



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 02 juin 2022 à Poitiers
par Madame Marion SEGUINOT

Etat des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant les
pleurs inexplicables des nourrissons de 0 à 4 mois
Etude qualitative sur un échantillon de médecins de La Vienne et de Charente Maritime

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Phillipe BINDER

Membres :

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Madame le Docteur Clara BLANCHARD

Directrice de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR CHAPLET



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 02 juin 2022 à Poitiers
par Madame Marion SEGUINOT

Etat des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant les
pleurs inexplicables des nourrissons de 0 à 4 mois
Etude qualitative sur un échantillon de médecins de La Vienne et de Charente Maritime

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Phillipe BINDER

Membres :

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Madame le Docteur Clara BLANCHARD

Directrice de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR CHAPLET



Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (**retraite au 01/01/2022**)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (**en mission 1an a/c du 12/07/2021**)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maitre de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie : hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Phillipe BINDER,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez accepter l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Clara BLANCHARD,

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Madame le Docteur Valérie VICTOR CHAPLET

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie de m'avoir guidée tout au long de sa réalisation. Votre disponibilité et votre bienveillance ont rendu ce travail agréable.

A Justine Martin,

Merci de m'avoir proposé de travailler à tes côtés sur ce sujet. Je te remercie de ton implication et de ta disponibilité. Nos échanges m'ont permis de trouver une ligne directrice pour avancer tout au long de ce travail.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude,

Merci du temps que vous avez bien voulu me consacrer malgré des journées déjà bien chargées. Je vous remercie de votre sincérité aux cours des entretiens et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueilli au cours de l'internat,

Merci de m'avoir encadrée et accompagnée. Au fil des années, vous m'avez permis de prendre confiance en moi et de devenir la médecin généraliste que je suis devenue.

A Michel,

Tu m'as accueillie dans ton cabinet et dans ta maison. Tu as su me transmettre ta vision si singulière de la médecine générale, une médecine rurale proche de tes patients. Malgré parfois nos désaccords, tu as toujours su écouter mon avis et lui donner de l'importance. Merci de ta confiance et de l'estime que tu me portes.

A l'ensemble de mes co-internes,

Merci d'avoir été des compagnons sur lesquels je pouvais compter pour traverser les bons comme les mauvais moments. Merci pour les heures de travail conjointes dans la bonne humeur et pour les moments de décompression à la sortie de l'hôpital. Merci de m'avoir aidée et épaulée.

A la colocation de Goise,

Je n'aurais pas pu rêver meilleur début pour l'internat. Avec les épreuves que nous imposaient nos nouvelles responsabilités, nous nous sommes soutenus, dans le rire et la bonne ambiance. En l'espace de quelques mois, une amitié est née et vous avez pris une place indescriptible dans mon cœur. Merci à Maryne, pour ton écoute et tes conseils précieux, Aurore, mon petit démon préféré, Cécile, pour ta bonne humeur rayonnante, Adama, pour nos sessions de danse endiablée, Bineta, pour ta spontanéité et ton sourire, Morgane, pour ton honnêteté, Benoit, pour nous avoir fait tant rire avec tes histoires, Clément pour ta gaieté, Simon, pour nous avoir fait profiter de tes premières notes de trombone et Estelle, pour ta présence apaisante.

A mes ami(e)s de la faculté d'Amiens,

Merci à Cécile, Mathilde, Marine, Margaux et Luke pour les sessions de révisions intensives, pour les moments de détente et de partage autour d'un verre et pour votre soutien à travers ces dernières années.

A Pauline, ma partenaire de révision, de voyage et de vie. Malgré la distance qui nous sépare aujourd'hui, merci pour ton soutien sans faille dans toutes les étapes de ma vie.

A mes copines du lycée,

Merci à Caroline pour ton enthousiasme, toujours partante pour de nouvelles aventures, et à Laura pour ta joie de vivre. A travers tous les moments passés en votre compagnie, vous m'avez permis de m'évader. Merci pour votre fidèle amitié depuis toutes ces années.

Aux parrains et marraines,

Vous m'avez vue grandir et entrer dans cette voie. Merci aux Lecheminant, Cochet, Benoist, Morel, Lalande, Rainsard pour votre présence et votre soutien au cours de nos rendez-vous annuels ou lors de mes escapades. Un remerciement particulier à Sylvie et à Lecheu qui ont fait de moi une filleule chouchoutée.

A Alexandre,

Depuis notre rencontre, être à tes côtés est une évidence. Merci d'être si attentionné et de m'accompagner au quotidien.

A ma famille,

Merci à Cécile et Luc pour votre bienveillance, à Michèle et Hubert pour votre générosité, à Tat'isa de m'avoir toujours accueillie dans ta superbe région, à Éric et Patricia pour les sessions de jeux en famille.

Merci à mes cousin(e)s pour l'enfance merveilleuse qu'on a partagée.

A Christophe,

Merci pour ta bonne humeur contagieuse. Merci également pour la nouvelle famille que tu nous apportes.

A ma sœur,

A travers notre complicité, tu as été un pilier durant toutes ces années. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A mes parents,

Je vous suis extrêmement reconnaissante pour l'éducation et les valeurs que vous m'avez inculquées. Vous m'avez toujours encouragée quels que soient mes choix.

A ma maman, Merci pour ta présence au quotidien et ton écoute à toute heure du jour ou de la nuit. Tu as toujours su trouver les mots pour me rassurer. Merci de croire en moi.

A mon papa, Merci d'avoir toujours pris soin de moi. Ton humour et tes yeux pétillants me donnent toujours le sourire. Merci d'être fière de moi.

A mes grands-parents,

J'aurais tant aimé vous voir à mes côtés. Je sais que vous êtes fiers de mon parcours. Je garde en mémoire tous les moments partagés et les souvenirs merveilleux. Merci d'avoir contribué à faire de moi celle que je suis devenue.

A Mamilette, merci pour nous avoir transmis le goût des bonnes choses.

A Papiléo, merci pour ta générosité sans limite.

A Papi, merci pour ton amour du partage et ton sens de la famille.

A Nani, merci pour tout.

Abréviations

APLV	Allergie aux protéines de lait de vache
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DIU	Diplôme inter universitaire
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute Autorité de Santé
IPP	Inhibiteur de la pompe à proton
PMI	Protection maternelle et infantile
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescription
RGO	Reflux gastro-œsophagien
SBS	Syndrome du bébé secoué
TCNA	Traumatisme crânio-cérébral non accidentels
VAD	Visite à domicile

Table des matières

Remerciements	5
Abréviations	8
I. Introduction.....	11
1. Définition des pleurs.	11
2. Physiopathologie des pleurs.....	12
3. Facteurs favorisants.	13
4. Prise en charge des pleurs.....	13
A. Les différentes étiologies à rechercher.	13
B. Les complications.	14
C. La prise en charge : la réassurance au premier plan.....	15
II. Matériels et méthodes.	17
1. Le choix de la méthode qualitative.	17
2. La sélection de la population.....	17
A. Caractéristique de la population étudiée.....	17
B. Recrutement.....	17
C. Taille de l'échantillon.	18
3. L'entretien.	18
A. Elaboration du guide d'entretien	18
B. Organisation des entretiens.	19
4. Analyse des données.	19
III. Résultats.....	20
1. Caractéristiques de l'échantillon : Données quantitatives.....	20
2. Résultats qualitatifs.....	21
A. La définition des pleurs excessifs des nourrissons.	22
B. Le recours à la consultation.....	22
C. Le déroulement de la consultation.	24
D. La prise en charge.....	28
E. Les conséquences des pleurs excessifs.	34
F. La prévention.....	35
G. Le suivi.	36
H. Stratégies de communications des médecins dans la prise en charge.	36
I. Les connaissances des médecins.....	39
J. Les difficultés ressenties au cours de la prise en charge.....	40
K. Recueil de l'avis concernant une campagne d'information et de prévention.	41

IV.	Discussion	43
1.	Validité Interne.....	43
A.	Force de l'étude.....	43
B.	Faiblesses de l'étude.	44
2.	Validité externe.	45
A.	La définition des pleurs excessifs des nourrissons	45
B.	Le déroulement de la consultation	46
C.	La prise en charge.....	46
D.	La prévention.....	47
E.	Les stratégies de communication des médecins dans la prise en charge	47
F.	Les connaissances des médecins.....	48
G.	Les perspectives d'améliorations.	49
V.	Conclusion	50
VI.	Bibliographie.....	51
	Résumé et mots clés.....	54
	Serment	55
	Annexes	56

I. Introduction.

Les pleurs excessifs et inexpliqués du nourrisson sont un motif fréquent de consultation au cours des premiers mois de vie (1). Selon les études, 5 à 45% des nourrissons en bonne santé pleurent de manière répétée et/ou prolongée (2) et moins de 5% des nourrissons ayant des pleurs qualifiés d'excessifs ont une origine somatique (3).

Ces pleurs sont donc dans la majeure partie des cas physiologiques (4)(5) et suivent « la courbe normale des pleurs » en augmentant progressivement au cours des premières semaines de vie pour atteindre un pic à l'âge de 2 mois, puis diminuent pour se stabiliser vers 5 mois (6).

Néanmoins, ils peuvent fortement altérer la qualité des relations familiales en entraînant un sentiment de culpabilité et de frustration (8). Dans certains cas extrêmes, les pleurs des nourrissons peuvent entraîner des maltraitances, notamment le « syndrome du bébé secoué » (7).

1. Définition des pleurs.

A travers la littérature, on retrouve de nombreuses définitions concernant des pleurs normaux et des pleurs excessifs des nourrissons.

Selon Barr, les pleurs typiques des premiers mois de la vie des enfants, sont définis selon six caractéristiques (5) :

1. La quantité générale de pleurs quotidiens (combinaison d'agitation, de pleurs et de pleurs inconsolables) a tendance à augmenter semaine après semaine, à atteindre une intensité maximale au cours du deuxième mois, puis à diminuer et à se stabiliser vers l'âge de quatre ou cinq mois. On appelle ce phénomène la « courbe normale des pleurs ».
2. Plusieurs accès de pleurs sont inattendus et imprévisibles, ils commencent et cessent sans raison apparente, ne sont pas liés à l'alimentation ou aux couches sales, ni à quoi que ce soit dans l'environnement.
3. Ces accès de pleurs résistent au réconfort, ou sont inconsolables.
4. Le nourrisson semble souffrir, même quand ce n'est pas le cas.
5. Les accès de pleurs durent plus longtemps qu'à n'importe quel âge, de 35 à 40 minutes en moyenne, et parfois une heure ou deux.
6. Les pleurs ont tendance à se concentrer en fin d'après-midi et dans la soirée.

Ces caractéristiques des pleurs avaient été le sujet d'une campagne de sensibilisation appelée « Period of PURPLE Crying », dont chaque lettre renvoie à une des caractéristiques :

- P pour « Peak of Crying » (pleurs d'intensité maximal).
- U pour « Unexpected » (moment inattendu auquel se produit l'accès prolongé de pleurs).
- R pour « Resists soothing » (résistance à l'apaisement).
- P pour « Pain like-face » (visage qui semble souffrir même si ce n'est pas le cas).
- L pour « Long Lasting » (long accès de pleurs).
- E pour « Evening » (pleurs concentrés dans la soirée).

Ces pleurs excessifs, inexpliqués ou prolongés des nourrissons sont fréquemment attribués aux coliques et ainsi à une origine gastro-intestinale même s'il n'y a aucune preuve.

Les critères de Rome IV définissent les coliques du nourrisson dans le cadre des troubles fonctionnels intestinaux (6)(8) :

1. Nourrisson de moins de 5 mois.
2. Périodes récurrentes et prolongées de pleurs, avec agitation ou irritabilité qui se produisent sans cause évidente et qui ne peuvent être évitées ou résolues par les parents.
3. Absence de retard psychomoteur ou de maladie identifiée chez un nourrisson eutrophe.

Les coliques sont aussi définies de manière arbitraire par la règle des « 3 fois 3 » c'est à dire des épisodes de pleurs paroxystiques plus de 3 heures par jour, plus de 3 jours par semaines, depuis au moins 3 semaines (1).

Enfin, il existe également d'autres définitions plus subjectives faisant appel au ressenti des parents « les pleurs pathologiques (sont) ceux conduisant l'entourage à venir consulter un médecin. L'appréciation de la tolérance à ce symptôme est une des étapes de la conduite médicale (...). » (10).

2. Physiopathologie des pleurs.

Les pleurs peuvent être considérés comme un moyen de communication des nourrissons. Ils ne peuvent satisfaire seuls leurs besoins et les pleurs fonctionnent avant tout comme un signal leur permettant d'attirer l'attention pour répondre à ces besoins physiologiques et créer des liens d'attachement, le maintien de proximité avec le parent jouant un rôle protecteur pour la survie (5).

Plusieurs études tendent à montrer que ces pleurs relèvent d'un caractère universel (11) avec un rôle dans le développement et la maturation.

En effet, la courbe normale des pleurs est présente et stable depuis plusieurs décennies non seulement dans les sociétés occidentales mais également dans les sociétés dont les conditions de maternage sont différentes comme chez les chasseurs cueilleurs de Kung San du Kalahari (12).

De plus, dans une cohorte de prématurés bien portants, nés en moyenne huit semaines avant terme, le pic des pleurs se situe également à six semaines d'âge corrigé ; ce qui est bien en faveur d'un phénomène lié à la maturation (13).

3. Facteurs favorisants.

Certains facteurs favorisants ont été décrits (1)(9) :

- Une primiparité ;
- Un âge maternel entre 30 et 34 ans ;
- Les familles monoparentales ;
- Un niveau d'étude élevé des parents ;
- Un stress émotionnel pendant la grossesse ou en post partum chez les parents ;
- Un épisode de baby blues ou de dépression du post partum chez la maman ;
- Le tabagisme passif.

4. Prise en charge des pleurs.

Dans le contexte de pleurs du nourrisson, il est primordial d'éliminer en premier lieu une cause organique aux pleurs ; bien que celle-ci ne soit présente que dans moins de 5% des cas (3).

Lors d'une consultation médicale pour pleurs en cabinet médical ou aux urgences, le médecin se doit d'effectuer un interrogatoire et un examen clinique complet du bébé à la recherche d'une possible cause organique et ainsi éliminer une urgence thérapeutique (1).

A. Les différentes étiologies à rechercher.

Un examen clinique détaillé et complet « appareil par appareil » est recommandé afin de ne pas méconnaître une origine organique. Les principales étiologies à évoquer sont les suivantes (1) :

- Infectieuses :
 - o Méningite ;
 - o Pyélonéphrite ;
 - o Otite ;
 - o Pneumopathie.
- Gastro-intestinales :
 - o Œsophagite ;
 - o Constipation ;
 - o Fissure anale ;
 - o Invagination intestinale aiguë ;
 - o Hernie inguinale étranglée ;
 - o Allergie aux protéines de lait de vache ;
 - o Excès d'alimentation.
- Cardiaque :
 - o Tachycardie supra-ventriculaire ;
 - o Insuffisance cardiaque.

- Traumatique :
 - Hématome sous dural ;
 - Syndrome du tourniquet ;
 - Traumatisme osseux ;
 - Brulure ;
 - Torsion testiculaire ;
 - Blessure cornéenne.

Dans la revue Prescrire (14)(15), on retrouve un ensemble de signes d’alerte devant amener le parent à consulter en urgence :

- Signes cliniques d’alerte :
 - Pâleur, tachycardie, respiration rapide, cyanose ;
 - Fièvre, perte d’appétit, perte de poids ;
 - Bombement de la fontanelle ;
 - Hématomes, pétéchies ;
 - Hypotonie, léthargie ;
 - Vomissement bilieux ou en jet ;
 - Sang dans les selles.
- Pleurs récents et soudains ;
- Contexte de blessure ou de chute ;
- Si le parent craint de secouer l’enfant ou s’il l’a secoué.

B. Les complications.

Bien que les pleurs excessifs des nourrissons soient la plupart du temps bénins et spontanément résolutifs, ils sont une source d’anxiété chez les parents. Ils peuvent avoir un impact négatif en lien avec l’épuisement des parents. Dans certains cas, cela peut se traduire par des troubles de la relation parent – enfant, des comportements d’évitement, de négligence, voire de maltraitance (14).

Le syndrome du bébé secoué (SBS) désigne un traumatisme crânio-cérébral non accidentel (TCNA) provoqué par un secouement, seul ou associé à un impact. Les secousses en cause sont toujours violentes. Les décélération produites peuvent être responsables d’hématomes sous-duraux, d’hémorragies rétiniennes à l’origine d’une morbi-mortalité importante (7). Son incidence en France est estimée, en 2019, entre 20 et 50 pour 100 000 naissances vivantes selon les chiffres de santé publique France (16). Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an et dans 70% des cas de moins de 6 mois.

C. La prise en charge : la réassurance au premier plan.

Les examens complémentaires et prescriptions thérapeutiques doivent être orientés par le contexte et l'examen clinique.

Lorsque l'examen clinique ainsi que le développement staturo-pondéral est normal pour l'âge, il n'y a en général pas besoin de prescrire des examens complémentaires biologiques ou radiologiques.

De plus, aucun traitement médicamenteux comme les antalgiques (17), les probiotiques (18) ou encore les antiacides et inhibiteur de la pompe à protons (14) n'a fait preuve de son efficacité et ne permet de réduire de manière significative les pleurs.

Les modifications diététiques par changement de lait artificiels n'apportent également pas de bénéfice (19). Les pleurs prolongés ne justifient pas l'arrêt de l'allaitement maternel.

Il en est de même pour les manipulations ostéopathiques (20) ; qui ne retrouvent pas d'utilité démontrée pour calmer les pleurs prolongés.

Les pleurs des nourrissons sont donc une problématique physiologique, de résolution spontanée et sans conséquence sur le développement psychomoteur de l'enfant. Aucune thérapeutique n'a fait preuve de son efficacité et n'est donc à recommander pour la prise en charge.

Il convient de rassurer les parents. Quelques conseils et explications peuvent être apportés aux parents à travers une attitude d'écoute et d'empathie (11)(21) :

- Entendre l'inquiétude et reconnaître les difficultés auxquelles sont confrontés les parents.
- Essayer d'objectiver un comportement qui est peut-être tout simplement dans la moyenne (par exemple avec un journal des pleurs).
- Expliquer que les pleurs sont le mode de communication du bébé pour exprimer ses besoins (alimentation, soins, réconfort, proximité).
- Déculpabiliser les parents en les rassurant quant aux soins apportés à leur bébé et sur leur capacité à s'en occuper.
- Expliquer le caractère le plus souvent passager et de bon pronostic de ces pleurs.
- Encourager les parents à avoir plus de contact avec leur bébé, en le portant, en lui parlant, en le berçant, en le promenant, en le massant ... Informer que répondre sans délai ne donnera pas à leur bébé de mauvaises habitudes ou un caractère capricieux.
- Faire savoir que ces stratégies peuvent contribuer à diminuer les pleurs, mais qu'elles ne permettront pas toujours de les arrêter complètement.
- Inciter les parents à demander de l'aide à leur famille ou leurs amis.
- Se reposer dès que possible.
- Si personne n'est là pour aider et que le parent se sent dépassé, poser le bébé dans son lit en sécurité (sur le dos, sans objet autour de lui) et quitter la pièce quelques minutes pour retrouver son calme.

La consultation en ambulatoire, auprès de médecins généralistes ou pédiatres, dans un cabinet ou au sein de structure tel que la protection maternelle et infantile (PMI), est un moment d'interaction privilégiée où des messages de réassurance et de prévention peuvent être dispensés. Une meilleure connaissance des pleurs des nouveaux nés permettrait une meilleure prise en charge et une meilleure prévention (22).

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant les pleurs des nourrissons et d'en décrire la prise en charge en ambulatoire.

L'objectif secondaire est d'identifier les principales difficultés ressenties lors de cette prise en charge et de recueillir l'avis des professionnels de santé concernant une campagne d'information et de prévention.

II. Matériels et méthodes.

1. Le choix de la méthode qualitative.

Notre étude avait pour but de faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes et pédiatres concernant les pleurs des nourrissons et de repérer leurs difficultés dans la prise en charge en ambulatoire.

La méthode que nous avons choisie pour réaliser ce travail est celle de l'étude qualitative par entretiens individuels semi – dirigés. L'intérêt est de restituer les conduites et les discours de manière plus approfondie et de rendre compte de la complexité de la prise en charge.

2. La sélection de la population.

A. Caractéristique de la population étudiée.

Les caractéristiques qui ont orienté le recrutement étaient : être docteur en médecine générale ou en pédiatrie, installé ou effectuant des remplacements, exerçant dans le Poitou – Charentes en ambulatoire et prenant en charge des nourrissons.

B. Recrutement.

Le recrutement a été guidé par plusieurs méthodes d'échantillonnage.

Tout d'abord, l'enquêtrice a utilisé la méthode d'échantillonnage de disponibilité ou de convenance en contactant des médecins connus de celle-ci. Puis la méthode de « proche en proche » ou « boule de neige » a permis de recruter de nouveaux participants à partir des médecins ayant déjà répondu favorablement.

Il fut aussi orienté via la stratégie d'échantillonnage en « variation maximale » ou « théorique » ; et ce, afin d'avoir un panel diversifié en termes de spécialité, de type d'exercice, d'âge et d'expérience dans la prise en charge des nourrissons.

Concernant le recrutement des médecins généralistes, des pédiatres ainsi que des médecins de PMI de la Charente Maritime, nous avons joint directement les divers secrétariats pour présenter succinctement l'objet de l'étude. Un message a été laissé aux différents médecins avec nos coordonnées.

Concernant le recrutement des médecins de PMI de la Vienne, un mail a été envoyé au médecin coordinateur. Celui-ci a transmis l'information aux médecins de sa structure avec nos coordonnées.

Ceux étant d'accord pour participer nous ont recontactés par mail ou par téléphone. Si le médecin répondait favorablement pour participer à l'étude, nous fixions un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

C. Taille de l'échantillon.

Au total, 10 cabinets de médecine générale et un cabinet de pédiatrie ont été contactés. Le service de PMI de La Rochelle et de Poitiers a été contacté également.

Sur l'ensemble des structures contactées, 19 médecins ont accepté de participer à l'étude.

Devant des difficultés d'organisation et de concordance de planning, deux entretiens n'ont pu avoir lieu. Au terme de notre étude, 17 médecins ont participé.

La saturation des données a été obtenue au 15^{ème} entretien.

3. L'entretien.

A. Elaboration du guide d'entretien

Les données de la littérature portant sur les pleurs du nourrisson et sa prise en charge ont été recueillies et analysées. Ces données ont fait ressortir une liste de thèmes principaux.

L'élaboration du guide d'entretien s'est donc articulée autour de ces grands thèmes :

- La définition des pleurs excessifs des nourrissons
- Le déroulement de la consultation
- La prise en charge, incluant les prescriptions et les conseils donnés
- La prévention du syndrome du bébé secoué

Une première partie s'est intéressée aux caractéristiques des médecins interrogés. Il s'agissait d'un questionnaire quantitatif qui permettait de décrire l'échantillon de l'étude. Pour ce faire, l'enquêtrice posait une série de questions au début d'entretien. (Annexe 2. Tableau épidémiologique).

La partie intermédiaire permettait de développer les différents thèmes autour des pleurs des nourrissons décrits précédemment.

Et une dernière partie s'est intéressée à recueillir les difficultés ressenties au cours de la prise en charge des pleurs inexplicables des nourrissons ainsi que l'avis concernant l'intérêt d'une campagne d'information et de prévention.

Le guide d'entretien a été composé de questions ouvertes, ce qui permettait aux médecins interrogés d'avoir plus de liberté dans leurs réponses. Ils pouvaient ainsi partager leurs expériences professionnelles et personnelles, leurs avis et leurs prises en charge concernant les pleurs des nourrissons. En fonction des réponses fournies et de ce qui lui paraissait pertinent pour répondre aux objectifs de l'étude, l'enquêtrice était libre d'adapter les questions posées ou de faire développer certains points.

Le guide d'entretien a été relu et validé par la directrice de thèse Docteur Victor Chaplet.

Enfin, le guide d'entretien (Annexe 1) a été testé en août 2021 lors d'un premier entretien fictif avec un médecin volontaire afin d'évaluer sa pertinence en situation réelle.

B. Organisation des entretiens.

Les entretiens se sont déroulés d'octobre 2021 à mars 2022.

Ces entretiens ont eu lieu soit au cabinet des médecins interrogés soit en visioconférence soit au domicile du médecin, suivant le choix du médecin interrogé. La durée moyenne des entretiens était de 21 minutes (allant de 12 minutes à 31 minutes).

Deux enquêtrices différentes ont mené les entretiens.

La thésarde a réalisé 13 entretiens. Ils ont été enregistrés en doublon afin de se prémunir d'éventuels problèmes techniques, à l'aide de la fonction enregistrement de l'ordinateur (HP spectre) ou d'un dictaphone numérique (smartphone iPhone).

La co-thésarde, réalisant une étude sur le même thème auprès de parents, a réalisé 4 entretiens. Ils ont été enregistrés avec un dictaphone numérique (smartphone iPhone).

La retranscription a été faite à partir des enregistrements audios des entretiens. Pour certains d'entre eux, et dans un souci de gain de temps, le logiciel Happyscrib a été utilisé et a aidé à la retranscription. De plus, pour tous les entretiens, une double écoute a été effectuée afin de limiter les erreurs de retranscription. Les habitudes de langage verbal, les silences, les hésitations et la ponctuation ont essayé d'être respectés afin de rendre l'analyse plus pertinente.

Les verbatims ont été numérotés dans leur ordre d'enregistrement pour conserver l'anonymat.

4. Analyse des données.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVIVO.

Chaque entretien a été analysé individuellement une première fois : il s'agit de l'analyse longitudinale, permettant de dégager les thèmes.

Puis, les entretiens ont été analysés ensemble dans leur intégralité afin de rendre compte de la cohérence thématique inter-entretiens : il s'agit de l'analyse transversale. Ces deux étapes ont permis le codage.

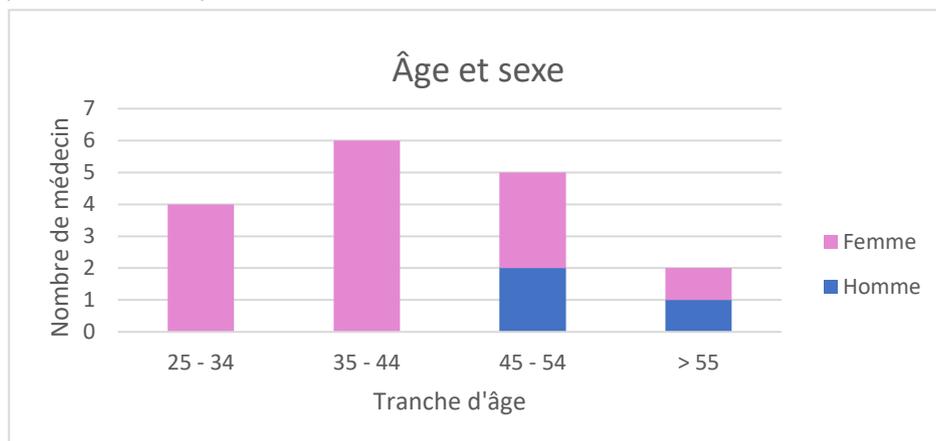
Le codage a été effectué parallèlement, sur quelques entretiens, par la directrice de thèse ainsi que par la seconde enquêtrice. Les résultats ont ensuite été comparés selon le principe de la triangulation afin de faire ressortir les thèmes passés inaperçus.

III. Résultats.

1. Caractéristiques de l'échantillon : Données quantitatives.

A. Âge et sexe.

Sur les 17 médecins interrogés, on comptait 14 femmes pour 3 hommes, avec un âge moyen de 43 ans (de 29 à 72 ans).



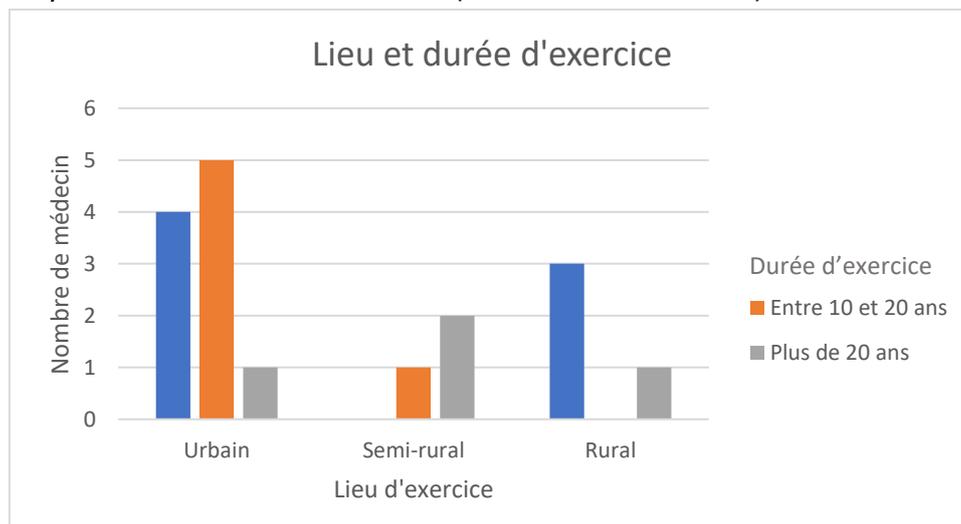
B. Spécialité.

Sur l'ensemble des médecins interrogés, 13 sont médecins généralistes dont 2 ont une formation complémentaire en pédiatrie (Diplôme Universitaire) et 4 sont pédiatres.

C. Lieu, durée et mode d'exercice.

9 des médecins interrogés exercent en Charente Maritime et 8 dans la Vienne. Parmi eux, 10 exercent en milieu urbain, 4 en milieu rural et 3 en milieu semi-rural. 13 exercent en cabinet libéral de groupe, 2 exercent dans une structure de PMI, 1 a une activité mixte, en cabinet libéral et en PMI et 1 est remplaçant.

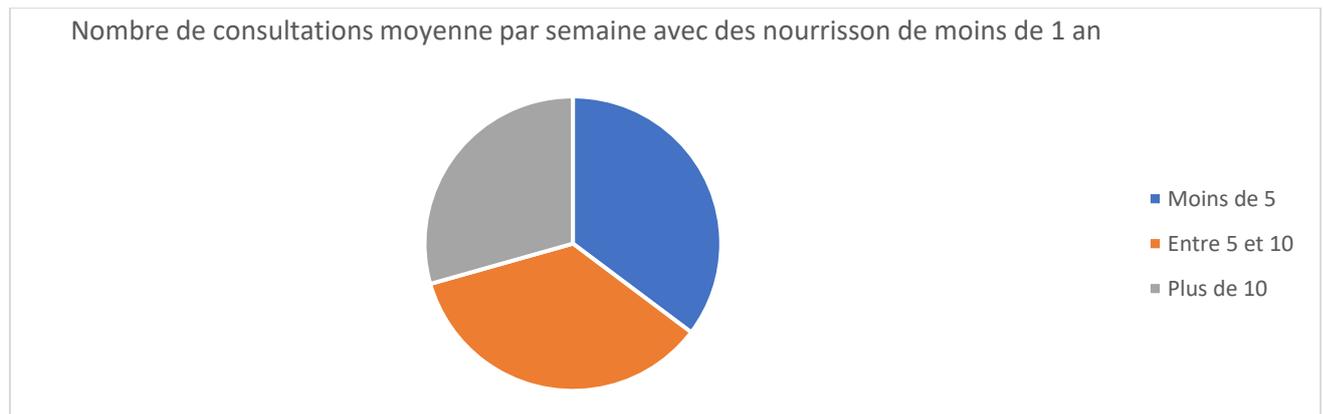
La durée moyenne d'exercice est de 14 ans (allant de 1 an à 41 ans).



D. Patientèle et fréquence de consultation.

La patientèle d'enfants de moins de 16 ans des médecins généralistes interrogés est en moyenne de 12%, selon le relevé du RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescription).

Sur l'ensemble des médecins interrogés, 6 ont en moyenne moins de 5 consultations par semaine avec un nourrisson, 6 en ont en moyenne entre 5 et 10 et 5 en ont en moyenne plus de 10.



2. Résultats qualitatifs.

L'analyse des entretiens nous a permis de mettre en évidence des grands thèmes concernant la prise en charge des pleurs excessifs des nourrissons :

- La définition des pleurs excessifs des nourrissons
- Le recours à la consultation
- Le déroulement de la consultation
- La prise en charge
- Les conséquences des pleurs excessifs
- La prévention
- Le suivi
- Les stratégies de communication des médecins dans la prise en charge
- Les connaissances des médecins
- Les difficultés ressenties au cours de la prise en charge

Le plan d'analyse est représenté dans l'annexe 3.

A. La définition des pleurs excessifs des nourrissons.

La première question abordée lors de l'entretien consistait à demander aux médecins la définition des pleurs excessifs ou inexpliqués des nourrissons.

Bien qu'une grande partie des médecins **méconnaissent une définition précise** :

« *Je la connais pas* » Dr 1

« *Alors une définition précise non, enfin pas, en tout cas pas à ma connaissance* » Dr 8

La grande majorité des médecins se basent sur **le ressenti des parents** :

« *C'est des pleurs qui sont ressentis, en tout cas comme les parents, comme excessifs. Le ressenti des parents pour moi il est hyper important.* » Dr12

« *Par rapport au vécu des parents qui est un premier élément vraiment très important* » Dr 9

Alors que pour d'autres, c'est plutôt leur **absence d'étiologie** qui prime :

« *On a du mal à retrouver la cause, à comprendre pourquoi il pleure* » Dr 3

« *C'est pas des pleurs qu'on ne peut rattacher à une faim ni à une douleur* » Dr 13

Ou alors le fait que **le parent ne parvient pas à calmer ces pleurs** :

« *Qu'on n'arrive pas à soulager avec une modification du comportement* » Dr 3

« *Ce que je dirais c'est l'enfant qui ne se calme pas* » Dr 7

Enfin, seul un petit nombre de médecin tient compte de **la durée journalière des pleurs** :

« *Plus de 3 heures par jours* » Dr 7

« *Plus de 2 heures de pleurs par jour* » Dr 16

Alors qu'un autre n'y voit pas du tout un critère sur lequel se baser :

« *Pour moi, il y a pas de durée ou de volume* » Dr 15

B. Le recours à la consultation.

a. Mode de recours.

La grande majorité des médecins interrogés estiment qu'il s'agit d'un **motif fréquent de consultation** :

« *Énormément, grand motif de consultation* » Dr 17

Et principalement dans **les premiers mois de vie** :

« *Surtout les 3 premiers mois, voire les 2 premiers mois* » Dr 16

C'est un sujet qui est abordé de manière différente au cours de la prise en charge d'un nouveau-né. En effet, certains parlent des pleurs **au cours d'une consultation de suivi** :

« Ils viennent pour le suivi et on en parle souvent » Dr 15

« Lors de la consulte de suivi, je pose la question savoir s'ils trouvent que l'enfant pleure » Dr 8

Certains parents peuvent aussi être amenés à consulter **spécifiquement pour les pleurs** :

« Régulièrement c'est le motif central de la consultation » Dr 9

« C'est la première chose dont ils parlent » Dr 17

Pour certains médecins au contraire, c'est abordé de manière **systematique et spontanée au cours du suivi et dès les premières consultations** :

« Moi j'anticipe énormément. Dès la, dès la consultation, on les voit beaucoup à J-10, la consultation des moins de 10 jours, déjà tout de suite j'aborde comment ça va se passer les pleurs » Dr 17

« C'est un sujet qui est abordé à chaque consultation, chaque visite, de manière un peu systematique » Dr 12

b. Le profil des parents.

Nous avons demandé aux médecins s'ils avaient identifié un profil particulier parmi les parents consultants pour pleurs excessifs.

Bien que certains ne retrouvent **pas de profil type** pour ce motif de consultations :

« Pour moi, il n'y a pas de type » Dr 13

Certains évoquent particulièrement le fait que le nourrisson soit **le premier enfant du couple** :

« Les consultations des pleurs, c'est surtout le premier enfant » Dr 17

« Peut-être plus les premiers enfants » Dr 5

Certains rapportent une certaine **anxiété chez les parents** consultant pour ce motif :

« Je pense qu'il y a un facteur stress » Dr 7

« Si les parents sont stressés, alors après est ce qu'ils sont stressés parce qu'il pleure ou inversement. Mais je trouve que déjà, quand ils sont plus détendus, je trouve que en général, il y a moins cette problématique » Dr 15

D'autres retiennent **l'isolement familial** comme facteur influençant :

« Situations de vulnérabilités évidentes euh dûes à des éléments de stress psychologique par exemple sur une conjoncture de conflit ou de monoparental mais vécu, mal entouré » Dr 9

« Je pense que c'est plus lié effectivement à l'isolement familial, même s'ils sont en couple, mais n'y a pas de grand-mère » Dr 14

Et enfin, **l'appartenance à une certaine classe sociale** a également été citée :

« Niveau euh plutôt professionnel élevé » Dr 9

« J'aurais mis quand même en premier lieu la classe sociale [...] plutôt classes moyennes » Dr 14

C. Le déroulement de la consultation.

a. L'interrogatoire.

Par l'interrogatoire, les médecins recherchent **l'évolution des pleurs** :

« J'essaye de savoir, enfin de pousser l'interrogatoire savoir quand est ce qu'il pleure » Dr 1

« L'évolution des pleurs par rapport au début, de quelle manière c'est survenu, si c'est survenu dans la journée, enfin de façon aiguë ou si c'est quelque chose un peu chronique, qui est installé un peu dans la durée » Dr 16

Il recherche également d'éventuels **facteurs favorisant** les pleurs ; et principalement si cela est **lié l'alimentation** :

« Si c'est rythmé par les repas, je vais voir quel âge il a le gamin, quel lait il a ? s'il a changé de lait ? euh ou si la maman a changé son alimentation si elle allaite ? euh qu'est-ce que je vais demander... s'il est plaintif pendant les repas ? » Dr 5

« Par rapport aux repas déjà ? Est-ce que c'est euh c'est rythmé par les repas avant ou après ? Euh comment se passe le repas ? » Dr 17

Certains médecins évoquent une **association à un baby blues ou une dépression du post-partum** :

« En fait c'est que les mamans sont fatiguées de la grossesse et de l'accouchement, c'est la petite goutte d'eau en fait, y'a un petit peu la dépression du post-partum et là y'a le bébé qui pleure et on sait pas quoi faire et euh voilà donc y'a ça » Dr 8

« Une fatigue des parents ou euh évocateur éventuellement d'un baby blues » Dr 9

Certains parlent aussi de **l'anxiété parentale** comme facteur favorisant :

« L'anxiété parentale va pouvoir un peu entretenir ces pleurs » Dr 3

« Bon souvent, il y a une anxiété maternelle et une fatigue maternelle, une dépression post-natale [...] Une maman peut être inadaptée dans son, dans son, dans sa façon de rassurer l'enfant. Et ça peut créer des pleurs » Dr 14

b. L'origine des pleurs.

Au cours de l'entretien, nous avons demandé aux médecins quelle était l'origine des pleurs selon eux.

Si pour certains ces pleurs sont tout à fait **physiologiques** :

« Ça reste physiologique. Un nourrisson ça pleure, c'est évident c'est son seul moyen de communication quasiment » Dr 3

« On montre la courbe physiologique des pleurs avec les quanti.. enfin la quantité habituelle, si on peut dire ça comme ça, de pleurs d'un nourrisson en fonction de son âge. Et que dire, et qu'on explique aux parents qu'il y a des bébés qui pleurent un peu moins des bébés qui pleurent un peu plus et que c'est physiologique, finalement. » Dr 12

« Si on prend la période des 3 à 5 semaines où on a les pleurs du soir avec ce qu'on appelle nous le sommeil éveil agité, avec des pleurs qui vont durer entre 30 minutes à 5 à 6 heures [...] rien pendant 15 jours, puis ça monte crescendo 4, 5, 6 semaines, stable et puis après sa chute au bout de 8 semaines » Dr 17

Les pleurs peuvent aussi être liés pour d'autres à un **besoin de réassurance** :

« C'est souvent des problèmes de rassurance, d'angoisse du tout petit » Dr 2

« Seul organe de communication et c'est l'appel du parent » Dr 17

Pour certains autres, les pleurs sont un **symptôme lié à un besoin ou à une souffrance** :

« Je pense que dans tous les cas c'est sa façon de s'exprimer, parce qu'il ne peut pas dire voilà : j'ai faim, j'ai soif, il fait trop chaud, j'ai froid, puis j'ai mal à l'oreille, j'ai mal à l'œsophage, donc la seule façon c'est de la verbaliser et ma seule arme que j'ai c'est le pleur. Grosso modo c'est ce à quoi je me réfère [...] en tous les cas y'a toujours une raison pour qu'un enfant pleure, à mon avis [...] Pour moi, un enfant il ne pleure pas pour rien, il pleure toujours pour quelque chose » Dr 10

« Il pleure parce qu'il y a une raison, une douleur, un ressenti en tout cas, qui n'est pas de l'ordre du normal pour lui » Dr 3

D'autres médecins ont évoqué **des idées reçues**, qu'ils essayent de **déconstruire** :

« Vraiment, on essaye de, de déconstruire aussi les les fausses pensées ou les sollicitations de l'entourage [...] sur la mamie ou la tata qui dit bah porte le pas trop, il va faire des caprices » Dr 12

« Je leur dis qu'il n'y a pas de caprice à cet âge-là » Dr 15

« Je pense que oui y'a beaucoup d'idées reçues. S'il pleure c'est qu'il demande l'attention, alors ça je l'entends tellement de fois, bah non en fait c'est qu'il y a un besoin primaire qu'on n'a pas réussi à satisfaire. Y'a pas forcément un truc de grave mais juste un truc qu'il faut qu'on écoute ; y'a pas de comédie sur l'enfant de moins de 3 mois, ça c'est le grand truc qui me fait hurler [...] il fait une comédie, faut que t'arrête de le prendre parce que du coup euh sinon après t'arriveras pas à t'en dépatouiller. Non mais qu'est-ce qu'il ne faut pas entendre enfin il a 3 mois » Dr 7

c. Recherche étiologique.

Au cours de leur prise en charge, l'objectif principal de tous les médecins est d'**éliminer une cause organique** :

« Il faut toujours les éliminer une cause somatique » Dr 12

« Savoir s'il y avait une maladie potentielle qui aurait pu expliquer les pleurs » Dr 1

Les étiologies recherchées par les médecins sont principalement **digestives** :

« Je recherche deux choses, savoir s'il a un gros reflux euh et des signes d'allergies aux protéines de lait de vache » Dr 4

« Une allergie non IgE médiée, puis y'a les régurgitations pour éventuellement une œsophagite » Dr 9

« Souvent quand ils me disent que c'est des coliques c'est qu'ils ont remarqué que l'enfant se tortille, qu'il a des gaz ou que ça va mieux une fois qu'il a eu... qu'il a bien pétié. Euh ou avec une évacuation de selles » Dr 5

L'origine infectieuse est, elle aussi, évoquée dans une grande partie des entretiens :

« *Tout signe potentiel infectieux* » Dr 11

« *Rechercher une patho infectieuse* » Dr 3

Quelques médecins sont attentifs à exclure une **origine neurologique** :

« *Tout ce qui peut être troubles neuro, donc éventuellement tout ce qui est hypertension intracrânienne en gardant aussi à l'esprit bébé secoué* » Dr 1

« *Si y'a une altération du comportement* » Dr 7

« *Une cause neurologique : soit euh je sais pas une tumeur cérébrale, un bébé secoué* » Dr 15

Quelques autres enfin ont évoqué **les urgences chirurgicales** :

« *Je recherche toujours une hernie étranglée* » Dr 16

d. L'examen clinique.

L'examen clinique est pour beaucoup **systematique** :

« *Je vérifie toujours tout* » Dr 1

« *Systematique, comme d'hab, du pied à la tête de l'enfant* » Dr 7

« *La pédiatrie, c'est toujours un examen général* » Dr 14

Cet examen passe pour certains par **l'observation du nourrisson** :

« *Moi j'observe beaucoup l'enfant pendant la consulte [...] j'accorde beaucoup d'importance au tonus des enfants, à l'éveil, s'ils ont l'air confortable, inconfortable* » Dr 8

« *Un enfant qui accroche bien le regard, qui est souriant et détendu pendant la consultation enfin voilà, ça va être plus rassurant qu'un enfant effectivement qu'à chaque fois que je le vois il est en train de pleurer là ben je vais essayer de pousser un peu plus loin ouais* » Dr 13

« *Je vais essayer de le garder en fait aussi, je vais essayer de voir un peu ce qui se passe, de le faire venir un peu plus, on va essayer d'en rediscuter un peu plus comme ça quoi. Voir un peu comment il interagit, voir ce qui fait que ça ne va pas et bah c'est qu'une consultation mais euh ouais des fois quand je ne comprends pas je vais faire ça. Ça m'arrive aussi de les faire téter dans la salle de pause et de revenir après, de regarder comment ça se passe et puis de rediscuter après* » Dr 8

La plupart accordent aussi une attention particulière à **la courbe de croissance** :

« *Le poids systématiquement. De toute façon, tous les nourrissons en fait ils sont pesés systématiquement donc je vais voir s'ils ont perdu du poids, s'ils ont trop pris* » Dr 7

« *La courbe de croissance qui est essentielle* » Dr 9

« *La croissance déjà je regarde si la croissance est normale* » Dr 15

Certains évoquent être attentifs à la recherche de **signes de maltraitance** :

« *C'est quelque chose auquel je suis vigilante mais que j'ai rarement constaté c'est des marques anormales aussi, des signes de maltraitance, parce que j'imagine que parfois ça peut arriver, ça reste rare et j'espère que mes collègues sont dans la même configuration, mais typiquement mais un bébé*

secoué, un gamin maltraité, qui va être négligé, c'est un bébé qui peut passer ses journées à pleurer aussi hein. Et puis la maltraitance des pleurs aussi, donc un bébé qui pleure beaucoup, faut être assez vigilant à ces signes-là » Dr 3

*« On élimine aussi toute maltraitance, on recherche aussi tous les signes voilà hématomes, contusions »
Dr 12*

Enfin, un des médecins indique être particulièrement attentif à **l'examen des orifices herniaires** :

« Ceux qui pleurent beaucoup je demande aux parents de les tenir debout pour voir si on n'a pas une hernie » Dr 17

e. La dimension psycho-environnementale.

A travers les entretiens, la dimension psycho-environnementale apparaît comme un élément central pour les médecins. Pour beaucoup de médecins interrogés, **l'exploration du vécu des parents** fait partie intégrante de la prise en charge :

« On parle beaucoup de leur ressenti, des émotions que ça leur procure. On essaye vraiment de déconstruire tout ça et on se sert aussi énormément du thermomètre de la colère pour évaluer eux leur état émotionnel en fait » Dr 12

« Être à l'écoute du vécu des parents pour le bien-être de l'enfant » Dr 2

« Je m'intéresse en tout cas, au euh au effectivement, au ressenti des parents euh l'épuisement parfois des parents » Dr 16

Certains vont aller **creuser au cours de la consultation** sur ce plan :

« Pour voir c'est ça, s'ils sont encore dans la capacité de s'occuper de leur bébé, en gros je leur demande s'ils prennent du plaisir encore à s'occuper de leur bébé, si c'est quelque chose de difficile, s'ils arrivent à se reposer » Dr 15

Certains poussent la recherche aux **antécédents et à l'enfance des parents** :

« Explorer un peu voilà les parents, quelle a été leur enfance un petit peu voilà, leurs propres interactions quand même quand ils étaient en tant qu'enfant. C'est quand même quelque chose que j'essaye d'aller aborder à un moment ou à un autre » Dr 9

« Ça fait partie des premières questions sur la grossesse, sur leurs antécédents à eux, les antécédents pédiatriques dans la famille, enfin j'essaye de creuser voir s'il y a pas justement une mort subite, enfin des choses c'est bateau mais qui amène un énorme stress » Dr 17

Alors que pour d'autres, **l'expression du ressenti vient des parents eux-mêmes** :

« Alors c'est euh je recherche pas, c'est eux qui me le verbalisent » Dr 10

Certains médecins explorent **le lien parent – enfant** :

« On observe l'interaction [...], celui qui s'occupe de l'enfant de voir un peu s'il réagit au bébé, s'il est synchrone si on voit que la réaction est en réponse au bébé, si le bébé il regarde bien dans les yeux. Cette espèce d'harmonie quoi qu'on peut observer où, dans les premiers mois, alors après y'a l'échelle

des bébé sur les bébés de moins de 2 mois, mais bon moi j'ai pas été formée donc j'ai juste la connaissance de ça, mais ça m'inspire pour observer un petit peu quand même » Dr 9
« Dans certaines situations, les mamans [...] vont être maladroites dans le soin qu'elles vont apporter ou elles vont pas interpréter les signaux de leur enfant de la bonne manière pour y répondre de façon adaptée » Dr 3

Quand d'autres s'attachent particulièrement à **l'environnement** dans lequel ils évoluent :

« Leur poser des questions sur son environnement » Dr 2

« Comment ça se passe à la maison ? euh comment se trouve, dans quel environnement familial se trouve l'enfant ? » Dr 10

Enfin, beaucoup recherchent la présence ou l'absence de **soutien dans l'entourage** :

« Essayer de voir s'ils sont entourés, accompagnés » Dr 13

« Est ce qu'il y a du relai ? Est ce qu'il y a un environnement aidant ou pas ? » Dr 7

D. La prise en charge.

a. Prescriptions médicamenteuses.

Si une partie des médecins peut être amenée à proposer une prescription **selon une orientation étiologique retenue** après l'interrogatoire et l'examen clinique :

« Si c'est une suspicion d'œsophagite, je vais prescrire un traitement de Gaviscon et si ça marche pas IPP ; si c'est une œsophagite. Si c'est du reflux, je commence par épaissir le lait déjà » Dr 5

« Faut trouver pourquoi il pleure en fait donc si c'est juste changer de lait pour qu'il soit un peu plus épaissi ; ou si y'a un RGO bah ça va être GAVISCON puis après INEXIUM » Dr 7

D'autres peuvent être amenés à instaurer un **traitement d'épreuve** :

« Si on a un examen physique qui est pauvre, après effectivement il peut y avoir des traitements à base, des traitements à base diagnostic comme prescription d'IPP sur quelques jours pour voir si ça soulage l'enfant, lui donner un peu de GAVISCON, euh pour voir si effectivement ça le soulage » Dr 10

« Ça peut arriver, par exemple, que l'INEXIUM je le donne en traitement d'épreuve quand euh vraiment il y a des pleurs qui sont non expliqués, qui sont quand même relativement liés à l'alimentation, avec des diminutions alimentaires » Dr 16

Ou peuvent avoir recours à une prescription médicamenteuse pour **l'action placebo** :

« Ça peut être utile, ne serait-ce que parfois pour leur effet placebo [...] Les parents vont avoir l'impression de faire quelque chose pour leur enfant, leur enfant par une prise régulière machin, va avoir l'impression qu'on lui apporte du soin ; donc dans un premier temps ça peut aider » Dr 3

« Non pas parce que je suis convaincu de l'efficacité [...] c'est euh c'est plus parce que ça va avoir un effet apaisant aussi sur les parents de se dire, on fait quelque chose, ça va aller mieux » Dr 8

Certains prennent en compte **la demande des parents** :

« C'est plus sur demande insistante des parents que sur une réelle conviction thérapeutique » Dr 12

« Y'en a qui arrivent en disant je veux ça parce que ma première elle avait ça, ça marchait très bien. Ben pourquoi pas essayer » Dr 13

Enfin, certains ne prescrivent **pas de médicaments** face à cette situation clinique :

« Non, j'en prescris jamais en fait. C'est vraiment un entretien où on discute » « Si c'est vraiment euh au sujet des pleurs et que somatiquement, il n'y a pas de souci, non j'ai pas un recours à une prescription » Dr 12

« Si j'ai rien de particulier, non je prescrit rien » Dr 4

Et dénoncent parfois les **prescriptions abusives** :

« Le fameux reflux, franchement, il est rarissime [...] parce qu'il y a une propension à prescrire de l'INEXIUM de façon abusive. C'est pareil, c'est un effet placebo. Les gens donnent de l'Inexium, mais le vrai reflux gastro-œsophagien n'est pas à cette fréquence-là par rapport à la prescription » Dr 14

Dans tous ces cas, les prescriptions proposées peuvent être multiples :

Certains médecins proposent des **antalgiques** ;

« Un peu de doliprane pour que les parents en aient au besoin » Dr 1

D'autres prescrivent du **Julep Gommeux** ;

« Je prescris des choses comme du Julep Gommeux » Dr 11

Des **probiotiques** ;

« Je vais facilement prescrire des probiotiques à mettre dans le lait » Dr 5

Des **inhibiteurs de la pompe à proton** ou des **pansements gastriques** ;

« Je vais prescrire un traitement de Gaviscon et si ça marche pas IPP » Dr 5

« Ça peut être du POLYSILANE ou de l'INEXIUM » Dr 16

Enfin, certains médecins interrogés ont parfois recours à **l'homéopathie** :

« Proposer un peu d'homéopathie parfois ça décharge » Dr 3

« Ça m'arrive dans les coliques du nourrisson » Dr 11

Ou encore à la **phytothérapie** :

« Je donne un peu de Calmosine voilà des choses comme ça, ça m'arrive » Dr 16

b. Prescriptions paramédicales.

Concernant **l'ostéopathie**, certains médecins la conseillent de manière **systématique** :

« Tout enfant qui passe mon bureau qui vient de naître a une consulte d'ostéo systématique demandée avant les 1 mois » Dr 3

Ou la préconisent plutôt au décours d'un **accouchement jugé traumatique** :

« Surtout sur des accouchements plus traumatisants je trouve que ça leur fait pas de mal » Dr 7

« Je le fais pour les accouchements qui sont un peu olé olé quoi, quand il y a des manœuvres, quand il y a des forceps, quand je sens que l'enfant est pas confortable, qu'il y a des blocages de cou, des petites tensions » Dr 17

D'autres, sans y voir de bénéfice particulier, **ne s'opposent pas si les parents souhaitent effectuer une séance** :

« Je ne vais pas forcément le prescrire. Après, je sais qu'il y a des parents qui assez régulièrement pour se tourner vers l'ostéopathe euh pourquoi pas ? Enfin moi je suis pas contre, si ils disent, enfin si ça peut les apporter un bénéfice » Dr 13

« Si les parents souhaitent essayer, moi du moment que c'est des traitements qui ne font pas de mal à l'enfant où enfin où je sais qu'il n'y aura pas d'effet secondaire nocif, euh pourquoi pas » Dr 8

En revanche, dans le cadre des pleurs et n'y voyant aucune indication, **aucun médecin ne prescrit de séances de kinésithérapie** :

« La kiné je la mets que dans des indications particulières, mais pas pour ça » Dr 12

« La kiné, je vois pas trop l'intérêt » Dr 16

c. Examens complémentaires.

Si la plupart des médecins n'en prescrivent que **très rarement** :

« En pratique, ça reste assez exceptionnel » Dr 12

« Si cliniquement j'ai rien, non je ne prescrirais rien » Dr 1

« Si j'ai un examen clinique qui est normal et qu'on n'est que sur des pleurs et que moi, je n'ai aucun autre signe, je prescris pas d'examens complémentaires » Dr 13

Ils peuvent être prescrits par certains **selon l'orientation clinique** :

« Tout est lié en fait à l'examen et l'interrogatoire » Dr 11

« Si j'ai un doute, un doute diagnostic oui, je vais avoir recours aux examens complémentaires » Dr 12

En cas de **suspicion d'APLV** par exemple :

« Des IgE quand j'ai une forte suspicion d'APLV » Dr 13

Ou de **syndrome infectieux** :

« Dans la recherche de problème infectieux » Dr 10

« Rechercher un bilan infectieux avec une CRP, faire une analyse d'urine » Dr 11

Seul un des médecins interrogés en prescrit **en l'absence d'orientation clinique** :

« Si, si on ne trouve pas d'origine, oui, dans ces cas-là, on peut éventuellement faire un bilan sanguin ouais » Dr 11

d. Changement de lait.

En cas de pleurs et en se basant sur l'interrogatoire et l'examen clinique, certains médecins proposent une modification de lait, notamment, en cas de **suspicion de reflux ou d'allergie aux protéines de lait de vache** :

« Les changements de lait euh si, par exemple, un bébé qui va régurgiter beaucoup pourquoi pas mettre du lait épaissi euh enfin ou selon le transit [...] si on pense à une APLV l'éviction » Dr 13

« Sur le digestif en fonction si l'enfant est très ballonné, si l'enfant a beaucoup de renvois, si l'enfant a des diarrhées, si l'enfant voilà y'a des laits qui sont adaptés donc euh voilà y'a tout une gamme de lait donc en fonction de ça ils essayent » Dr 10

D'autres, en revanche, préfèrent **éviter les changements** de lait fréquents :

« On essaie d'arrêter les vases de lait puisque ça ne résout pas le problème et ça, finalement, ça accentue le stress je dirais » Dr 14

« J'évite vraiment au maximum. Euh je ne pense pas que je l'ai déjà fait, honnêtement. Non j'évite vraiment de changer » Dr 15

Enfin, un changement du lait est également parfois proposé **en traitement d'épreuve** :

« Test d'épreuve, tu fais 14 jours d'hydrolysé, déjà si le truc il rentre dans l'ordre, le gamin chiale plus, c'est que c'est une APLV » Dr 3

« Au bout d'un moment, quand euh vraiment il y a beaucoup de pleurs etc, j'essaie euh je finis, quand c'est sur des troubles digestifs notamment, je finis par passer par un lait sans protéines de lait de vache ou un lait de riz pour calmer les choses sur le plan digestif et que ça apaise aussi un peu tout le monde » Dr 16

e. Les conseils.

La prise en charge médicale est la plupart du temps accompagnée de conseils.

Ils visent principalement à favoriser les **conduites de maternage** :

« Il est important d'apporter une réponse à leur bébé, quand le bébé pleure, que ça c'est quelque chose qui doit être systématique pour leur bébé » Dr 12

« Être à l'écoute de leur bébé » « Être avec lui » Dr 1

Comme le **portage** :

« Qu'ils le portent davantage » Dr 2

« Trouver un mode de portage qui va bien à l'enfant et à son parent, sachant que ça, ça dépend vraiment de y'en a ça va être l'écharpe, y'en a ça va être le porte bébé » Dr 9

« Je leur dis mais prenez, prenez, portez. L'écharpe de portage, c'est génial » Dr 17

Les **massages** :

« Je leur conseille beaucoup voilà les massages, moi je le fais pendant toute la consulte, je leur masse beaucoup la tête, le ventre, parce que ça les sécurise » Dr 8

« Des ateliers massage pour les petits nourrissons de 3 à 9 mois en fait avec leurs parents et c'est ça peut être aussi un temps de relâchement un peu privilégié avec son enfant » Dr 12

Ou encore **l'emballage** :

« De l'emballage si jamais euh si jamais le bébé un peu agité ou du mal à se rassembler, à se calmer » Dr 16

« Des façons de tenir l'enfant pour le réassurer ; moi j'appelle ça en petit bouddha enfin les recroqueviller un petit peu [...] avec des linges pour les apaiser » Dr 8

Et enfin, un dernier conseille la **succion non nutritive** :

« Je leur parle aussi de la succion qui peut être un moyen de enfin la succion non-nutritive qui peut être un moyen, justement, de euh enfin d'apaiser » Dr 15

Certains prodiguent des conseils liés à l'alimentation comme d'**espacer les biberons** :

« Qu'il faut espacer les prises de biberon. Qu'il y a des bébés qui ont envie de téter c'est pas forcément de la faim, donc faut arriver à distinguer euh l'envie de succion de l'envie de manger » Dr 14

Comme de veiller à la **position du bébé** à la fin du repas :

« Le garder un peu vertical à la fin des repas » Dr 5

Ou à la **réalisation du rot** :

« Souvent on leur a dit que c'était pas systématique de faire, enfin que c'était pas grave de ne pas faire de rot ; oui mais y'a des enfants il faut faire systématiquement le rot » Dr 7

Certains dispensent aussi des conseils pour mieux gérer les pleurs en proposant aux parents :

D'aller se promener avec bébé :

« Éventuellement d'aller faire une petite balade, un petit tour de voiture quand ils sentent que vraiment ça commence à y aller crescendo parce que c'est vrai que ça calme bien » Dr 16

De se détendre :

« Faut soi-même essayer d'être détendu » Dr 8

« Avoir un environnement calme » Dr 13

Mais également de se **reposer** :

« Prendre soin de soi. En fait là le gros conseil là souvent à toutes les familles là, c'est de dire, prenez soin de vous aussi en tant que parents pour être euh surtout le au début. Le plus dur ça peut être surtout le deuxième mois à passer parce qu'il y a la fatigue de l'accouchement, mais ça s'accumule après le manque de sommeil, donc là c'est important, tant pis pour le ménage » Dr 9

f. Orienter.

Certains médecins peuvent être amenés à demander l'**avis d'un pédiatre en cas de doute diagnostic** :

« Demander l'avis d'un pédiatre sur des pleurs que moi je n'arrive pas forcément à entendre, enfin à comprendre ; que j'ai mis en plus comme si c'était un RGO et que ça fonctionne pas, avant de passer par l'étape INEXIUM mais bon souvent je vais demander l'avis du pédiatre [...] je lui demande quand j'ai des doutes tout ça. Quand on est deux à regarder le dossier ça évite un d'avoir une prescription à tort et à travers d'IPP chez le jeune enfant » Dr 7

Dans un objectif de **réassurance parentale** :

« Et deux de rassurer le parent puisqu'on a vu un spécialiste, on s'est mis d'accord sur la marche à suivre » Dr 7

« Consultation pédiatrique si ça peut les rassurer d'avoir un autre avis » Dr 2

Mais aussi, pour certains, **lorsqu'ils se sentent en difficulté** :

« Si je sens que c'est compliqué et que je vais pas y arriver, je renvoie systématique enfin très régulièrement au pédiatre » Dr 10

Certains médecins ont déjà été amenés à orienter les parents vers un **psychologue** :

« Éventuellement voir une psychologue si, si, on sent qu'il y a un mauvais vécu, enfin un stress, un stress trop important par rapport à la situation oui j'hésite pas leur dire d'aller voir la psychologue pour être rassuré aussi » Dr 11

« Si le sujet est de nouveau abordé, est de nouveau compliqué, en tout cas ressenti comme compliqué par les parents, on essaye d'apporter de nouvelles solutions. Après on a aussi une psychologue dans notre équipe » Dr 12

Ou vers des **structures d'accompagnement ressources** comme la PMI ou les structures d'accueil parents – enfant :

« Des fois je les envoie vers la PMI » Dr 4

« Aller au lieu d'accueil enfants – parents ou voilà dans des, dans des endroits où ils auront d'autres expériences, d'autres vécus où ils entendront d'autres choses » Dr 13

« On peut proposer des aides à domicile, type travailleuse familiale, après, on propose aussi un accueil de l'enfant aux crèches. On a un dispositif de crèches préventives aussi pour les familles qui ont vraiment des difficultés. On a une éducatrice jeunes enfants qui peut aussi intervenir à domicile et on a des lieux d'accueil parents – enfant » Dr 12

« Sur les dépressions du post-partum avec des troubles des interactions, l'unité mère bébé [...] parce qu'il propose un accueil de la mère et de l'enfant pour analyser tout ça et de mettre en place quelque chose » Dr 3

E. Les conséquences des pleurs excessifs.

Au cours de l'entretien, nous avons demandé aux médecins s'ils pensaient qu'il pouvait y avoir des conséquences aux pleurs excessifs des nourrissons.

Un certain nombre de médecins évoquent des **troubles de l'attachement dans la relation parent – enfant** :

« Si jamais si c'est pas bien vécu de la part des parents, oui, ça peut au niveau de l'attachement à un parent, si c'est compliqué pour lui de prendre en charge son enfant » Dr 13

« Il peut y avoir un trouble de la relation qui s'installe parce que effectivement par le parent épuisé, euh ou culpabilisé euh ça peut fausser le lien [...] ça peut nuire à l'enfant, à son développement je pense affectif, si le parent est excédé, la relation est altérée » Dr 2

« Si ton enfant enfin si ton enfant il arrête pas de pleurer, moi je l'ai vu avec ma sœur avec son deuxième, tu vas pas investir la relation de la même manière, tu vas vite être agacé » Dr 7

D'autres parlent du risque de **maltraitance** :

« Pour moi la première des causes chez un parent ça va être la maltraitance, parce qu'il sait pas gérer et il peut être amené à euh soit à délaisser bébé, soit à essayer de euh de le bouger un peu rapidement... pour essayer de le calmer au maximum. Donc pour moi c'est une des premières causes de maltraitance chez les bébés » Dr 1

« Si c'est très mal vécu, alors il y a toujours le risque du syndrome du bébé secoué » Dr 13

Ou d'une **surmédicalisation** avec des consultations à répétition :

« Des consults à répétition » Dr 8

« Tout de suite, on pense que quelque chose d'anormale, quelque chose de pathologique. Alors que les statistiques sont là pour montrer l'inverse, quoi. Et donc, on surmédicalise ça » Dr 17

La **suralimentation** des nourrissons en réponse aux pleurs a également été citée :

« Suralimentation parce que souvent en fait, et c'est quasiment à coup sûr à chaque fois qu'on les interroge, on leur a redonné à manger ? Est ce qu'ils avaient encore faim ? Bah non parce que déjà ils en ont beaucoup, beaucoup, parce qu'ils ne savent pas quoi faire donc ils donnent à manger. Comme le sucre calme un petit peu l'enfant bah ça va s'arrêter 5 minutes et puis ça va recommencer » Dr 8

« Un bébé qui pleure beaucoup et finalement les gens ont tendance à leur donner à manger trop souvent » Dr 14

L'un a, quant à lui, évoqué une possible cause de **pathologies psychologiques voire psychiatriques** :

« Ça aura quand même euh développé chez l'enfant un sentiment malgré tout de euh je sais pas de de y'a quand même une souffrance psychologique et l'enfant lui par définition il sait pas ce qui lui arrive, il souffre donc ça peut par la suite certainement développer des pathologies psychologiques, psychiatriques voire des névroses euh des peut être avoir un impact sur euh sur son développement psychologique » Dr 10

F. La prévention.

Lorsque les pleurs excessifs du bébé sont évoqués lors d'une consultation ou lorsque ces pleurs constituent le motif principal de celle-ci, les médecins **ne délivrent pas forcément de prévention** relative au syndrome du bébé secoué :

« Mais c'est vrai que après parler de la maltraitance, faire de la prévention sur la maltraitance comme ça, d'emblée, sur les pleurs de nourrissons dans les premiers mois, ça a pas trop sa place comme ça au quotidien [...] c'est tellement délicat que ça fait pas partie des choses systématiques le syndrome du bébé secoué. Je crois que c'est marqué dans le carnet de santé maintenant [...] c'est assez agressif quand même hein de parler de ça d'emblée à des parents » Dr 14

« C'est pas quelque chose dont je parle spontanément » Dr 17

Dans certains cas cependant, celle-ci est faite de manière **indirecte** :

« Je dis pas qu'il faut pas le secouer. Mais qu'effectivement il faut qu'il se repose, et que oui en expliquant que c'était délétère de rester dans une situation difficile pour eux [...] dans cette idée-là quoi plutôt que de s'énerver effectivement contre lui, que l'enfant n'y pouvait rien et qu'eux non plus et que c'est comme ça. Alors oui, alors explicitement, la prévention sur le bébé secoué non peut être pas comme ça mais c'est l'arrière-pensée que j'ai, peut-être qu'il faudrait que je l'exprime davantage comme tel oui effectivement » Dr 2

A l'inverse, certains médecins pensent que c'est quelque chose qui **doit être verbalisé et expliqué** :

« Ça fait partie des choses qu'il faut dire, même si, on sent qu'il n'y a pas particulièrement danger vis à vis du bébé. Je pense qu'on a, c'est jamais trop que de le répéter » Dr 11

« Poser les mots. Même des mots durs à entendre pour les parents. Est ce que vous avez envie de le secouer parfois ? Est-ce que vous avez envie de le jeter par la fenêtre ? Est-ce que vous êtes au bout ? Est-ce que ça vous ferait du bien de le laisser, d'être soulagé ? Je pense qu'il faut poser les mots et être honnête » Dr 3

« Ça leur permet en tout cas un espace où ils peuvent en parler sans complexe et sans tabou pour justement éviter le passage les actes » Dr 12

Dans ces cas-là, les conseils dispensés par certains médecins sont identiques :

Mettre l'enfant en sécurité et le laisser pleurer :

« Je dis c'est vraiment à un moment si vous en pouvez plus vaut mieux que vous le posiez que vous alliez faire un petit tour. Dans son lit, voilà s'il a un petit lit, s'assurer qu'il a un petit lit dans lequel il est en sécurité. Vous le posez, vous allez faire un tour, vous respirez » Dr 9

« Je leur dis quand vraiment il pleure, de le laisser coucher dans son lit [...] c'est pas grave de le laisser pleurer » Dr 16

Et solliciter l'**aide de l'entourage** :

« Déléguer à une tierce personne, au deuxième parent s'il est là, à des grands parents, une personne de confiance » Dr 2

« Surtout de demander de l'aide, alors que ce soit la famille, en amis, à des professionnels. Mais de ne pas rester seul, en tout cas dans ce mal être et malaise vis à vis de son enfant » Dr 12

G. Le suivi.

En cas de tels pleurs, pour le suivi de ces nourrissons et de leurs parents, **la bonne tenue du dossier médical** apparaît pour certains comme une aide précieuse :

« Je note tout dans le dossier. Déjà pour qu'il y ait une trace, que l'on sache et surtout pour les consultations d'après, je reprends toujours ma dernière consultation pour voir ce qui s'était passé et pour faire un rappel » Dr 1

Les solutions proposées par les médecins pour suivre et accompagner ces parents consistent également à **laisser une porte ouverte**, qui peut permettre aux parents de reconsulter s'ils en ressentent le besoin :

« En leur disant qu'on est toujours présent, qu'ils peuvent venir euh régulièrement si y'a besoin », « Leur dire qu'on est dispo », « Il faut être là derrière pour les aider » Dr 1

« J'avais lu que c'était important de le faire pour désamorcer quoi pour euh justement ouvrir une porte pour justement dans ces moments où la fatigue fait qu'effectivement il peut y avoir un passage à l'acte s'ils sont vraiment à bout [...] avec un accompagnement bien sûr, selon là où on en est dans le curseur de se dire qu'il y a un risque avec un parent qui est à bout, on ne va pas faire que ça. On va les accompagner, on va mettre en œuvre euh... faut pas les laisser tout seul » Dr 9

Ou à reprogrammer d'emblée une nouvelle consultation :

« On peut faire une pesée toutes les semaines pour avoir rien que le lien quoi, être là, accompagner en fait, soutenir » Dr 9

« Je propose de les revoir euh très, très vite quoi, dans une semaine [...] je pense que le fait de voir une deadline, enfin sans se dire qu'ils sont partis pour 1 mois ou 3 mois sans nouvel avis des et ben des fois je trouve qu'il sont euh que c'est plus acceptable, qu'ils sont mieux » Dr 15

Certains médecins proposent également la réalisation de **visite à domicile de la puéricultrice** avec l'appui de la PMI :

« Les sages femmes, les infirmières de PMI peuvent parfois passer et les aider à trouver leurs marques » Dr 3

« Ça peut être proposé que la puéricultrice vienne à la maison pour voir un peu comment ils sont organisés, comment ça se passe euh c'est euh oui, qu'ils appellent la puéricultrice de PMI » Dr 13

H. Stratégies de communications des médecins dans la prise en charge.

a. La réassurance au premier plan.

La réassurance des parents apparaît comme étant au premier plan dans la prise en charge des pleurs excessifs du nourrisson par presque tous les médecins interrogés :

« Conseils de réassurance » Dr 2

« Je leur explique ce que c'est commun, je vais essayer de les déculpabiliser » Dr 5

Que cette réassurance concerne **l'origine des pleurs** :

« Les rassurer, leur dire que voilà c'est très fréquent les bébés qui ont des pleurs, ça augmente les premières semaines, y'a un paroxysme au bout de voilà le premier, entre le premier et le deuxième mois, et puis voilà après en général ça va se calmer vers 5-6 mois après ça sera enfin voilà, c'est normal » Dr 9

« Je les rassure beaucoup par l'examen, je commente tout mon examen clinique en disant bah ca c'est bien, vous voyez votre enfant il est tonique, il sourit, il a une belle coloration, il respire bien, il euh il interagit. Et finalement en reprenant avec eux euh voilà tout est bien. » Dr 8

Ou leur **comportement vis-à-vis de leur enfant** :

« Les rassurer dans leurs compétences parentales [...] On s'appuie sur tout ce qui est positif dans ce qu'ils ont fait auprès de leurs enfants pour les soutenir dans leurs compétences parentales » Dr 12

« Rassurer la maman, lui dire qu'elle est une bonne mère, ça va s'arrêter là. Dire qu'ils font ce qu'il faut et que oui c'est compliqué les premiers mois pour un nourrisson, oui parfois on comprend pas mais que si ils ont vérifié tout ça déjà on est sur la bonne ligne, enfin couche propre, est ce qu'il a mangé assez, est ce que voilà » Dr 7

b. Attitude empathique.

Certains médecins font preuve d'empathie en étant capable de **se mettre à la place des parents** :

« Je me mets assez facilement je pense à leur place » Dr 7

« Ressentir aussi un peu ce que peuvent ressentir les parents, je pense comme euh face à des pleurs du nourrisson » Dr 16

Ou en étant à **l'écoute** des parents :

« On écoute vraiment leur ressenti des pleurs de leur enfant » Dr 12

« Y'a aussi la sensation d'être entendu. J'ai pris en compte votre demande » Dr 7

Ce sont des médecins qui estiment **prendre le temps** qu'il faut en consultation :

« C'est des consultations qui prennent du temps mais j'essaye de prendre le temps » Dr 2

« Un grand temps d'échanges aussi avec les parents » Dr 12

Alors que d'autres évoquent également l'importance de **ne pas être dans le jugement** :

« La consultation sur la maternité et les premiers mois c'est un lieu où faut que la maman puisse dire ce qu'elle pense sans avoir peur du regard de l'autre. Donc ça si elle arrive à s'exprimer sans avoir peur de moi, de mon regard entre guillemet, qu'elle sente que c'est un endroit où elle peut parler de tout, même quand l'enfant il sera plus grand, même si... bah je pense que c'est bon, j'ai fait mon taf et je suis satisfaite ; c'est plutôt ça » Dr 7

« Un espace où ils peuvent en parler sans complexe et sans tabou » Dr 12

« Il faut respecter, j'accompagne juste » Dr 9

c. Donner une explication.

Certains médecins s'attachent à **expliquer la physiopathologie** aux parents :

« On montre la courbe physiologique des pleurs avec les quanti.. enfin la quantité habituelle, si on peut dire ça comme ça, de pleurs d'un nourrisson en fonction de son âge. Et que dire, et qu'on explique aux parents qu'il y a des bébés qui pleurent un peu moins des bébés qui pleurent un peu plus et que c'est physiologique, finalement. Et qu'est ce qui est important, c'est de leur apporter une réponse » Dr 12

« Ma prise en charge, oui, elle se base sur euh sur justement, ce phénomène d'explication de ce qu'est le pleur physiologique du petit nourrisson jusqu'à deux mois et demi, trois mois. Comment ça fonctionne ? Pourquoi ils font ça ? Et une fois qu'ils ont entendu, et puis des fois, je leur fais le petit schéma. Et puis ils voient qu'effectivement, vous avez raison, il pleurerait pas, et puis là il se met à pleurer. Et puis, là ça n'augmente pas. Mais là, il se rajoute le sommeil éveil agité, donc je leur explique ça à la consultation. Et puis, quand les parents connaissent un petit peu comment ça va évoluer, bah ils s'en inquiètent pas du tout. » Dr 17

Quitte à **répéter le message** lors des consultations suivantes :

« Le levier, c'est aussi de répéter le message de prévention et de rester surtout attentif aux parents. Parce que certains peuvent ne pas être disponibles au moment où nous on en reparle. Après, ça peut venir plus tard, au fur et à mesure de l'évolution de leur bébé, leur relation à leur bébé, donc euh je pense que c'est rester vigilant, en tout cas, ou aux à ce que peuvent nous dire les parents ou faire passer les parents au moment des consultations. » Dr 12

d. Prise en charge globale.

L'approche globale avec la prise en compte du **modèle bio psycho social et environnemental** a été citée par certains médecins :

« Les gens ont peut-être besoin d'être pris dans vraiment une globalité quoi. Et puis je pense que nous avec euh dans la prime enfance c'est essentiel. Parce qu'on est vraiment en face d'un petit bébé, mais c'est avec ses parents, son entourage familial, c'est tout qui revient quoi : L'enfance des parents, comment sont eux même dans leur famille » Dr 9

« Prise en charge globale en fait, ça peut être ça peut être physique, ça peut être social, ça peut être ou autre chose » Dr 11

« Essayer de les prendre en charge de manière globale, une fois qu'on a éliminé le problème médical pour essayer de se rendre compte un peu comment ça se passe au domicile » « Voire est-ce qu'il y a pas euh de violence intrafamiliale ? Est ce qu'il y'a pas de précarité qui fait qu'ils ont d'autres préoccupations qu'ils ne peuvent pas être centrés sur leur bébé ? Qu'est-ce que, est-ce qu'il y'a pas une autre explication quoi ? » Dr 13

L'un des médecins souligne l'importance de la **décision partagée** :

« J'ai tendance à faire une décision partagée, donc après chaque consultation de toute façon je demande aux gens s'ils sont, si c'est OK pour eux ma prise en charge, si ça leur va » Dr 5

Un autre cite la **relation de confiance** comme primordiale :

« Il faut avoir créé quand même une relation de confiance » Dr 9

e. Se remettre en question.

Certains médecins évoquent par ailleurs leur capacité à **se remettre en question** dans leur prise en charge :

« Je pense qu'il faut se remettre en question de toute façon, à chaque consultation, faut partir un peu de zéro [...] il faut toujours être un peu en alerte et attentif pour pas passer à côté de quelque chose quelle que soit l'étiologie » Dr 11

« Après si j'ai le moindre doute, je n'hésite pas à demander un deuxième avis, soit à ma collègue si elle est là, soit à un pédiatre si parce que j'estime qu'on n'a pas la science infuse » Dr 8

I. Les connaissances des médecins.

a. La formation.

Les médecins basent en général leur prise en charge sur les connaissances acquises au cours de leur **formation initiale** :

« La formation initiale » Dr 15

« Sur la formation que j'ai pu avoir quand j'ai fait la pédiatrie » Dr 1

Alors que certains ont des **formations complémentaires** :

« On en a eu une dans le cadre de notre FMC [...] très axée sur les pleurs » Dr 6

« Le DUI de médecin général de l'enfant [...] on a eu toute une matinée avec un pédiatre lyonnais justement sur le thème du pleur des nourrissons, c'est-à-dire que on a abordé tous les soucis, on a eu des ateliers de mise en situation par rapport à nos pratiques pour voir un peu ce qui était faisable, comment on avait l'habitude de gérer les trucs, et après on a eu tout un petit topo de conseil à donner aux parents » Dr 3

D'autres encore s'appuient sur la **lecture des recommandations** :

« J'essaye de suivre les recommandations [...] ça c'est essentiel » Dr 9

« Dans les pleurs inexplicables je crois qu'il y a beaucoup la réassurance dans les recommandations je suis pas sûre qu'il y ait grand-chose de plus, enfin juste vérifier qu'il n'y ait pas de truc somatique mais je.. De mémoire je... Je les ai lu il y a 2 ou 3 ans mais ce que j'en ai retenu c'est ça, déjà rassurer les parents, vérifier qu'il n'y ait rien d'autre en dessous on ne sait jamais et euh puis les mesures associées » Dr 7

« Je me rappelle d'un article que j'ai lu dans Prescrire Pleurs inexplicables du nourrisson ça s'appelait » Dr 13

b. L'expérience professionnelle.

L'**expérience professionnelle** est aussi au cœur de la pratique de ces médecins.

« C'est plus de la formation personnelle sur le terrain » Dr 15

Ainsi, certains sont capables de mettre en évidence l'**évolution de leur pratique depuis le début de carrière** :

« Quand on commence, c'est un motif d'énorme stress. On est assez démuni vis à vis, vis à vis de cette question-là [...] Parce que jeune pédiatre, jeune médecin ; en en discutant avec des collègues, c'est la question qui fait flipper. Comment gérer ça ? Parce que tout de suite, on médicalise, plus on est jeune, plus on va médicaliser. Mais voilà, quand on connaît bien le rythme de ces pleurs-là, en les expliquant à l'avance, on désamorçe énormément de choses. » Dr 17

« Là avec l'âge, j'ai plus trop de difficultés » Dr 14

c. L'expérience personnelle.

Les médecins estiment de plus que leur expérience personnelle en tant que parents leur a permis de **mieux comprendre les parents** de ces nourrissons :

« L'expérience en tant que maman est aussi importante surtout que ma dernière a passé une période où elle pleurait beaucoup et je sais que c'est compliqué. Quand on est tout seul à la maison avec bébé qui pleure euh et on sait pas pourquoi... sachant qu'il a mangé, il est propre et que tout va bien c'est compliqué. On laisse pleurer ? On laisse pas pleurer ? On va faire un tour ? On va pas faire un tour ? On fait quoi ? C'est pas toujours évident. Donc ouais ça aide aussi d'avoir un vécu, d'avoir vécu ça » Dr 1

« En tant que parent, ça permet de comprendre ce que c'est que des pleurs d'un nourrisson. Quand on n'a pas expérimenté, en fait, on peut en parler, mais on ne peut pas euh c'est plus difficile de percevoir vraiment ce que ça va être. Après, quand on l'a vécu en situation réelle, c'est sûr qu'on se rend compte que des pleurs d'un bébé, ça peut être, ça peut être pénible quand on n'a pas de solution à apporter pour apaiser son enfant » Dr 12

« Oui y'a une grosse part d'expérience personnelle » Dr 3

J. Les difficultés ressenties au cours de la prise en charge.

Même si la plupart des médecins se sentent à priori plutôt à l'**aise** avec ce type de consultations :

« De prime abord, c'est pas quelque chose qui me paraît compliqué » Dr 1

« Je suis plutôt à l'aise » Dr 7

Certains, en poussant l'entretien, mettent en avant quelques difficultés.

Au centre de ces difficultés et majoritairement, on trouve l'**incertitude diagnostique** :

« Y'a toujours des incertitudes, des choses qu'on n'a peut-être pas explorées » Dr 2

Et la crainte de **ne pas déceler une origine somatique** aux pleurs :

« Peur d'oublier, de passer à côté de quelque chose » Dr 4

« La difficulté elle est juste quand des fois je sur les pleurs je me dis j'espère que derrière y'a pas, si je pars sur des pleurs qui sont euh soit plutôt une intolérance aux pleurs en fait du parent, c'est toujours de dire d'être sûr si vraiment euh on va vers le fait que c'est le bébé qui pleure, c'est normal, d'être sûr de ne pas passer à côté d'une organicité quoi » Dr 9

Cette incertitude diagnostique est, de ce fait, source de **remise en question** :

« Je suis encore en remise en question permanente » Dr 9

Une partie des médecins ressentent également des difficultés à gérer ce type de consultations **quand elles se répètent** :

« En difficulté des fois, quand vraiment ça revient souvent » Dr 4

« Si y'a des demandes à répétitions de la part des parents et que d'un point de vue clinique je trouve rien, oui je vais me sentir moins à l'aise » Dr 1

Ces consultations récurrentes les amènent à **s'interroger sur leur capacité à rassurer les parents** :

« Le fait que ce soit récurrent et que j'arrive pas à réassurer les parents et que je n'arrive pas à leur apporter une solution » Dr 1

« Quand la situation elle est pérenne depuis longtemps, que c'est vraiment euh engrainée bah je pense que j'arrive pas à les rassurer, surtout quand on voit que le bébé enfin d'un côté professionnel, on voit que le bébé va bien et que c'est juste des pleurs du soir et qu'ils n'arrivent pas en fait à voir parce qu'ils sont fatigués, parce que c'est leur bébé. C'est là où je pense, j'arrive pas » Dr 15

En parallèle, certains médecins rapportent aussi des **difficultés à communiquer** avec certains parents, qui ne semblent pas **comprendre les explications données** :

« Quand on a des parents qui sont pas sensibles aux messages qu'on souhaite faire passer » Dr 12

Et / ou adhérer à la **prise en charge proposée** :

« Mes difficultés c'est justement en fait euh comme enfin j'aime pas prescrire des médicaments chez un nouveau-né et quand la demande en face est de prescrire un médicament chez un nouveau-né, ça peut être ma difficulté » Dr 7

Enfin, un dernier évoque des difficultés lors des **prises en charge complexes socio-environnementales** :

« C'est peut-être plus ça qui pourrait nous mettre en difficulté, arriver à faire une prise en charge adaptée, justement et puis l'acceptation du parent justement, si on sent que c'est plus d'origine sociale et comportementale quoi » Dr 11

K. Recueil de l'avis concernant une campagne d'information et de prévention.

Avant de clôturer les entretiens, nous avons demandé aux médecins ce qu'ils penseraient d'une campagne d'information et de prévention concernant les pleurs excessifs des nourrissons.

La grande partie des médecins y est favorable, notamment au travers une campagne à **destination des parents**, en période prénatale ou à la maternité :

« Oui, je pense que ce serait euh parce qu'ils sont souvent très surpris de cette apparition de pleurs » Dr 15

« On en a échangé avec les sages femmes, l'équipe de sages femmes de PMI, hum à réfléchir à comment faire cette prévention déjà en prénatal en fait ou au moins aborder les pleurs du nourrisson en prénatal. Alors c'est vrai que les sujets abordés en prénatal il sont aussi extrêmement nombreux et que, qu'il faut du temps pour que le message y soit entendu il faut qui soit plus clair, donc euh, mais peut être que déjà l'aborder voilà en prénatal et d'en reparler après une fois l'enfant arrivé, ça me semble important. Il faudrait que ce soit beaucoup plus systématique que ça ne l'est quoi » Dr 12

« Ça serait bien. De toute façon je pense que la prévention, alors surtout auprès des patients, parce que je trouve que en règle générale, que soit les pleurs de l'enfant et tout, on sent une surconsommation du fait de choses je sais pas qui ne sont pas... où les gens paniquent vite je trouve. Enfin panique vite et euh il pleure on consulte tout de suite, on n'a pas forcément observé, et puis sur les choses aussi qui peuvent être des signes d'alerte » Dr 8

Mais aussi, en diffusant une information à destination des professionnels de santé :

« Bénéfique forcément, toute formation supplémentaire euh est bénéfique pour nous. Ça fait partie de notre job d'être formé en permanence » Dr 1

« Donc dans la campagne qu'est-ce que c'est des pleurs, bah c'est expliquer aussi que c'est des pleurs et puis, vers qui on peut, on peut se tourner quand on est généraliste à son cabinet tout seul et qu'on a des parents qui nous disent ils pleurent beaucoup » Dr 13

Certains autres cependant n'y sont pas forcément favorables :

« A mon avis, ça n'a pas trop d'intérêt » Dr 6

« Je pense que c'est à nous en tant que professionnels de santé de la petite enfance d'être vigilant et de l'aborder » Dr 3

Evoquant même la trop grande complexité de ce sujet :

« Il y a tellement de, tellement de causes et c'est tellement euh tout dépend vraiment de la, d'une situation particulière. Après, on peut donner des choses très générales hein mais je crois que les. Bah c'est toujours bien, c'est toujours bien d'être informé, mais euh c'est quand même, c'est quand même tout un contexte. Donc, c'est un peu le problème [...] Après, je crois que c'est, c'est, les pleurs, c'est tellement compliqué que c'est un peu au-delà d'un conseil » Dr 14

IV. Discussion

1. Résumé des principaux résultats.

À travers notre étude, nous avons constaté que les médecins, face aux pleurs du nourrisson, tentent d'une part d'exclure une cause organique via leur interrogatoire et leur examen clinique et, d'autre part, d'évaluer le ressenti des parents face aux pleurs de leur enfant.

Concernant leur prise en charge, un certain nombre de médecins a tendance à prescrire des médicaments non validés que ce soit pour un traitement d'épreuve, un traitement à visée placebo ou un traitement orienté par une hypothèse organique principalement autour de la sphère digestive.

Cette prise en charge est accompagnée de conseils centrés sur des conduites de maternage comme le portage ou les massages. La prévention du syndrome du bébé secoué n'est pas faite de manière systématique car jugée parfois brutale ou inappropriée. Quand elle est réalisée, il est conseillé aux parents de mettre si besoin l'enfant en sécurité, de la laisser pleurer et de solliciter l'aide de l'entourage.

Malgré la formation initiale reçue, certains mettent l'accent sur leurs expériences personnelles et professionnelles qui agissent comme des aides précieuses lors de cette prise en charge.

2. Validité Interne.

A. Force de l'étude.

a. Le sujet de l'étude.

Le médecin généraliste et pédiatre sont des interlocuteurs privilégiés des parents dans les premiers mois de vie du nourrisson. La plupart des médecins interrogés notent que les pleurs inexplicables sont un motif fréquent de consultation lors de cette période et peuvent être source d'une grande inquiétude chez les parents.

Ainsi, étudier la prise en charge des pleurs des nourrissons par les professionnels de santé permet d'en apprendre plus sur leurs connaissances et d'appréhender les difficultés qu'ils rencontrent de cette problématique fréquente.

Cette étude sera enrichie par le travail de Madame Justine Martin, réalisé en parallèle, explorant les connaissances parentales actuelles face aux pleurs de leurs nourrissons et cherchant à établir un état des lieux des échanges, à ce sujet, entre jeunes parents et professionnels de santé.

L'objectif de ces travaux parallèles est essentiellement d'essayer de comprendre dans quelles circonstances, par qui et comment le sujet est abordé.

b. Recueil des données.

Les entretiens ont été menés par deux enquêtrices différentes. Cela a permis d'acquérir une diversité dans l'approche des médecins, dans la manière de réaliser les entretiens et d'enrichir le contenu des réponses apportées. Pour autant, ces entretiens ont toujours été réalisés avec l'appui d'un guide d'entretien similaire, permettant dans ces conditions, d'assurer une certaine reproductibilité des entretiens en conservant le style semi-dirigé de ceux-ci.

De plus, les deux enquêtrices ayant effectué les entretiens dans des départements différents (la Vienne et la Charente Maritime), l'étude peut être qualifiée d'étude multicentrique.

B. Faiblesses de l'étude.

a. Le recrutement.

Dans un premier temps, la méthode de disponibilité ou convenance a été utilisée pour le recrutement. De ce fait, les médecins étant pour certains connus de l'enquêtrice, cela peut constituer un biais de censure. En effet dans ce cas, certains médecins peuvent, par peur de jugement, limiter ou tronquer les réponses aux questions.

Dans un deuxième temps, la méthode de « proche en proche » a été utilisée afin de maximiser l'acceptation des entretiens. Cette méthode, en s'orientant vers des médecins dont les caractéristiques sont proches ou identiques, peut être à l'origine d'un manque de diversité.

Ces deux méthodes de recrutement, sans sélection aléatoire ou randomisation de la population interrogée, peuvent créer un biais de sélection.

Enfin, pour solliciter puis obtenir un entretien auprès d'un nouveau médecin, une présentation succincte du sujet était réalisée. Connaître l'objet de l'étude en amont de celle-ci a pu occasionner un biais dans la motivation des médecins à participer à l'étude.

Parmi les 17 médecins interrogés, 82% étaient des femmes ; ce qui ne correspond pas à la proportion de femmes médecins exerçant en Poitou-Charentes. En effet, selon les chiffres 2021 de l'ordre des médecins, la proportion de femmes sur l'ensemble des médecins en activité régulière est de 46,7% pour la Charente maritime et de 51,1% pour la Vienne.

Diverses raisons peuvent expliquer cet état de fait : Les médecins femmes interrogées nous ont plutôt orientés vers une consœur pour la réalisation d'un entretien supplémentaire ; les femmes ont peut-être tendance à être plus sensibles et intéressées au sujet de l'étude et par conséquent, ont répondu plus favorablement à nos demandes de participation ; les nourrissons ont peut-être aussi plus tendance à être suivis par des médecins femmes bien qu'aucune référence bibliographique n'ait été retrouvée dans ce sens.

b. Le recueil des données.

Les entretiens ont été réalisés dans des cadres différents, en fonction du choix des médecins interviewés.

Certains entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin, sur les heures de consultation. De manière involontaire, cela a pu dans certains cas avoir raccourci l'entretien pour ne pas occasionner de retard sur les consultations programmées à la suite de celui-ci.

Certains autres ont été réalisés en visioconférence, principalement pour des raisons de disponibilité. Cette pratique permet de conserver la dimension non verbale mais peut parfois donner un sentiment de distance au cours de l'entretien, moins propice à priori à une relation de confiance. Pour autant, il n'y a eu ni problème technique notable, ni problématique et coupure réseau : la vidéo était de bonne qualité permettant un enregistrement audio tout à fait correct.

Enfin, quelques entretiens avec les médecins connus de l'enquêtrice ont été réalisés au domicile du médecin. Cela a pu favoriser le climat de confiance et ainsi aider aux confidences.

c. L'analyse.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo, référence dans l'analyse qualitative afin d'optimiser les données récoltées au cours des entretiens.

L'enquêtrice étant concernée et au fait du sujet des entretiens, un biais d'interprétation des propos des médecins est toujours possible. Ce risque de biais a été limité par la triangulation des données, avec une analyse parallèle d'une part par la directrice de thèse pour 2 des entretiens et d'autre part par la deuxième enquêtrice, familiarisée avec l'analyse qualitative, pour 4 autres entretiens.

3. Validité externe.

A. La définition des pleurs excessifs des nourrissons

Bien que ce soit un motif récurrent de consultation, les médecins rencontrent des difficultés à donner une définition précise des pleurs excessifs ou inexplicables chez les nourrissons. La durée des pleurs, l'absence d'étiologie, le caractère inconsolable ou le ressenti des parents sont autant de caractéristiques pouvant les définir.

Une définition unique n'existe pas non plus dans les données de la littérature et il existe également divers axes et définitions à travers lesquels les pleurs excessifs ou inexplicables des nourrissons sont exprimés (1) (5) (6) (10).

Ce manque de définition très concrète contribue à donner l'impression d'une entité floue, difficilement caractérisable.

B. Le déroulement de la consultation

À travers l'interrogatoire, les professionnels de santé interrogés cherchent d'abord et surtout, comme cela est recommandé, à exclure une origine somatique ou une pathologie organique qui pourrait entraîner ces pleurs.

En parallèle, peu de médecins ont évoqué la courbe des pleurs physiologiques des nourrissons ou simplement le fait que les pleurs puissent être physiologiques.

Ces constatations se retrouvent dans une étude menée auprès de médecins généralistes dans le Limousin en 2021 (32). La courbe normale des pleurs était alors connue par seulement 12% des médecins et seuls 30% d'entre eux savaient que les pleurs des premiers mois sont à la fois inattendus mais aussi que les crises peuvent débuter et finir sans raison apparente.

De plus, on constate également que la consultation est, le plus souvent, très axée sur l'alimentation et l'appareil digestif, ce qui renforce l'idée d'une étiologie gastro-intestinale des troubles.

La recherche étiologique prend une place primordiale alors que les données épidémiologiques nous montrent que les pleurs liés à une origine somatique touchent moins de 5% des nourrissons. Dans ce sens, plusieurs articles alertent sur le surdiagnostic de reflux devant des symptômes non spécifiques, notamment dans les situations dites de reflux atypiques, sans aucune preuve de sa responsabilité (26)(27)(28).

C. La prise en charge

Concernant leur prise en charge, un certain nombre de médecins a tendance à prescrire des médicaments non validés dans cette situation que ce soit pour un traitement d'épreuve, pour un traitement à visée placebo ou pour un traitement orienté par une hypothèse organique autour de la sphère digestive principalement. Dans l'étude citée précédemment, menée auprès des médecins généralistes limousin (32), seuls 30% des médecins interrogés ne prescrivent pas de traitement médicamenteux face aux pleurs des nourrissons, alors même qu'aucune cause n'émerge de l'examen clinique.

Il existe alors un risque de surprescription pouvant entraîner des conséquences diverses. Selon le Dr Mouterde, gastropédiatre au CHU de Rouen, « poser à tort ce diagnostic a des conséquences sur les familles et les médecins qui ont alors tendance à l'accuser ensuite de tous les maux et cherchent à le traiter indûment » (25). Cela contribue à multiplier inutilement les prescriptions médicamenteuses, qui peuvent ensuite être responsables d'effets secondaires.

Cette prise en charge est néanmoins et le plus souvent accompagnée de conseils, conformément aux recommandations, et centrés sur les conduites de maternage comme par exemple le portage ou les massages.

Une étude menée en 2018 « Colique du nourrisson : élaboration d'une fiche conseil pour les parents » a permis de regrouper les conseils pratiques à délivrer aux parents (23). Basée sur

la méthode de consensus Delphi, elle a mutualisé les connaissances et les expériences de médecins généralistes et pédiatres, libéraux ou exerçant en PMI, en France métropolitaine. L'étude a pu mettre en évidence 24 conseils non médicamenteux simples, tirés de l'expérience des participants. La fiche obtenue était ainsi destinée à être distribuée aux parents en complément des conseils oraux donnés par le médecin. Ce moyen peut-être une excellente manière d'appuyer son discours et de renforcer le message délivré.

D. La prévention

Dans notre étude, les médecins confient ne pas réaliser de manière systématique de prévention du syndrome du bébé secoué comme cela est recommandé par la HAS (7). Ils expliquent cela par le fait que parler de maltraitance ou de bébé secoué leur semble brutal voire parfois inapproprié.

Ce sujet a pourtant fait l'objet d'une nouvelle campagne de prévention appelé « Stop bébé secoué », lancé en janvier 2022 au CHU de Lille par le secrétaire d'Etat en charge de l'enfance et des familles (29). L'objectif étant d'informer des risques à travers un message choc : « Chaque jour en France, un bébé est victime du syndrome du bébé secoué. Dans un cas sur dix, il va mourir. S'il survit, il gardera de graves séquelles ». Cette campagne s'inscrit dans le cadre du dispositif « 1000 premiers jours de l'enfant » qui met également à disposition des professionnels de santé un support (affiche, dépliants, site internet) pour informer les parents.

À une échelle régionale, un clip vidéo similaire avait été produit en 2017 par le département de la Vendée intitulé « Je pleure donc je suis » (31).

Ces deux campagnes interpellent et amènent à se mettre à la place du parent en s'appuyant sur les émotions qu'il peut ressentir. Elles visent à faire en sorte que les parents démunis puissent solliciter l'aide de leur entourage ou l'aide des professionnels de santé.

E. Les stratégies de communication des médecins dans la prise en charge

La réassurance apparaît comme centrale dans la quasi-totalité des entretiens. Elle s'attache à redonner confiance aux parents. Cette réassurance se retrouve dans les recommandations de la littérature. La Société française de pédiatrie, dans une plaquette à destination des parents, utilise dans son paragraphe *Prise en charge* les termes suivants : « aucune inquiétude », « normal », « vous n'êtes ni responsable ni coupable ». Ces mots déculpabilisants prennent tout leur sens dans ce registre.

La notion d'empathie se détache également lors des entretiens. Les attitudes d'écoute et particulièrement l'attitude empathique sont des concepts décrits par le psychologue Elias Porter (35). Dans cette étude, et même si les médecins ont initialement une attitude d'investigation – enquête au cours de la consultation ; ils ont exprimé l'importance de pouvoir se mettre à la place des parents, de les comprendre et de ne pas les juger. En pratique, ce

cadre empathique a montré de nombreux bénéfices : satisfaction des patients, augmentation de la qualité du recueil sémiologique et de l'acuité diagnostique du médecin, meilleure alliance thérapeutique, elle-même conditionnant vraisemblablement l'adhésion et l'efficacité thérapeutique, diminution des risques médico-légaux et des dépenses d'examens de santé (30).

La prise en charge globale fait également partie des fondements exprimés au cours des entretiens. Grand principe de médecine générale faisant partie de la marguerite des compétences, elle permet aux médecins de prendre en charge les situations complexes où s'interfèrent le champ médical pur avec l'environnement psycho-social du patient et du médecin (36).

Les médecins adoptent donc principalement une attitude et une approche mettant le parent au centre de la prise en charge. Cette approche « centrée patient » permet probablement aux médecins d'optimiser la prise en charge. Il serait intéressant de connaître le point de vue des parents devant ce type d'attitude.

F. Les connaissances des médecins

Malgré la formation initiale reçue, certains mettent l'accent sur leurs expériences personnelles et professionnelles et les définissent comme des aides précieuses lors de cette prise en charge.

On retrouve des résultats similaires dans une recherche intitulée « Les pleurs du nourrisson de 0 à 3 mois : effet du mode d'alimentation et prise en charge du médecin généraliste » menée en 2016 (10). En effet, environ 1/3 des médecins interrogés rapportent que leur expérience personnelle et professionnelle est une source d'informations sur les pleurs des nourrissons.

Une des hypothèses pourrait résider dans le fait que grâce à leurs expériences, les médecins ont acquis une meilleure gestion de l'incertitude diagnostique. Méconnaître une origine somatique et l'incertitude diagnostique font partie des principales difficultés évoquées par les médecins au cours des entretiens.

Cette relation avait été mise en évidence dans un travail de thèse intitulé « Gestion de l'incertitude en médecine générale » (33), dans lequel on retrouvait effectivement le rôle important joué par l'expérience comme facteur limitant de l'incertitude diagnostique en médecine générale.

G. Les perspectives d'améliorations.

A travers la réalisation des entretiens, nous pouvons dégager quelques axes pour permettre d'améliorer la prise en charge ambulatoire des pleurs excessifs des nourrissons.

Dans un premier temps, il semble essentiel de rappeler aux parents le caractère physiologique des pleurs des nourrissons. Cette information peut s'appuyer sur la courbe normale des pleurs des nourrissons afin d'ajouter un support visuel aux paroles. Le fait de donner une explication permettrait de participer à la réassurance parentale.

Dans l'objectif de rassurer les parents, la prise en charge devrait être centrée sur la dispensation de conseils notamment les conseils de maternage. La prescription de médicaments peut au contraire avoir un effet anxiogène en cas de persistance des pleurs. Ceux-ci seraient alors mis en lien avec l'inefficacité du traitement et viendraient renforcer le côté pathologique des pleurs.

Cette prise en charge doit également être accompagnée d'une prévention du syndrome du bébé secoué ; ce qui n'est, aujourd'hui, pas systématique. En parler et aborder les choses en consultation permettrait en effet de déculpabiliser les parents et de lever l'aspect tabou. Et même si les carnets de santé contiennent désormais des informations à ce sujet (34), c'est un sujet toujours d'actualité, en témoigne la récente campagne de prévention lancée.

La principale difficulté évoquée lors des entretiens est l'incertitude diagnostique et le fait de ne pas mettre en évidence une origine somatique. Les consultations à répétitions augmentent cette difficulté puisque, à chacune d'être elles, le médecin est à nouveau confronté à cette même incertitude. En parallèle, et dans le but de renforcer leurs connaissances, les médecins sont pour la plupart favorables à la mise en place d'une campagne d'information et de prévention concernant les pleurs des nourrissons. Ainsi, une formation spécifique sur ce phénomène permettrait aux médecins d'améliorer encore leur prise en charge.

V. Conclusion

Les pleurs des nourrissons, bien que principalement de nature physiologique, sont une source d'inquiétude parentale à l'origine d'un nombre élevé de consultations médicales.

Notre étude nous a permis de faire un état des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant les pleurs des nourrissons et d'apprécier la prise en charge et la prévention réalisées lors de ces consultations. Ainsi, même si la recherche étiologique et l'examen clinique sont assez complets, les médecins interrogés ont tendance à méconnaître la physiologie des pleurs et à privilégier leur médicalisation. De plus, malgré les conduites de maternage largement conseillées, la prévention du syndrome du bébé secoué n'est pas du tout systématique.

Ce travail a permis également de repérer les difficultés de prise en charge des médecins face aux pleurs des nourrissons et ainsi dégager quelques pistes d'amélioration. Celles-ci reposent sur l'intérêt de développer non seulement, la formation des médecins à ce sujet mais aussi les informations destinées aux parents. Cela permettrait de diminuer, chez les médecins, la prise de décision dans l'incertitude, mais aussi en renforçant leurs connaissances de limiter l'inquiétude des parents face à ces situations.

VI. Bibliographie

- (1) Foucaud P, De Truchis A, Pleurs excessifs du nourrisson. Elsevier Masson. Service de Pédiatrie Néonatalogie, Centre Hospitalier de Versailles. 2008.
- (2) Ammouche M. Les coliques du nourrisson. Egora. 2015 ; 74 : 19.
- (3) Valleteau de Moulliac J. Pleurs « excessifs » ou coliques du nourrisson. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 2018 ; 31 : 252-53.
- (4) Cynthia A. Stifter, Ph.D., Penina Backer, BS, MA. Impacts des pleurs sur le développement psychosocial de l'enfant. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. CEDJE. 2017 ; 7-14.
- (5) Barr RG. Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants, Devenir. 2010; 22 (2): 163-74.
- (6) Dieter Wolke, Ayten Bilgin, et Muthanna Samara, Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants », *The Journal of Pediatrics*. 2017; 185: 55-61.
- (7) Recommandation de bonne pratique Syndrome du bébé decoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement, Haute Autorité de santé, SOFMER, 2017, 46.
- (8) Bellaïche et Al, Coliques du nourrisson, Fiche de recommandation ou d'information, *G.F.H.G.N.P.* 2018.
- (9) Bellaïche M. Pleurs « excessifs » du nourrisson : explorer ou rassurer ? Compte rendu du 2e congrès ECHANGE (Echange de Consensus Hôpital-Ambulatoire en Nutrition, Gastro-entérologie et hépatologie) organisé par le Groupe francophone d'hépatogastroentérologie et nutrition pédiatriques (GFHGNP) en novembre 2016. *Médecine et enfance*. 2017 ; 74-77.
- (10) Vidrequin C, Les pleurs du nourrisson de 0 à 3 mois : Effet du mode d'alimentation, et prise en charge du Médecin Généraliste. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Lille. 2016. 96p.
- (11) Gremmo - Feger G, Un autre regard sur les pleurs du nourrisson, Conférence du 15ème Congrès National de Pédiatrie Ambulatoire. 2007.
- (12) Barr RG et al., Crying in !Kung San Infants: A Test of the Cultural Specificity Hypothesis , *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1991; 33 (7): 601-10.

- (13) Barr R. G. et al., Crying Patterns in Preterm Infants, *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1996 ; 38 (4) : 345-55.
- (14) Pleurs prolongés et inexplicables des nourrissons, évaluer le besoin de soutien des parents dans une période délicate mais temporaire. *Rev Prescrire* 2016 ; 36 (393) : 515-520.
- (15) Pleurs prolongés et inexplicables des nourrissons, l'essentiel sur les soins de premier choix. *Rev Prescrire* (2021).
- (16) Paget LM, Gilard-Pioc S, Quantin C, Cottenet J, Beltzer N. Les enfants victimes de traumatismes crâniens infligés par secouement hospitalisés : analyse exploratoire des données du PMSI. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(26-27), 533-540
- (17) Biagioli E, Tarasco V, Lingua C, Moja L, Savino F. Pain-relieving agents for infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 9. Art. No.: CD00999.
- (18) Ong TG, Gordon M, Banks SSC, Thomas MR, Akobeng AK. Probiotics to prevent infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 3. Art. No.: CD01247.
- (19) Gordon M, Biagioli E, Sorrenti M, Lingua C, Moja L, Banks SSC, Ceratto S, Savino F. Dietary modifications for infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10. Art. No.: CD01102.
- (20) Dobson D, Lucassen PLBJ, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD00479.
- (21) Calmer les pleurs de bébé, 1000 Premiers Jours - Là où tout commence (2019), <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/calmer-les-pleurs-de-bebe>.
- (22) Simonnet H, Chevignard, et Laurent-Vannier A, Conduite à tenir face aux pleurs du nourrisson, Prévention du syndrome du bébé secoué par une information aux nouveaux parents en période néonatale, *Annal of physical and rehabilitation medicine*. 2011 ; 54 (1) : 293.
- (23) Mouangvong A. Coliques du nourrisson, élaboration d'un projet de fiche-conseil destinée aux parents : enquête par méthode Delphi auprès de médecins généralistes et pédiatres. *Médecine humaine et pathologie*. 2018 ; 450 - 454.
- (24) Joussemet N. Connaissances et prévention sur les pleurs physiologiques du nourrisson et le syndrome du bébé secoué : état des lieux auprès des professionnels de santé dans les maternités de Loire Atlantique et de Vendée. 2018. 83p.

- (25) Thelliez B, Attention au surdiagnostic et surtraitement. Le quotidien du médecin : 9654, 2018
- (26) Baudon JJ. Gastroesophageal reflux in infants: myths and realities. Arch Pediatr. 2009 May;16(5):468-73.
- (27) Sean M. Bingham, Pramodha Muniyappa, Pediatric gastroesophageal reflux disease in primary care: Evaluation and care update, Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, Volume 50, Issue 5, 2020
- (28) Foucaud P, Boige N, Araujo E, Bellaiche M, Missonnier S. Gastroesophageal reflux in infants : excessive medication?. Arch Pediatr. 1998 Sep;5(9):955-7
- (29) Ministère des Solidarité et de la Santé, Stop Bébé secoué – spot de campagne, 2022.
- (30) Nau J, Empathie, pratique de la médecine et épuisement professionnel, RMS ; 2015, 469 : 838 – 839.
- (31) Département de la Vendée, Je pleure donc je suis, Vendée : AMP Interactive ; 2017.
- (32) De Ruffray – Van Den Hove A, La place du maternage proximal dans la prise en charge des pleurs prolongés du nourrisson de mois de 6 mois : enquête auprès des médecins généralistes du Limousin. Limoges : Université de Limoges ; 2021. 68p.
- (33) Pince M, Gestion de l'incertitude en médecine générale : étude quantitative en Corrèze. Limoges : Université de Limoges ; 2013. 72p.
- (34) Ministère chargé de la santé. Carnet de santé. Direction générale de la santé. 2018. 15.
- (35) Porter EH. An Introduction to Therapeutic Counseling. Houghton Mifflin ; 1950. 248 p.
- (36) Compagnon L et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer ; 2013. 24 (108) : 148 – 55.

Résumé et mots clés

Etat des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant les pleurs inexpliqués des nourrissons de 0 à 4 mois : Etude qualitative sur un échantillon de médecins de La Vienne et de Charentes Maritime.

Introduction : Les pleurs des nourrissons, physiologiques et de résolution spontanée, sont source d'une grande inquiétude pour les parents et à l'origine de nombreuses consultations médicales. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant les pleurs des nourrissons et d'en décrire la prise en charge en ambulatoire.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 17 médecins généralistes et pédiatres, exerçant en Poitou-Charentes. Les entretiens portaient sur la connaissance et la prise en charge des nourrissons consultants pour pleurs. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits en verbatim. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique triangulée à l'aide du logiciel NVivo.

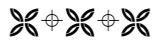
Résultats et discussion : Motif fréquent de consultation ou de sollicitation pour les médecins, ceux-ci tentent à travers leur interrogatoire et examen clinique d'exclure une cause organique ; mais aussi d'évaluer le ressenti des parents face aux pleurs de leur enfant. Concernant leur prise en charge, un certain nombre de médecin a tendance à prescrire des médicaments non validés dans cette situation que ce soit pour un traitement d'épreuve, à visée placebo ou orienté par une hypothèse organique principalement autour de la sphère digestive. Cette prise en charge est accompagnée de conseils centrés sur des conduites de maternage comme le portage ou les massages. La prévention du syndrome du bébé secoué n'est pas faite de manière systématique car jugée parfois brutale ou inappropriée. Quand elle est réalisée, il est conseillé aux parents de mettre si besoin l'enfant en sécurité, de le laisser pleurer et de solliciter l'aide de l'entourage. Malgré la formation initiale reçue, certains mettent l'accent sur leurs expériences personnelles et professionnelles comme une aide précieuse dans cette prise en charge.

Conclusion : Notre étude permet de mettre en évidence principalement une méconnaissance de la physiologie des pleurs et une médicalisation encore trop présente de ceux-ci ; cela étant possiblement lié à une incertitude diagnostique. Le renforcement de la formation sur les pleurs des nourrissons semble donc être un point clé de l'amélioration de la prise en charge.

Mots clés

Pleurs du nourrisson, pleurs excessifs, colique du nourrisson, syndrome du bébé secoué, prévention.

Serment



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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien : **Professionnels de Santé et prise en charge des pleurs excessifs des nourrissons.**

Bonjour, je suis interne en médecine générale et je réalise un travail portant sur les pleurs du nourrisson, ainsi que la prise en charge en ambulatoire des pleurs excessifs des nourrissons. Notre entretien devrait durer environ 20min, je vais l'enregistrer avec un dictaphone puis je le retranscrirai fidèlement par écrit. L'anonymat est garanti et vous pourrez accéder à l'intégralité de cet enregistrement. Avez-vous des questions avant de commencer ? Acceptez-vous de participer à cette étude en répondant à mes questions ?

1. Présentation : Données épidémiologiques et mode d'exercice.

- Données épidémiologiques : âge, sexe, spécialité, type d'exercice, milieu d'exercice, remplaçant / installé, MSU.
- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Quelle est la proportion d'enfants de moins de 16 ans de votre patientèle ? (sur le RIAP)
- Combien de nourrissons de moins de 1 an vous consultent par semaine ? (Plus de 10, entre 5 et 10, moins de 5, quelques fois par mois).
- Avez-vous des enfants ?

2. La consultation.

- Suivez-vous actuellement des nourrissons ? Avez-vous l'habitude de suivre des nourrissons ?
- Nous allons nous intéresser plus particulièrement aux pleurs excessifs des nourrissons. Y a-t-il d'après vous une définition précise des pleurs excessifs ?
- Pour vous, est-ce que « les pleurs excessifs » est un motif fréquent de consultation ?
 - o Comment abordez-vous les pleurs lors d'une consultation de nouveau-né (lors d'une consultation pour un motif aigu, ou en cas de consultation systématique du nouveau-né) ?
 - o Vous arrive-t-il d'être sollicité à ce sujet lors d'autres consultations ?
- Avez-vous remarqué si ce type de consultation concerne un type particulier de parent ? (1^{er} enfant, famille monoparentale, classe sociale...)
- Comment menez-vous ce type de consultation ?
 - o Que posez-vous comme question aux parents ? Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?
 - o Que recherchez-vous à l'examen clinique ? Qu'attendez-vous de l'examen clinique ?
 - o Quelles sont les causes ou les étiologiques que vous recherchez ?
 - o Comment explorez-vous le vécu des parents face aux pleurs de leur nouveau-né ? Un épuisement parental ?

- Lors ce de type de consultation, sur quoi avez-vous votre prise en charge ?
 - Que pensez-vous des prescriptions (médicales, pharmaceutiques, homéopathiques, ...) ?
 - Dans quelles circonstances les prescrivez-vous ?
 - Dans quelles situations n'en prescrivez-vous pas ?
 - Que pensez-vous des examens complémentaires ?
 - Lesquelles pourriez-vous prescrire ? Dans quelles circonstances ?
 - Dans quelles situations n'en prescriviez-vous pas ?
 - Que pensez-vous des traitements paramédicaux (kiné, ostéopathie ?) ? Les prescrivez-vous ou les conseillez-vous ?
 - Conseillez-vous des changements dans le lait en cas d'allaitement maternel ? artificiel ?
- Quels types de conseils donnez-vous aux parents ? Comment rassurez-vous les parents ?
- Sur quels éléments se basent votre prise en charge ?
Recommandations, expériences personnelle / professionnelle, formation ...
 - Diriez-vous que votre expérience en tant que parent vous aide dans la prise en charge des pleurs ?
- Pensez-vous qu'il puisse y avoir des conséquences s'il existe des pleurs excessifs chez un nourrisson ?
 - Faites-vous de la prévention pour le syndrome du bébé secoué ?
 - Comment ? Quelles informations donnez-vous aux parents ?
 - Proposez-vous des ressources ?

3. Le suivi.

- Lors des consultations suivantes :
 - Les pleurs sont-ils de nouveau abordés par les parents ?
 - S'ils ne sont pas abordés spontanément par les parents, recherchez-vous leur persistance ?
- Est-ce que le fait que des parents consultent plusieurs fois pour le même motif vous amène à modifier votre prise en charge ?
 - Si oui, quel est alors votre démarche ? Pourquoi ? Que recherchez-vous ?

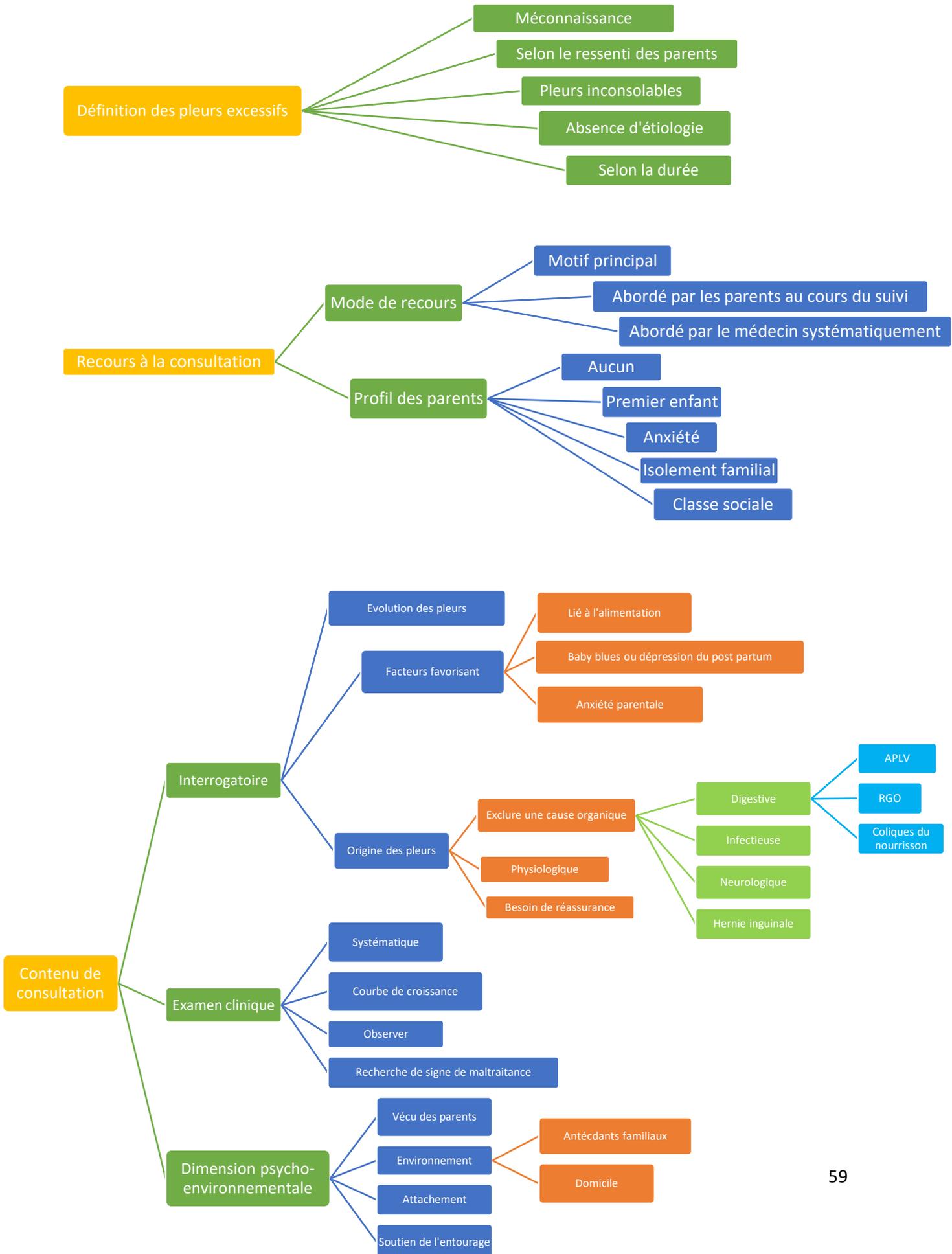
4. Le ressenti et les difficultés.

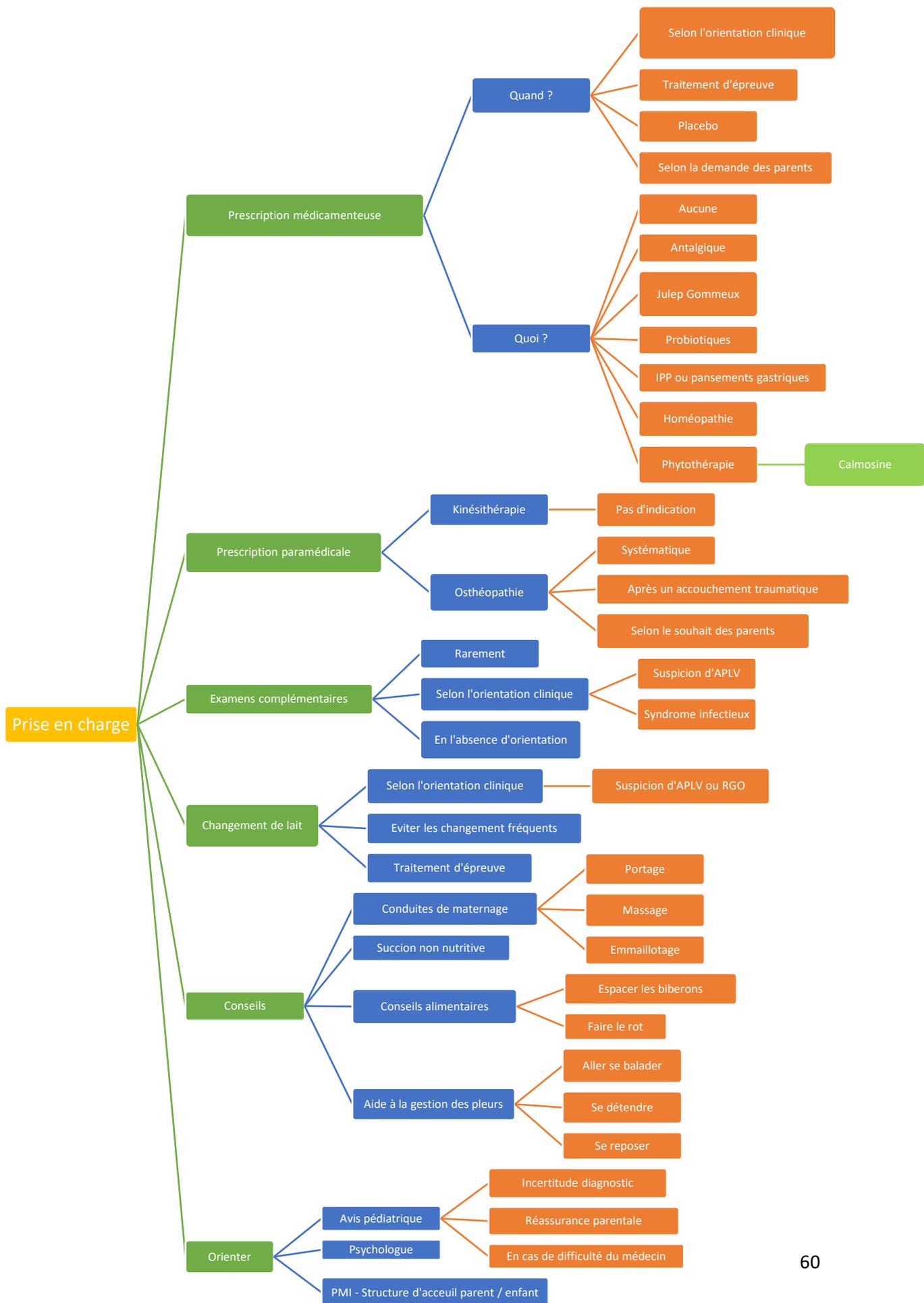
- Comment qualifieriez-vous votre prise en charge ? (A l'aise ? en difficulté ?)
- Quelles sont vos difficultés devant ce type de motif de consultation ?
- Quelle est votre formation en pédiatrie ? Concernant ce type de consultation ?
- Comment répondez-vous à l'inquiétude des parents ?
- Comment ressentez-vous la satisfaction des parents vis-à-vis de votre prise en charge ?
- Que pensez-vous d'une campagne d'éducation et de prévention portant sur les pleurs inexpliqués des nourrissons ?

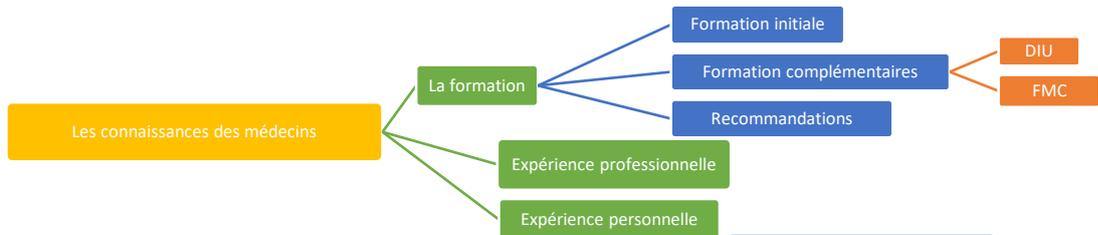
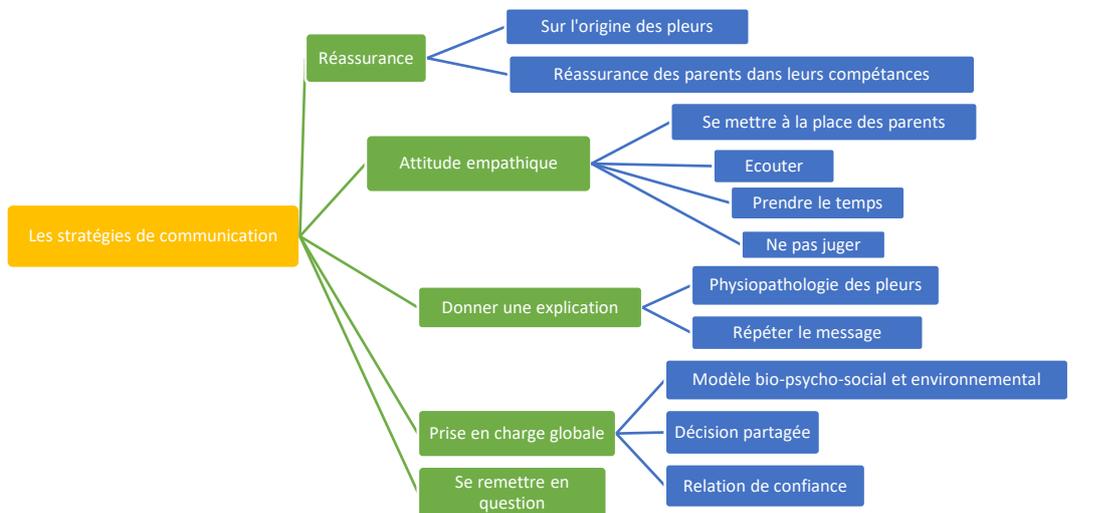
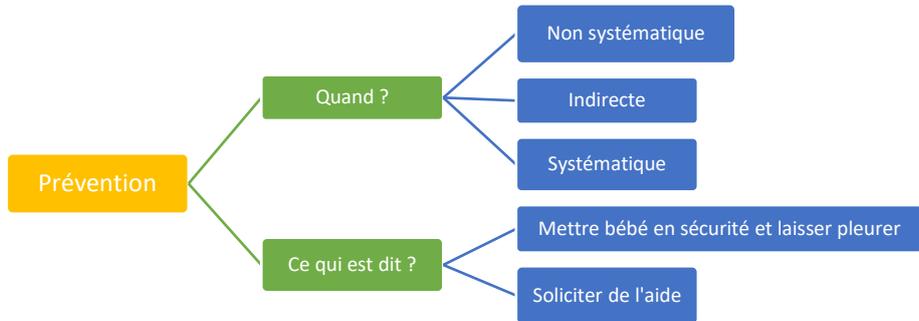
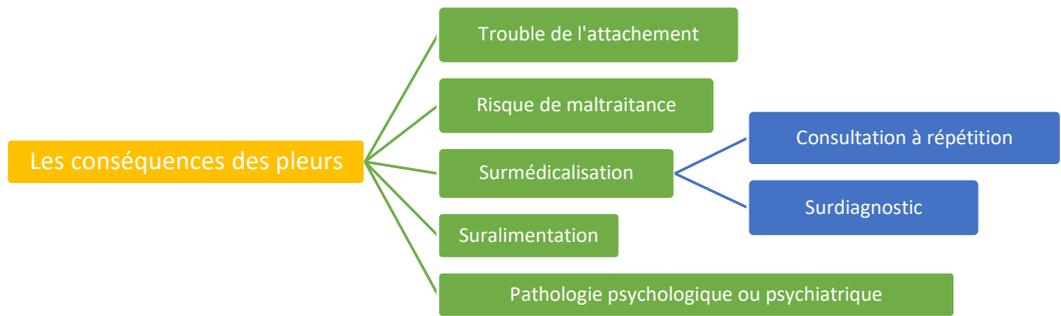
Annexe 2 : Tableau épidémiologique

Age	Sexe	Spécialité	Type d'exercice	Milieu d'exercice	Lieu	Durée d'exercice	MSU ?	% de patientèle de < 16 ans	As-tu des enfants ?	Cs < 1 an/semaine	Formation en pédiatrie	Durée	Enquêtrice
33	Femme	Médecine générale	Libéral en cabinet de groupe	Urbain	17	6	Non	6,50%	Oui	Moins de 5	Semestre d'internat en pédiatrie	14	MS
46	Femme	Médecine générale	Libéral en cabinet de groupe	Semi-rural	17	14	Oui	22%	Oui	Moins de 5	Non	18	MS
38	Femme	Médecine générale	Libéral	Urbain	86	10	Non	50%	Non	Entre 5 et 10	DU de pédiatrie	28	JM
42	Femme	Médecine générale	Libéral en cabinet de groupe	Urbain	86	16	Non	35%	Oui	Entre 5 et 10	Non	12	JM
32	Femme	Médecine générale	Libéral en cabinet de groupe	Rural	86	5	Oui	25%	Oui	Entre 5 et 10	Non	22	JM
72	Homme	Médecine générale	Remplaçant	Rural	86	41	Oui	Non concerné	Oui	Moins de 5	Non	26	MS
33	Femme	Médecine générale	Libéral en cabinet de groupe	Rural	86	5	Oui	14%	Non	Entre 5 et 10	Semestre d'internat en pédiatrie	31	MS
37	Femme	Médecine générale	Libéral en cabinet de groupe	Rural	86	8	Non	15%	Oui	Moins de 5	Semestre d'internat en pédiatrie	27	MS
45	Femme	Médecine générale	PMI	Urbain	17	12	Non	100%	NR	Plus de 10	DU de pédiatrie	20	MS
51	Homme	Médecine générale	Libéral en cabinet de groupe	Semi-rural	17	23	Non	10%	Oui	Moins de 5	Non	20	MS
49	Femme	Médecine générale	Libéral en cabinet de groupe	Semi-rural	17	22	Non	11%	Oui	Moins de 5	Non	14	MS
38	Femme	Médecine générale	PMI	Urbain	86	7	Oui	100%	Oui	Plus de 10	Non	19	MS
37	Femme	Médecine générale	Mixte (libérale et PMI)	Urbain	86	9	Oui	25%	Non	Entre 5 et 10	Colloques, journées pédiatriques	26	JM
59	Femme	Pédiatrie	Libéral en cabinet de groupe	Urbain	17	28	Non	100%	NR	Entre 5 et 10	DES de pédiatrie	26	MS
29	Femme	Pédiatrie	Libéral en cabinet de groupe	Urbain	17	1	Non	100%	Non	Plus de 10	DES de pédiatrie	18	MS
42	Femme	Pédiatrie	Libéral en cabinet de groupe	Urbain	17	12	Non	100%	Oui	Plus de 10	DES de pédiatrie	13	MS
52	Homme	Pédiatrie	Libéral en cabinet de groupe	Urbain	17	18	Oui	100%	Oui	Plus de 10	DES de pédiatrie	16	MS

Annexe 3 : Plan d'analyse qualitative







Résumé et mots clés

Etat des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant les pleurs inexpliqués des nourrissons de 0 à 4 mois : Etude qualitative sur un échantillon de médecins de La Vienne et de Charentes Maritime.

Introduction : Les pleurs des nourrissons, physiologiques et de résolution spontanée, sont source d'une grande inquiétude pour les parents et à l'origine de nombreuses consultations médicales. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant les pleurs des nourrissons et d'en décrire la prise en charge en ambulatoire.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 17 médecins généralistes et pédiatres, exerçant en Poitou-Charentes. Les entretiens portaient sur la connaissance et la prise en charge des nourrissons consultants pour pleurs. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits en verbatim. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique triangulée à l'aide du logiciel NVivo.

Résultats et discussion : Motif fréquent de consultation ou de sollicitation pour les médecins, ceux-ci tentent à travers leur interrogatoire et examen clinique d'exclure une cause organique ; mais aussi d'évaluer le ressenti des parents face aux pleurs de leur enfant. Concernant leur prise en charge, un certain nombre de médecin a tendance à prescrire des médicaments non validés dans cette situation que ce soit pour un traitement d'épreuve, à visée placebo ou orienté par une hypothèse organique principalement autour de la sphère digestive. Cette prise en charge est accompagnée de conseils centrés sur des conduites de maternage comme le portage ou les massages. La prévention du syndrome du bébé secoué n'est pas faite de manière systématique car jugée parfois brutale ou inappropriée. Quand elle est réalisée, il est conseillé aux parents de mettre si besoin l'enfant en sécurité, de le laisser pleurer et de solliciter l'aide de l'entourage. Malgré la formation initiale reçue, certains mettent l'accent sur leurs expériences personnelles et professionnelles comme une aide précieuse dans cette prise en charge.

Conclusion : Notre étude permet de mettre en évidence principalement une méconnaissance de la physiologie des pleurs et une médicalisation encore trop présente de ceux-ci ; cela étant possiblement lié à une incertitude diagnostique. Le renforcement de la formation sur les pleurs des nourrissons semble donc être un point clé de l'amélioration de la prise en charge.

Mots clés

Pleurs du nourrisson, pleurs excessifs, colique du nourrisson, syndrome du bébé secoué, prévention.