

■ Revues générales

Impact et prise en charge des pleurs excessifs chez le nourrisson

RÉSUMÉ : L'étude LARMES, conduite chez 898 nourrissons âgés de 6 mois au plus, vus en consultation de ville pour pleurs jugés excessifs par les parents, a montré que, dans 84 % des cas, les médecins en avaient confirmé le caractère excessif. L'impact sur les parents était important : parents soucieux, vie quotidienne et/ou sommeil perturbés, surtout en cas de pleurs excessifs confirmés par les médecins. La prise en charge de ces pleurs reposait avant tout sur la réassurance et les conseils aux parents (97 %), la préconisation d'une formule infantile (66 %) et/ou la prescription d'un traitement pharmacologique (57 %). La préconisation d'une formule infantile ou d'un traitement était plus fréquente en cas de pleurs excessifs confirmés.



R. MAUDINAS¹, N. FIEGEL², S. GAUTIER², M.-E. GRAS²

¹ Service de Pédiatrie, hôpital Le Bocage, CHRU DIJON.

² Groupe MENARINI, société Nutrition Hygiène Santé (NHS).

Les pleurs du nourrisson sont physiologiquement pluriquotidiens et font partie intégrante de son développement comportemental normal [1]. Ils sont cependant jugés excessifs (ou perçus comme tels par les parents) chez 10 à 30 % des nourrissons de moins de 4 mois, ce qui conduit alors à de nombreuses consultations médicales [2, 3]. Source de préoccupation importante pour les parents, ils peuvent avoir des répercussions négatives (arrêt de l'allaitement maternel, sentiment d'incompétence, négligence voire maltraitance) et dégrader la qualité des interactions parents-enfants [4]. Compte tenu de la fréquence des pleurs excessifs des nourrissons, ils constituent un problème de santé publique (coût des consultations et des traitements, conséquences des troubles des interactions et de la maltraitance) [2-4]. Leur prise en charge participe par ailleurs à la prévention du syndrome des bébés secoués [5]. En dehors des pleurs paroxystiques aigus, qui représentent le plus souvent l'un des signes d'appel d'une pathologie organique, retrouvée dans moins de 5 % des cas [2, 6, 7], des pleurs excessifs prolongés peuvent évoquer une allergie aux protéines du lait de vache (APLV), une intolérance au lactose ou des syn-

dromes plus rares. Des troubles fonctionnels intestinaux peuvent également être évoqués.

Cependant, dans la plupart des cas, aucune "cause" n'est identifiée. Dans ces conditions, la tolérance des parents aux pleurs de leur enfant, éminemment variable, représente un élément important à prendre en compte dans la définition des pleurs excessifs prolongés des nourrissons [8]. Malgré des consultations médicales fréquentes pour pleurs excessifs des nourrissons, la prise en charge de ces enfants n'est pas connue à l'heure actuelle.

Dans ce contexte, cette étude visait à décrire en pratique médicale de ville la prise en charge des pleurs excessifs des nourrissons, tels que jugés par les parents, selon la confirmation médicale ou non de leur caractère excessif. Cette étude a également permis de rechercher les facteurs explicatifs des pleurs excessifs confirmés par les médecins, de décrire les caractéristiques de ces nourrissons et de leur environnement, l'évaluation des pleurs par les médecins, ainsi que l'impact de ces pleurs sur les parents et leur ressenti.

Revue générale

Matériel et méthodes

1. Design de l'étude

Cette étude nationale, non interventionnelle et transversale a été conduite en France entre septembre 2019 et février 2020 auprès de pédiatres libéraux et médecins généralistes (MG) impliqués dans la prise en charge de nourrissons et recrutés sur toute la France.

Les parents des nourrissons éligibles, âgés de 6 mois au maximum, les avaient consultés en raison de pleurs jugés excessifs. Les nourrissons présentant une pathologie infectieuse aiguë, une pathologie organique chronique confirmée ou participant à un essai clinique ont été exclus de l'étude. Celle-ci a été conduite en accord avec la réglementation française et le protocole de l'étude a été approuvé par le Comité de protection des personnes Sud-Méditerranée IV le 11 juin 2019.

2. Données recueillies

À l'inclusion, les médecins ont recueilli des données générales sur les nourrissons et leur environnement, leur alimentation, les caractéristiques des pleurs et le diagnostic associé, la confirmation ou non du caractère excessif des pleurs ainsi que sur les modalités de leur prise en charge. À l'issue de la consultation d'inclusion, les parents ont complété un questionnaire sur l'impact des pleurs de leur enfant sur leur vie quotidienne.

3. Méthodes statistiques

L'ensemble des données recueillies ont été décrites selon la confirmation ou non par les médecins du caractère excessif des pleurs des nourrissons et les comparaisons effectuées à l'aide des tests usuels. Les IC95 % ont été fournis quand pertinents. Les facteurs explicatifs de la confirmation par les médecins des pleurs excessifs des nourrissons ont été recherchés à l'aide de régressions logistiques. Les *odds ratios* ont été fournis avec leurs IC95 % associés.

Résultats

1. Populations des médecins et des nourrissons

Les 260 médecins participants étaient répartis sur toute la France, avec en majorité des pédiatres libéraux (92,3 %), des praticiens de sexe féminin (61,2 %) et un exercice en milieu urbain (89,2 %).

Parmi les 974 nourrissons inclus dans l'étude, 76 (7,8 %) ont été exclus essentiellement en raison d'un autre motif de consultation (différent d'une première visite pour pleurs jugés excessifs, n = 44)

et d'une date d'inclusion manquante ou en dehors de la période prédéfinie (n = 22). Parmi les 898 nourrissons analysés, un auto-questionnaire complété par les parents a été reçu et analysé pour 769 d'entre eux (85,6 %).

2. Confirmation par les médecins des pleurs excessifs des nourrissons

Les médecins ont confirmé, dans 84,1 % des cas (IC95 % : 81,7-86,5), que les nourrissons présentaient bien des pleurs excessifs (**tableau I**). Pour ces 751 enfants, les deux principaux diagnostics évoqués étaient des coliques

	Total n = 898
Pleurs excessifs du nourrisson confirmés par le médecin	n 893
	Données manquantes 5
	Non 142 (15,9 %)
	Oui 751 (84,1 %)
	IC95 % 81,7 %-86,5 %
Diagnostic suspecté face aux pleurs excessifs du nourrisson ¹	n 748
	Données manquantes 3
	Coliques 407 (54,4 %)
	Suspicion d'œsophagite ou de RGO 310 (41,4 %)
	Constipation 67 (9 %)
	APLV 27 (3,6 %)
	Diarrhées 10 (1,3 %)
	Eczéma 19 (2,5 %)
	IPLV 12 (1,6 %)
	Autre diagnostic suspecté 30 (4 %) ²
	Pleurs excessifs inexpliqués 149 (19,9 %)

APLV : allergie aux protéines de lait de vache.
IC : intervalle de confiance.
IPLV : intolérance aux protéines de lait de vache.
RGO : reflux gastro-œsophagien.
¹ Plusieurs raisons possibles par nourrisson.
² Autre diagnostic suspecté quand précisé : alimentation insuffisante (n = 10), alimentation en excès ou repas trop fréquents (n = 5).

Tableau I : Confirmation par le médecin des pleurs excessifs du nourrisson.

(54,4 %) et/ou une suspicion d'œsophagite ou de reflux gastro-œsophagien (RGO 41,4 %). Ces pleurs excessifs étaient cependant inexpliqués dans 19,9 % des cas.

3. Caractéristiques des enfants, de leur environnement et de leur alimentation

Les caractéristiques des enfants, de leur environnement et de leur alimen-

tation sont décrites en **tableau II**. Pour les nourrissons avec pleurs excessifs confirmés par les médecins, l'âge gestationnel de la mère était plus faible que pour les autres enfants lorsqu'ils étaient

	Pleurs excessifs confirmés n = 751	Pleurs excessifs non confirmés n = 142	Total ¹ n = 898	Valeur de p
CARACTÉRISTIQUES DES NOURRISSONS				
Âge à l'inclusion (mois)	2,2 ± 1,2	2,2 ± 1,3	2,2 ± 1,2	0,790
Nourrisson né à terme	660 (89,6 %)	132 (93,6 %)	796 (90,2 %)	0,137
Âge gestationnel des enfants prématurés (semaines)	35,6 ± 1,6	37,3 ± 1,4	35,8 ± 1,7	0,009
Sexe masculin	407 (54,6 %)	76 (53,5 %)	487 (54,6 %)	0,808
Poids de naissance (kg)	3,255 ± 0,449	3,341 ± 0,410	3,269 ± 0,443	0,026
Poids actuel (kg)	5,043 ± 1,158	5,111 ± 1,245	5,055 ± 1,172	0,656
ENVIRONNEMENT DES NOURRISSONS				
Nombre d'enfants dans la fratrie ²	1,7 ± 0,9	1,6 ± 0,7	1,6 ± 0,8	0,282
Famille monoparentale	18 (2,5 %)	3 (2,2 %)	21 (2,4 %)	1,000
Âge de la mère (ans)	30,4 ± 4,7	30,4 ± 5,0	30,4 ± 4,7	0,857
Mère au chômage ou sans activité, ouvrière ou employée	440 (60,4 %)	71 (51,1 %)	513 (58,9 %)	0,040
Âge du père (ans)	32,7 ± 5,2	32,3 ± 5,9	32,7 ± 5,3	0,382
Père au chômage ou sans activité, ouvrier ou employé	351 (48,4 %)	56 (41,2 %)	409 (47,3 %)	0,121
Tabagisme passif	148 (20,1 %)	25 (18,1 %)	173 (19,7 %)	0,585
Vie urbaine	402 (62,4 %)	65 (57,0 %)	471 (61,7 %)	0,535
Maison individuelle	518 (81,2 %)	83 (74,1 %)	605 (80,1 %)	0,083
Chambre individuelle	352 (55,3 %)	65 (57,0 %)	418 (55,4 %)	0,728
ALIMENTATION DES NOURRISSONS À L'INCLUSION				
Allaitement maternel exclusif	198 (26,7 %)	53 (37,6 %)	252 (28,4 %)	0,009
Formule infantile exclusive	407 (54,9 %)	58 (41,1 %)	468 (52,8 %)	0,003
Alimentation mixte	128 (17,3 %)	26 (18,4 %)	155 (17,5 %)	0,738
Diversification alimentaire débutée	35 (4,7 %)	9 (6,4 %)	44 (5,0 %)	0,407

¹ Y compris le nourrisson inclus dans l'étude.
² Y compris les cinq nourrissons sans confirmation (ou non) des pleurs excessifs des nourrissons.

Tableau II : Caractéristiques des nourrissons, environnement et alimentation selon la confirmation par les médecins de leurs pleurs excessifs.

Revue générale

nés avant terme ($p = 0,009$) et leur poids de naissance inférieur ($p = 0,026$). Leur mère était plus souvent au chômage, sans activité professionnelle, ouvrière ou employée ($p = 0,040$). À l'inclusion, dans l'étude, ces nourrissons étaient plus fréquemment alimentés avec une formule infantile de façon exclusive ($p = 0,003$), à l'inverse du seul allaitement maternel ($p = 0,009$).

4. Pleurs excessifs des nourrissons et signes associés

Les nourrissons avec pleurs excessifs confirmés présentaient des crises de pleurs plus nombreuses ($5,4 \pm 3,1$ vs $3,8 \pm 2,1$ crises par jour ; pendant $6,4 \pm 1,2$ vs $5,8 \pm 1,6$ jours par semaine), à la fois en lien et à distance des repas ($40,5\%$ vs $36,9\%$) ou uniquement à distance des repas ($42,1\%$ vs $47,5\%$). Ils avaient plus souvent des signes digestifs associés ($87,8\%$ vs $64,1\%$, $p < 0,001$) : abdomen ballonné ($43,3\%$ vs $39,6\%$), régurgitations ($57,3\%$ vs $46,2\%$) et/ou prise alimentaire difficile ($21,5\%$ vs $8,8\%$). Ils présentaient plus fréquemment ($p < 0,001$) une attitude exprimant la douleur pendant les crises de pleurs ($86,4\%$ vs $64,8\%$), des anomalies du comportement (71% vs $45,1\%$; agitation et/ou raideur essentiellement) et/ou des troubles du sommeil ($78,6\%$ vs 57% ; réveils brutaux et agités essentiellement).

5. Impact sur la vie quotidienne des parents

Les parents estimaient que les pleurs de leur enfant avaient un réel impact sur leur vie quotidienne. En particulier, ils ne savaient plus quoi essayer pour calmer ces pleurs dans $68,3\%$ des cas, se sentaient impuissants pour soulager leur bébé (64%) et/ou se sentaient fatigués, épuisés à force de porter leur enfant, de lui donner à manger très souvent ($60,8\%$). Ces sentiments négatifs étaient plus particulièrement exprimés ($p < 0,05$) par les parents de nourrissons avec pleurs excessifs confirmés par les

médecins. La perception des médecins était en adéquation avec le ressenti des parents : parents soucieux dans $83,8\%$ des cas, dont la vie quotidienne était perturbée ($75,1\%$) comme leur sommeil ($73,5\%$), en adéquation avec la confirmation médicale du caractère excessif des pleurs des nourrissons ($p < 0,0001$).

6. Facteurs associés à la confirmation médicale des pleurs excessifs des nourrissons

Cinq facteurs explicatifs significatifs de la confirmation médicale des pleurs excessifs des nourrissons ont été mis en évidence (fig. 1) : l'existence de signes digestifs associés ($p < 0,0001$) ; l'impact sur la vie quotidienne des parents ($p < 0,0001$) ; les anomalies du comportement du nourrisson ($p = 0,0015$) ; le nombre ($p < 0,0001$) et la durée moyenne ($p < 0,0001$) de leurs crises de pleurs quotidiennes.

7. Prise en charge des pleurs excessifs des nourrissons

La prise en charge des pleurs des nourrissons par les médecins consistait dans presque tous les cas à écouter, rassurer

et conseiller les parents ($97,2\%$), mais aussi à préconiser une formule infantile (66%) et/ou prescrire un traitement pharmacologique ($56,5\%$) (tableau III). Pour $32,9\%$ des nourrissons, ces trois modalités de prise en charge étaient associées, notamment en cas de pleurs excessifs confirmés ($37,4\%$ vs $9,2\%$). Lorsque les médecins suspectaient une œsophagite ou un RGO, ils recommandaient plus fréquemment une formule infantile spécifique (chez $80,6\%$ des nourrissons vs chez $62,8\%$ des autres enfants) et prescrivaient plus souvent un traitement ($81,3\%$ vs $49,9\%$). En cas de constipation évoquée, la recommandation d'une formule infantile était plus fréquente ($83,6\%$ vs $68,9\%$), à l'inverse d'une prescription médicamenteuse ($56,9\%$ vs $63,4\%$). Chez $25,6\%$ des enfants traités (14% des nourrissons), des antisécrétoires (antihistaminiques de type H2 ou inhibiteurs de la pompe à protons) ont été prescrits, uniquement lorsque les pleurs excessifs des nourrissons étaient médicalement confirmés.

L'impact des pleurs des enfants sur leurs parents influençait également la prise en charge médicale des nourrissons : parents soucieux (recommandation d'une

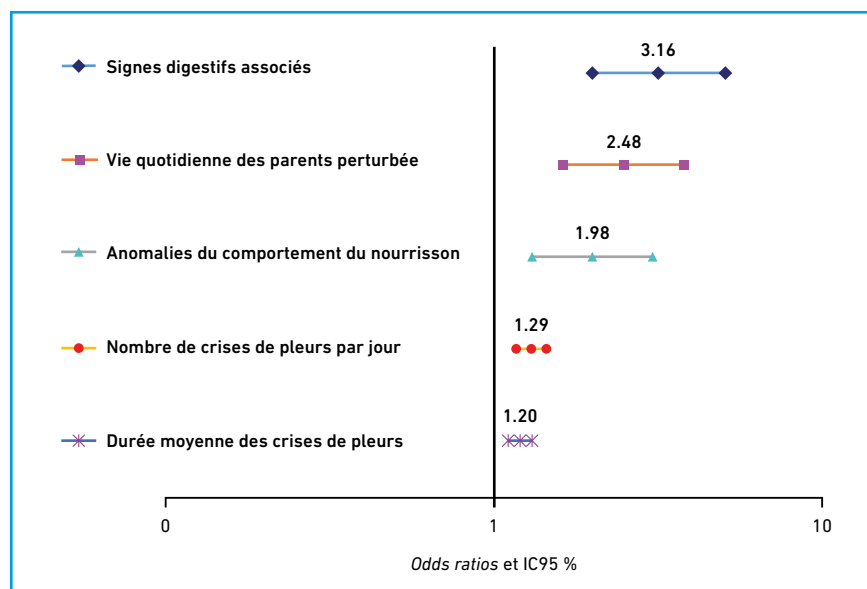


Fig. 1 : Facteurs explicatifs de la confirmation par le médecin des pleurs excessifs des nourrissons. IC : intervalle de confiance.

		Pleurs excessifs confirmés n = 751	Pleurs excessifs non confirmés n = 142	Total n = 898 ³
Écouter, rassurer et conseiller les parents	n (%)	730 (97,2%)	140 (98,6%)	873 (97,2%)
	IC95 %	96,0 %-98,4 %	96,7 %-100 %	96,1 %-98,3 %
Préconiser une formule infantile	n (%)	527 (70,2%)	63 (44,4%)	593 (66 %)
	IC95 %	66,9 %-73,4 %	36,2 %-52,5 %	62,9 %-69,1 %
Dont :	Formule épaissie/ anti-reflux	247 (47,1 %)	22 (34,9 %)	270 (45,8 %)
	Formule "anti-coliques"	165 (31,5 %)	15 (23,8 %)	182 (30,8 %)
	Formule standard	35 (6,7 %)	24 (38,1 %)	59 (10 %)
	HPP	69 (13,2 %)	1 (1,6 %)	70 (11,9 %)
Prescrire un traitement pharmacologique	n (%)	458 (62,7%)	33 (23,7%)	493 (56,5%)
	IC95 %	59,2 % — 66,2 %	16,7 %-30,8 %	53,2 %-59,8 %
Dont :	Probiotiques	225 (49,1 %)	23 (69,7 %)	249 (50,5 %)
	Alginate/pansements gastriques	176 (38,4 %)	6 (18,2 %)	182 (36,9 %)
	Antisécrétoires ¹	125 (27,3 %)	0	126 (25,6 %)
	Antispasmodiques	49 (10,7 %)	1 (3 %)	50 (10,1 %)
Adresser ce nourrisson à un spécialiste	n (%)	27 (3,6%) ²	0	27 (3 %)
	IC95 %	2,3 %-4,9 %	/	1,9%-4,1%
Recommander d'autres mesures	n (%)	65 (8,7%)	5 (3,5%)	70 (7,8%)
	IC95 %	6,6 %-10,7 %	0,5 %-6,6 %	6 %-9,5 %

HPP: hydrolysât poussé de protéines.
IC: intervalle de confiance.
¹ Antihistaminiques de type H2 ou inhibiteurs de la pompe à protons.
² Dont gastro-pédiatre ou gastro-entérologue (n = 16), kinésithérapeute ou ostéopathe (n = 4), dermatologue (n = 1), radiologue (n = 1), psychologue (n = 1).
³ Y compris les cinq nourrissons sans confirmation (ou non) des pleurs excessifs des nourrissons.

Tableau III: Prise en charge des pleurs excessifs des nourrissons, selon la confirmation par les médecins.

formule infantile: 67,9 % vs 56,6 % ; prescription d'un traitement: 58,7 % vs 44,7 %), vie quotidienne perturbée (formule infantile: 67,8 % vs 61 % ; traitement: 60,3 % vs 44,7 %), sommeil perturbé (formule infantile: 68,8 % vs 58,6 % ; traitement: 59,2 % vs 48,9 %).

■ Discussion

Si les pleurs des nourrissons sont le plus souvent physiologiques [1], ils peuvent être jugés excessifs par les parents et

conduire à de fréquentes consultations médicales [2, 3]. Compte tenu des répercussions potentiellement négatives de ces pleurs excessifs et du problème de santé publique posé [2-4], la prise en charge médicale des nourrissons concernés constitue une question importante.

Cette large étude menée en France a permis de montrer que, dans 84 % des cas, les médecins confirmaient en pratique de ville le caractère excessif de ces pleurs chez ces enfants âgés de 6 mois au maximum. Cette confirmation reposait

essentiellement sur les symptômes des nourrissons (signes digestifs associés, anomalies du comportement, nombre et durée des crises de pleurs), mais aussi sur l'impact de ces pleurs sur la vie quotidienne des parents. Le poids de naissance de ces nourrissons était inférieur à celui des autres enfants, leur alimentation à l'inclusion reposait plus fréquemment sur une formule infantile de façon exclusive, et leur mère était plus souvent sans activité professionnelle, au chômage, ouvrière ou employée. Par rapport aux données disponibles dans la

Revue générale

littérature [7, 9], notre étude n'a cependant pas mis en évidence d'autres facteurs environnementaux qui pourraient être associés à ces pleurs excessifs confirmés médicalement (famille monoparentale, vie urbaine, âge maternel, tabagisme passif...).

Face à des pleurs excessifs confirmés, les deux principaux diagnostics évoqués par les médecins étaient des coliques et une suspicion d'œsophagite ou de RGO, mais ces pleurs excessifs restaient expliqués dans 19,9 % des cas. La prise en charge de ces enfants reposait tout d'abord sur la réassurance des parents et des conseils prodigués de façon quasi systématique, en adéquation avec une note informative d'ores et déjà présente, à destination des parents, dans le carnet de santé des enfants. Les médecins préconisaient par ailleurs pour 70,2 % de ces nourrissons une formule infantile spécifique en lien avec le diagnostic suspecté (formule épaissie/anti-reflux ou "anti-coliques") et/ou prescrivaient un traitement médicamenteux dans 62,7 % des cas (probiotiques ou alginates/pansements gastriques essentiellement). Des antisécrotoires étaient prescrits chez 14 % des nourrissons, tous avec confirmation médicale de pleurs excessifs. Parmi ces antisécrotoires, les données recueillies n'ont cependant pas permis de distinguer les antihistaminiques de type H2 des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Il est important de rappeler que les IPP, bien que fréquemment prescrits chez les nourrissons qui pleurent, n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché chez les enfants âgés de moins de 1 an.

En dernière analyse, cette étude a montré que les médecins prenaient en compte le caractère excessif des pleurs des nourrissons lorsque les parents les consultaient pour ce motif. Leur prise en charge médicale doit permettre de limiter leurs répercussions potentiellement négatives, qui constituent un réel enjeu de santé publique.

Financement de l'étude

Cette étude a été financée par la société Nutrition Hygiène Santé (NHS) du groupe Menarini (Rungis).

Remerciements

Les auteurs remercient les médecins et les parents pour leur participation à cette étude.

Les auteurs remercient également la société Statitec, groupe MULTIHEALTH (Labège) pour les activités de *data management* et d'analyses statistiques, financées par NHS, ainsi que la société Auxesia (Décines-Charpieu) pour la préparation du manuscrit sous la supervision des auteurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALVAREZ M, ST JAMES-ROBERTS I. Infant fussing and crying patterns in the first year in urban community in Denmark. *Acta Paediatr*, 1996;85:463-466.
2. GREMMO-FEGER G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. 15^e Congrès national de Pédiatrie ambulatoire. Conférence du 24 juin 2007. https://www.reseau-naissance.fr/medias/2017/04/Un_autre_regard_sur_les_pleurs_du_nourrisson.pdf. Site consulté le 08/02/2023.
3. MORRIS S, ST JAMES-ROBERTS I, SLEEP J *et al*. Economic evaluation of strategies for managing crying and sleeping problems. *Arch Dis Child*, 2001;84:15-19.
4. HERMAN M, LE A. The crying infant. *Emerg Med Clin North Am*, 2007;25:1137-1159.
5. BARR RG. Crying Behaviour and its importance for psychosocial development in children. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2006;1-10. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.631.7372&rep=rep1&type=pdf>. Site consulté le 08/02/2023.
6. BARR RG. Colic and crying syndromes in infants. *Pediatrics*, 1998;102:1282-1286.
7. JORAS M, d'après une présentation de P. Foucaud. Pleurs excessifs du nourrisson: une démarche diagnostique bien codifiée. Médecine et enfance 2014:360-362. <https://www.edimark.fr/revues/medecine-et-enfance/10-decembre-2014-copy/pleurs-excessifs-du-nourrisson-une-demarche-diagnostique-bien-codifiee>. Site consulté le 29/11/2023.
8. BARR RG, ROTMAN A, YAREMKO J *et al*. The crying of infants with colic: a controlled empirical description. *Pediatrics*, 1992;90:14-21.
9. REIJNEVELD SA, BRUGMAN E, HIRASING RA. Infantile colic: maternal smoking as potential risk factor. *Arch Dis Child*, 2000;83:302-303.

Raphaëlle Maudinas a reçu des honoraires de la part de NHS pour coordonner l'étude de façon indépendante; Nadine Fiegel, Sandra Gautier et Marie-Esperance Gras sont des employées de MENARINI.