

^M Anomalie fonctionnelle aggravant le RGO.

Avec ces informations en tête, je rencontre une jeune femme, vive, jolie dont l'expression du visage traduit un alliage paradoxal de vulnérabilité et d'autorité naturelle.

Elle affirme d'emblée sa perception de la répétition du RGO chez ses enfants successifs. Ceux-ci sont d'emblée présents dans le discours maternel comme porteur d'un mal être précoce qui résonne comme une menace pour cette jeune femme.

Secrétaire médicale, elle considère que ses fréquents échanges avec les médecins du cabinet viennent répondre à ses interrogations. Elle semble parler pour devancer d'éventuelles questions de ma part : cette emprise contient mal le tumulte émotionnel en présence.

Quentin dormant paisiblement, je n'ai pas la possibilité d'observer la relation mère/bébé. Dans mon compte rendu, je note : angoisse envahissante maternelle patente, refus de s'engager dans un accompagnement psychologique mais souhait de se revoir à l'occasion d'une "très probable nouvelle hospitalisation" selon les propos maternels.

A la prévisible deuxième hospitalisation deux mois plus tard, je croise Mme D : alors que je lui propose d'échanger un moment, elle acquiesce mais précise qu'il nous faut trouver un moment où son mari pourra se joindre à nous.

Avant cet entretien le lendemain, les infirmières me traduisent leur perception du malaise relationnel entre Mme D et Quentin : elle donne les biberons "en donnant l'impression d'être ailleurs" et comme agacée par cette intendance réalisée manifestement sans attention ni plaisir.

De ce premier rendez-vous avec les parents réunis, je retiens les trois éléments suivants :

- Au début de la grossesse de Quentin, Mme D quitte impulsivement la salle où une IVG allait avoir lieu. Mme D évoque avec une forte culpabilité la période qui a précédé cet épisode où l'I.V.g. était décidé : Quel est l'impact sur le fœtus et sur l'enfant de cette décision? La réponse de Mme D est la suivante "avec ses difficultés, "il me fait payer"; le vécu persécutif par Mme D des malaises, du RGO et de son cortège de pleurs, de nourrissage chaotique vient étayer ce raisonnement circulaire qui pousse à la surenchère les deux membres de la dyade : identification projective pathologique maternelle/refus d'incorporation du "lait lien" de Quentin. Curieusement alors que la mère fait cette description apocalyptique, Quentin, éveillé au départ, s'est très rapidement endormi au grand étonnement des parents.

- Mme D a arrêté son travail depuis la naissance de Quentin et pense ne pas le reprendre : elle dit souffrir de la perte de la gratification et des contacts sociaux inhérents à cette activité.

- Le père est investi comme mari et père : il affirme sa volonté d'explorer le malaise, selon lui "ancien", de sa femme dans l'intérêt de leur couple et de ses enfants.

A l'issue de cette rencontre inaugurale, les deux parents sont favorables à la poursuite de nos échanges. Il y aura six consultations thérapeutiques mensuelles; en voici les notes puis une discussion.

Consultation 1

Elle est centrée quasi-exclusivement sur Quentin qui occupe l'avant scène tout au long de notre rencontre avec son mal être : il me donne un sentiment global de très grand inconfort (pleurniche, bouge en permanence, change de bras parentaux sans succès....); j'observe des épisodes paroxystiques avec une hypertonie spectaculaire : le père me présente Quentin se maintenant en hyperextension. Selon ses propres termes, "il fait l'avion en criant" et cela plonge l'enfant dans une détresse sans consolabilité. Face à cette détresse sans nom, l'innéficience parentale pour accueillir et calmer cette détresse est caricaturale. Simultanément, je suis très frappé par l'absence de sollicitude de Quentin à l'égard de ses parents (pas d'agrippement manuel, de foussemment ni d'accrochage visuel). Ne semblant rien attendre de son entourage, il n'oppose pas plus à ce chaos de réponse autonome de régulation auto-apaisante (pas de "main/bouche"); sa détresse circulaire paraît hors du temps linéaire. Les parents semblent pourtant bénéficier de ce partage avec moi pendant une heure du "pire de Quentin". En conclusion de mes notes de cette consultation cette formulation lapidaire : "Fonction alpha parentale défaillante, contenance de la famille à conquérir".

Consultation 2

Après m'être excusé pour un quart d'heure de retard en début de séance, Mme D évoque un épisode d'angoisse de séparation : elle se souvient de sa mère pleurant en l'accompagnant à la maternelle. Aujourd'hui, Mme D considère que, loin de sa mère, elle s'inquiète, mais qu'en sa présence, très fréquente, elles s'affrontent violemment.

Quentin, dans un moment de calme sur les genoux de sa mère, esquisse un "main/bouche", puis, un bon contact visuel avec elle; je valorise explicitement cette séquence et nous en construisons ensemble un sens positif. Mme D parle ensuite avec émotion du sevrage de l'allaitement au sein de Quentin. Elle n'avait jamais fait de lien entre succion nutritive, main/bouche et plaisir partagé.

Subitement, Quentin reflue. Nous parlions de ses nuits entrecoupées de réveils en le regardant intensément puis la mère avait brusquement changé de sujet et évoqué avec nostalgie son travail. Nous tentons alors ensemble de décomposer après-coup cette succession interactive et le père, le premier, dit que Quentin "s'est senti lâché" quand sa femme affirmait sa solitude. Debout, les bras en croix sur les genoux de Mme D qui le toise avec lassitude, Quentin va effectivement très mal : privé de "holding", il "fait l'avion" en criant, pleurant. Son regard vague n'est pas mobilisable.

Mme D donne prestement Quentin à son mari. Il s'apaise et Mme D verbalise sa jalousie à l'égard de son mari qui arrive mieux qu'elle à consoler son fils. Elle met ensuite l'accent sur une crainte envahissante qui l'assaille "je ne veux pas faire d'erreur mais je fais quand même comme ma mère".

Consultation 3 :

Mme D évoque le déracinement de ses parents qui ont quitté le Portugal pour venir travailler en France. La grand-mère maternelle de Quentin, a fait des études au pays et, dans son village natal, elle a laissé le souvenir d'une femme de tête : très jeune, couturière réputée, elle travaillait à la boulangerie du village. Elle vient avec son mari à 21 ans en France chez sa soeur; Mme D naît un an plus tard en France. Elle dit de sa mère "elle est très dure". La conflictualité de cette fascination mêlée de répulsion est encore vive aujourd'hui et sa symbolisation s'affirme peu mature. Le grand père maternel de Quentin était jardinier. Il est décédé brutalement quand Mme D avait 5 ans. Elle dit : "il était absent mais extraordinaire, chaleureux, doux, pas jugeant". Elle précise: "Je suis en deuil depuis".

De son côté, Mr D parle brièvement de sa soeur aînée, Martine. Leur père leur a révélé à l'adolescence qu'il n'était pas le géniteur de Martine ce qui a jeté un effroi considérable sur la fratrie.

Consultation 4

En ouverture, Mme D invite son mari à évoquer son passé "toujours caché". Ils ont décidé ensemble qu'il était nécessaire d'en parler. Mr D est un ancien toxicomane ainsi que sa soeur. il a été emprisonné pour "deal". Son père est tombé malade juste après son emprisonnement et il est décédé deux jours après sa libération. Mr D a promis à son père sur son lit de mort de s'en sortir; il court vingt Kms tous les jours et il réussit à "décrocher". Mr D est fier de revendiquer cette victoire.

Quentin va beaucoup mieux. Spectaculairement libéré, de ce surplus d'excitation invasif antérieur, son investissement de l'environnement est nettement plus créatif. Des séquences relationnelles parents/enfant plus sereines en attestent ainsi que des échanges avec moi. Quentin est devenu un fervent pratiquant des "mains/bouches" (de plus en plus index et pouce/bouche). Mme D affirme mieux se sentir avec lui. Dans leur récit des séquences de RGO, le symptôme est spontanément perçu par les deux parents, comme contextualisé et sanctionnant un "lâchage".

A partir des échanges parents/bébé au cours de la consultation, nous travaillons aussi beaucoup l'absence de discours maternel sur ce qui va arriver à l'enfant : "quand je dois le changer de place, le mettre dans sa poussette, le coucher ou lui donner à manger, je ne le préviens pas, je ne lui parle pas". Nous nous interrogeons sur les bénéfices de cette enveloppe anticipatrice parentale pour Quentin et de la privation de Mme D, enfant, de cet étayage adaptatif.

Consultation 5

Mme D déclare d'emblée vouloir "enfin" évoquer un "secret". Quand elle était en CP, son oncle, réputé jaloux, tire un coup de fusil sur la soeur de sa mère puis tente, sans succès, de se suicider. Son oncle perd un oeil; sa tante est défigurée. Mme D et son frère sont informés à l'époque mais ils doivent respecter le secret et mentir à leur cousine Maria qui a 12 ans et vient habiter chez eux : ses parents ont eu un accident de voiture et ils sont à l'hôpital.

Mme D nous livre un récit de cette tragédie à la mesure de sa violence redoublée par la pesanteur du poids du secret. Derrière ce drame s'en cache un autre plus terrible encore et inaugural d'une série noire : la mort de son père "doux, chaleureux", décédé, l'année précédente. Mme D se dit à nouveau dans un deuil inconsolable de son père. Elle pleure. Avec une intensité jusqu'à présent absente, son propos est authentiquement habité par les affects associés habituellement écartés. Quentin, confortablement installé dans les bras de son père, est pleinement attentif et calme. Quand je lui reformule personnellement les temps forts du discours parental, il me regarde avec une attention dont la tranquille clarté est le meilleur argument en faveur de l'idée qu'il est possible d'énoncer et de partager des émotions redoutables sans coup de fusil ni secrets.

Consultation 6

Le mieux être familial est revendiqué d'emblée par le trio. Le RGO de Quentin a disparu et les séquences de pleurs avec hypertonie sont devenues rares et, surtout, réversibles dans les bras de la mère. Quentin fait enfin ses nuits.

Pendant que les parents me détaillent leur récente habitude de poursuivre en couple la discussion engagée lors des deux dernières consultations, j'observe la fluidité accrue de l'accordage affectif entre Quentin et ses parents. La métabolisation amorcée de leur histoire individuelle et conjugale semble rendre possible une empathie et une anticipation contenantes.

c) Commentaires

A partir de ces séquences cliniques extrêmement riches, nous souhaiterions mettre en exergue trois axes sémiologiques et thérapeutiques déterminants pour la compréhension psychopathologique du RGO. Ils sont bien sur intriqués mais il est bon de les isoler pour la clarté du propos.

- l'axe développemental de Quentin :

Lors des premières consultations, Quentin envahit l'espace avec son mal être. A l'occasion des épisodes paroxystiques avec hypertonie spectaculaire (l'avion) plongeant l'enfant dans une détresse insondable, je constate l'intensité de son trouble de la régulation des comportements. Quentin ne peut entretenir une homéostasie motrice, cognitive, émotionnelle, fonctionnelle (alimentation et sommeil) tempérée. L'absence

chez lui de procédures autonomes de régulation auto-apaisante (main bouche, auto-suçotement...) et de recours spontané à un étayage relationnel (fouissement, agrippement manuel ou visuel, attention conjointe...) en signent la sévérité. En miroir, les difficultés manifestes qu'expriment les parents pour métaboliser cette crise (fonction alpha parentale), soulignent l'ampleur de la carence environnementale dont souffre Quentin privé d'une protection parentale pare-excitante face à ce surplus d'excitations.

Dans ce cadre, le reflux de Quentin de ce "lait-lien" singulier peut-être compris comme une tentative de refuser l'incorporation de sa fonction oméga désorganisatrice. Cette résistance est active et autostimulante. Le risque évolutif en présence pour Quentin est double : renoncer à trouver dans son environnement des alliés "paratonnerres" permettant la régulation de ses états paroxystiques et, par épuisement, dériver vers un RGO qui perde son dynamisme revendicateur. Le RGO secondaire "d'épuisement" rentrerait ainsi dans un tableau de dépression du nourrisson quand la teneur combattante du symptôme le transformerait en un procédé mécanique "autocalmant" "n'apportant pas la décharge de l'excitation" et apparaissant "à la place d'auto-érotismes qui ne se sont pas développés"(35).

Cette hypothèse théorique me conduit à accorder une place centrale à l'évaluation initiale du triptyque développemental qualité de la contenance parentale/qualité du développement auto-érotique/qualité de l'investissement d'objet du bébé. C'est dans cet esprit que je valorise les premiers "main/bouches" auto-érotiques, au départ cruellement absents. Ceux-ci permettent à Quentin d'accéder à un contact visuel furtif mais étayant pour toute sa régulation comportementale et affective. Nous discutons abondamment et explicitement avec les parents des enjeux développementaux de cette dialectique.

A mesure que le RGO décroît, les accès paroxystiques avec hypertonie s'estompent au fil des entretiens et le sommeil de Quentin s'améliore. Ce mouvement s'accompagne d'une instauration quantitative et qualitative des mains/bouches, du contact visuel et globalement de son investissement cognitif et affectif. La contenance parentale et les relations parents/bébé s'améliorent sensiblement. Au fil des séances, Quentin m'intègre dans l'échange et s'ouvre à l'espace de la consultation.

- l'axe de l'histoire individuelle intergénérationnelle parentale

*Mme D. Au départ, elle est entièrement focalisée sur sa propre détresse amplifiée par la réédition conflictuelle inhérente au parcours périnatal. Elle n'a pas l'habitude d'en parler à son mari et elle est privée des personnes ressources de son travail. Les nombreuses blessures anciennes enkystés éclairent son fonctionnement actuel : le déracinement de ses parents qui quittent le Portugal pour venir travailler en France; la conflictualité et l'interdépendance aliénante grand-mère maternelle/Mme D; le deuil irréparable du père réputé chaleureux et contenant; le secret du " coup de fusil" de l'oncle; l'avortement esquivé de Quentin.

A l'issue de cette succession traumatique, tout est en place pour que Mme D déborde d'identifications projectives pathologiques à l'égard de Quentin, objet d'un renversement contenant/contenu. Au delà de l'ambivalence, l'agressivité maternelle inconsciente à son égard commémore probablement la récurrence intergénérationnelle d'une violence fondamentale (4) restée brute. A travers une crainte envahissante de répétition : "je veux pas faire d'erreur mais je fais quand même comme ma mère" s'affirme la force du "mandat transgénérationnel" (40) traumatophile et dépressiogène.

*Mr D. Son ouverture progressive à l'exploration de son histoire sera proportionnelle à la décréue du RGO de son fils. Des éléments rapportés - le secret sur la filiation de sa soeur, sa toxicomanie meurtrière de son père, sa résurrection- émerge une forte culpabilité. Mr D pense beaucoup à son père, il lui manque et répète : "il ne voit pas ce que je suis devenu aujourd'hui". L'ombre de ce deuil pathologique muselle l'efficience de sa fonction paternelle et diffuse une dépressivité individuelle, conjugale et familiale.

Ces informations biographiques parentales apparaissent seulement à partir de la troisième séance : Quentin n'envahit plus l'espace par son désarroi car le symptôme RGO ne fait plus office de barrage contre les conflits parentaux mais de tremplin salvateur. A mesure que le narcissisme parental se restaure, leur confiance dans leur compétence parentale, leur empathie s'améliorent et Quentin authentifie cette évolution par son dynamisme dans l'accordage.

- L'axe de la perception du RGO par les parents.

Au début du travail, le RGO est privé de signification psychologique. Il est résolument perçu par les parents (et beaucoup de professionnels) comme purement somatique. Sous ce vernis de surface, se cache une redoutable théorie étiologique fantasmatique maternelle : ce RGO, qui vient alourdir sa gérance, est le prix à payer pour l'I.V.g. frôlé de son fils. Quentin, selon sa mère, la hait -via son reflux- pour cette menace de mort. Pour le père cette âpreté éducative vient aussi confirmer la nécessité d'une peine pour ses fautes d'autrefois.

A mesure que l'étau de la répétition intergénérationnelle se desserre, grâce à la mise en sens de leur mandat transgénérationnel respectif, une nouvelle théorie - conjugale- se fera jour : les parents dissocient un RGO autour du repas et un RGO sanctionnant un lâchage relationnel. Plus particulièrement, Mme D prend conscience que quand elle impose une action, un changement de posture à Quentin, elle ne le prévient pas, elle ne le lui verbalise pas. En travaillant cette anticipation, c'est à dire la prévisibilité et la synchronie interactive qui sous tend le confort et la maturation temporelle des relations parents/bébé, le RGO a été enfin reconnu comme un message visant une réforme de l'environnement. *In fine*, l'accordage parental à la plaidoirie de l'enfant en faveur d'une meilleure continuité du soin permet, après coup, la mise en sens du fatalisme masochiste et de la surdité parentales.

Au fond, cette vignette clinique met en présence des composantes essentielles d'un trouble de la parentalité pouvant induire un désordre relationnel précoce incluant une dysharmonie développementale du nourrisson. Dans une temporalité intergénérationnelle, l'inertie traumatique, les deuils pathologiques, la transparence psychique périnatale négative attaquent la contenance parentale et la répétition des identifications projectives pathologiques surdétermine le processus du "devenir parent".

Dans cette spirale, le RGO, synonyme de reflux d'incorporation et d'autostimulation (22), est un mécanisme de défense très précoce contre la dépression. Il signe, fréquemment avec une hypertonie motrice, l'opposition du nourrisson au rattachement à cet "arbre de vie" (40) emprisonné par le lierre de la répétition. Secondairement, la persistance du RGO s'accompagne d'un "autoépuisement" (35) du au radical désinvestissement de la fonction pare-excitante parentale permettant de libidinaliser la fonction alimentaire. Le RGO devient un "procédé autocalmant" (35) car pour le bébé, l'environnement parental est vécu comme la source de la tension d'excitation le condamnant à renoncer prématurément à chercher un apaisement auprès de lui. C'est dans ce contexte que certains RGO compliqués représentent la part de la désorganisation somatique d'un tableau de dépression du nourrisson (26) incluant aussi un repli interactif et une atonie psychique.

7 Pour conclure

Le RGO pathologique est un support à la prévention psychosomatique primaire et secondaire de l'enfant et sa famille très prometteur. L'objectif premier de cette esquisse est de nous dynamiser dans notre clinique à travers le témoignage d'un service hospitalier revendiquant sa mobilisation et ses incertitudes.

Cette promesse préventive ne se matérialisera que dans la mesure où nous accepterons d'accueillir ensemble -nourrissons/parents/professionnels de la santé- non pas le RGO mais un enfant messenger porteur d'un symptôme nous incitant à nous questionner sur les échanges interpersonnels dans leur globalité et leurs fondements.

Parlons clair : cette rencontre est passionnante mais périlleuse car elle nous interroge, au plus profond, sur la genèse, la finitude et le sens de nos vocations de parents, de soignants et... d'humains : Comment avons-nous été contenus ? Qu'avons-nous reçu de notre environnement originare ? Que métabolisons-nous de notre environnement quotidien ? Qu'avons-nous rejeté et que rejetons-nous de notre environnement initial, de notre environnement quotidien ? Sommes-nous des contenants "suffisamment bons" ? Jusqu'à quand l'alternance du flux et du reflux de la féconde marée nous évitera l'écueil de la mer morte ? Pourquoi sommes-nous parents ? Pourquoi soignons-nous ?

Résumé

Actuellement, la fréquence du reflux gastro-oesophagien (RGO) en clinique pédiatrique pose la question de sa surmédicalisation : une enquête "un jour donné" dans les crèches des Yvelines a montré que 26% des enfants de 3 à 6 mois avaient au moins une mesure thérapeutique anti-reflux. Les auteurs, gastro-pédiatre et psychologue, témoignent de leur collaboration autour de cette pathologie dans un service de pédiatrie générale. A partir d'un état des lieux de cette maladie d'actualité et d'une revue critique des options pédiatriques et psychosomatiques en présence, ils esquissent des hypothèses sociologiques, psychopathologiques et thérapeutiques originales.

Indissociable de l'angoisse partagée des parents, des soignants face à la menace de la mort subite inexplicée du nourrisson et obstacle à l'exigence culturelle d'un bébé parfait d'une médecine toute puissante, le RGO du nourrisson induit une vaine escalade des explorations somatiques et des traitements médicamenteux. Or, une observation pluridisciplinaire attentive suggère que ce trouble alimentaire précoce relève souvent du cadre plus générique d'un syndrome relationnel parents/bébé. Les anamnèses psychosomatiques des nourrissons présentant un RGO mettent fréquemment en exergue les liaisons dangereuses entre des identifications projectives pathologiques parentales et un refus d'incorporation du bébé d'un "lait-lien" toxique car impropre à la libidinalisation de sa fonction alimentaire. Enraciné dans un trouble de la parentalité et une dysharmonie relationnelle parents/bébé, le RGO est envisagé comme un mécanisme de défense psychosomatique très précoce du bébé sanctionnant son désinvestissement d'une fonction pare-excitante inopérante de son entourage. L'épuisement de cette stratégie défensive du nourrisson signerait la menace d'une dérive autocalmante de cet affect dépressif initial. Ces pistes de réflexion sont illustrées par un récit clinique détaillé illustrant la synergie de la thérapeutique pédiatrique et psychologique.

Abstract

The present high frequency of gastro-oesophageal reflux (GOR) in paediatric clinical raises the question of an excessive medical care. A one-day survey led in the nurseries of the « département » Yvelines pointed out that up to 26% of babies from 3 to 6 months of age receive at least one therapeutical measure against GOR. The authors, a paediatric gastroenterologist and a psychologist, relate their common work on this pathology in a general paediatric care unit. Starting from a state of the art about this up to date disease and a critical review of the coexisting paediatric and psychosomatic approaches, they outline sociological, psychopathological and therapeutical original hypothesis.

GOR of infants is linked to the parents' and care givers' common fear of the sudden infant death syndrome. It hinders the cultural requirement of a perfect baby and a fully potent medicine, and results in a vain increase of somatic investigations and drug therapies. A close multidisciplinary observation suggests that this early feeding disorder belongs to parents/babies relationnal syndromes. The psychosomatic

anamnesis of infants with GOR often show worrying connections between parental pathological projective identifications and the baby's refusal to incorporate a toxic « milk-bond », inappropriate to the libidinalization of the alimentary function. GOR is considered as a very early mechanism of defence of the infant, rooted in a disorder of parentality and a parents/baby relational dysharmony. It signs the baby's withdrawal of the inefficient excitation guard system of his care-givers. The exhaustion of this mechanism of defence against an initial depressive affect, can lead to a self-soothing procedure. A clinical case illustrates these hypothesis and shows the synergy of paediatric and psychological therapies.

Mots-Clefs : Reflux gastro-oesophagien du nourrisson (RGO), trouble psychosomatique du bébé, collaboration pluridisciplinaire pédiatre/psychothérapeute

Adresse premier auteur : S. Missonnier, 8 Avenue Jean Baptiste Clément, 92100 Boulogne, France, e-mail : syl@carnetpsy.com