

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 12 décembre 2014 à Poitiers
par SAUTEREAU SARHA

Coliques du nourrisson :
Croyances et ressentis des médecins généralistes charentais

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur ORIOT Denis

Membres : Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José
Monsieur le Professeur LEVARD Guillaume
Monsieur le professeur MILLOT Frédéric

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur LEVESQUE Jean Louis



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie – radiothérapie (en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAUULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECCO-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Le Professeur ORIOT Denis,

Professeur des universités, Praticien Hospitalier,

Pédiatre,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon juge,

Le Professeur GOMES DA CUNHA José,

Professeur des universités de médecine générale,

Médecin généraliste,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de mon profond respect.

A mon juge,

Le professeur LEVARD Guillaume,

Professeur des universités, Praticien Hospitalier,

Chirurgien infantile,

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail,

Recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

A mon juge,

Le professeur Millot Frédéric,

Professeur des universités, Praticien Hospitalier,

Pédiatre, Oncologue pédiatrique,

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury,

Veillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Le Docteur LEVESQUE Jean Louis,

Médecin Généraliste,

Vous avez toujours été très disponible et avez su développer mon autonomie,

Vous m'avez guidée, soutenue et conseillée du stage de médecine générale de niveau 1 à maintenant,

Pour cela je vous en remercie et vous en suis très reconnaissante.

Aux 21 médecins généralistes participants :

Vous vous êtes rendus disponibles pour participer à ces focus groups, je vous en suis très reconnaissante, merci.

A mon Doudou,

Qui a tout laissé pour me suivre en Charente et qui met actuellement sa carrière professionnelle entre parenthèses au profit de la mienne.

A ma Zélie,

Notre Réussite, Notre Bonheur.

A ma Maman,

Qui a toujours su m'encourager et me soutenir.

A ma Sœur Marie et mon Beau Frère Steeven,

Toujours présents.

A notre Petite Etoile Noé.

A Françoise et Denis, mes Beaux Parents,

Pour leur soutien sans faille.

A ma Famille.

A mes Amis.

SOMMAIRE

I. Introduction	p8
II. Méthodes	
2.1 Recherche bibliographique	p10
2.2 Type d'étude	p10
2.3 Recrutement	p10
2.4 Entretiens	p11
2.4.1 Choix du type d'entretien	p11
2.4.2 Réalisation du guide d'entretien	p11
2.4.3 Recueil de données	p12
2.5 Analyse des données	p12
III. Résultats	
3.1 Evocation du diagnostic	p14
3.2 Le diagnostic de « coliques du nourrisson » vu par les médecins généralistes	p16
3.3 L'examen clinique	p17
3.4 L'évaluation psychologique des parents	p19
3.5 Y-a-t-il plus de coliques du nourrisson chez l'ainé d'une fratrie ?	p22
3.6 Causes et mécanismes	p23
3.7 Explications données aux parents	p25
3.8 Conseils donnés	p27
3.9 Un traitement ?	P29
3.10 Ostéopathie ?	p30
3.11 Un maître mot : la réassurance	p31
IV. Discussion	
4.1 Limites méthodologiques	p33
4.2 Les données de la littérature	p34
V. Conclusion	p39
VI. Bibliographie	p 40

VII. Annexes

Annexe 1	p43
Annexe 2	p54
Annexe 3	p63
RESUME	p72
SERMENT	p73

I. INTRODUCTION

Les coliques du nourrisson ont été décrites pour la première fois dans les années 50 aux Etats Unis.

Elles se définissent par la survenue de cris inexplicables, durant plus de trois heures par jour, au moins trois jours par semaine, pendant au moins trois semaines (triade de Wessel, [1]), en fin de journée, chez un bébé apparemment en bonne santé. Ces pleurs cessent vers trois, quatre mois, spontanément. [2]

Les coliques du nourrisson affectent 8 à 33% des enfants et conduisent à une consultation dans 20 % des cas. [3]

Les parents relatent que durant les crises, le nourrisson présenterait un abdomen ballonné, produirait une émission de gaz importante et serait très agité. [4]

Les examens cliniques des nourrissons visent en général à éliminer toute pathologie grave et se révèlent dans tous les cas normaux, le nourrisson présentant un très bon développement psychomoteur et aucun retard de croissance staturo-pondérale.

Diverses causes ont été énumérées dont une adaptation du système digestif, un développement de la flore intestinale [5], une inflammation intestinale, des anomalies de la prise des biberons ou des tétées, des laits non adaptés [6]...

Mais ces dernières années, les théories d'une organicité exclusive n'ont pas été prouvées et l'anxiété parentale a été évoquée comme pouvant être un facteur majeur dans la survenue des coliques du nourrisson. [7]

A partir d'une même plainte, nous avons remarqué que les diverses explications sont discordantes, passant d'une sphère organique à une sphère psychologique. De ce fait, il nous a paru intéressant de prendre les ressentis des médecins généralistes par rapport à ce vaste sujet qui est « les coliques du nourrisson ».

Le terme « coliques du nourrisson » est-il approprié pour décrire ces pleurs inexplicables du nourrisson ? La sphère digestive, constitue-t-elle une représentation importante chez les

médecins généralistes ? L'anxiété parentale est-elle recherchée et prise en compte lors des consultations chez les médecins généralistes ? Quels traitements prescrivent-ils ? Pensent-ils qu'il y ait un ou plusieurs traitements efficaces ? Quels conseils donnent-ils ?

II. METHODES

2.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée par internet à l'aide des moteurs de recherche Google et Google Scholar, des bases de données Science direct et Pubmed et du catalogue universitaire des thèses SUDOC.

Les mots clés utilisés étaient « colique du nourrisson », « Infantile colic », « pleurs du nourrisson » et « douleur abdominale du nourrisson ».

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une approche qualitative du thème abordé, basée sur la réalisation de focus groups.

Les études qualitatives sont adaptées à l'exploration de modes de pensées, d'émotions, de sentiments, de comportements et aux pratiques qui en résultent. Elles ont pour objectifs de comprendre, de créer des hypothèses sans chercher à quantifier (études quantitatives).

Nous avons fait le choix de mener des entretiens collectifs, ou focus groups, de manière semi-directive, à partir d'un guide d'entretien, permettant ainsi d'aider les médecins interrogés à centrer leurs discours sur leurs croyances, ressentis et représentations.

2.3 Recrutement

Des médecins généralistes du département de la Charente ont été recrutés de façon aléatoire via l'envoi d'Email et l'annuaire téléphonique.

Il leur a été proposé de participer à un travail de thèse de médecine générale sur le sujet « colique du nourrisson : croyances et ressentis des médecins généralistes ».

Les participants ont été répartis en fonction de leur disponibilité.

Les médecins refusant d'y participer ont mis en avant un manque de temps.

21 médecins généralistes ont participé à cette étude, répartis en trois groupes ; Le focus groupe 1 comprenait 7 participants, le focus groupe 2 dénombrait 8 participants et le focus groupe 3 comportait 6 participants.

2.4 Entretiens

2.4.1 Choix du type d'entretien

Cette étude a été basée sur la réalisation de focus groups, permettant d'étudier des problématiques par la discussion de groupe.

Elle reflète l'interaction entre les attitudes des participants. Les focus group permettent d'obtenir des informations relatives aux opinions des participants ainsi que sur leurs attitudes et expériences. Il est alors aisé de comprendre, d'analyser et de décomposer le fondement des opinions exprimées par les participants de par une dynamique de groupe.

2.4.2 Réalisation du guide d'entretien

Un questionnaire sur le sujet a été réalisé et comprenait huit questions ouvertes, permettant une approche assez large du thème.

Le guide d'entretien était le suivant :

Question 1 : Lors d'une consultation, à quelles occasions les parents évoquent-ils, citent-ils, les mots « colique du nourrisson » ?

Question 2 : Dans quelles circonstances, devant quels symptômes, évoquez-vous ce diagnostic, si vous l'évoquez ?

Question 3 : Interrogez-vous les parents sur leur état psychologique ? Si oui, que recherchez-vous ?

Question 4 : Que recherchez-vous à l'examen clinique du nourrisson et dans quel but ?

Question 5 : Quels sont, pour vous, les causes et les mécanismes qui définissent les coliques du nourrisson ?

Question 6 : Après avoir éliminé les pathologies organiques sous-jacentes, que dites-vous aux parents pour expliquer les coliques ?

Question 7 : Quels conseils donnez-vous aux parents pour la prise en charge de ces coliques ?

Question 8 : Proposez-vous un traitement ? Si oui, lequel ?

Les méthodes de reformulation et de clarification ont été utilisées durant les réunions.

2.4.3 Recueil des données

L'intégralité des données était verbale et celles-ci ont été enregistrées durant les focus group grâce à un dictaphone.

Le premier focus group s'est réalisé sur 1h15, le deuxième a duré 49 min et le dernier 58 min.

2.5 Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement, mot pour mot, en fichier texte à partir des différents verbatim.

Ils ont été nommés verbatim 1, 2 et 3.

L'analyse et le codage des différents focus groups ont été réalisés à partir du logiciel informatique Nvivo.

L'analyse des verbatims a consisté en une théorisation ancrée. C'est une méthode développée par Glaser et Strauss qui permet un codage « in vivo » des données, centré par la question de recherche, pour arriver à une théorie explicative [8].

Le travail d'analyse consiste à relire chaque verbatim et à identifier des thèmes et des catégories à partir des phrases ou des comportements. Le texte est alors codé fragment par fragment puis réorganisé en catégories ensuite regroupées en thèmes principaux.

Trois focus groups ont été suffisants pour obtenir une saturation des données.

III. Résultats

3.1 Evocation du diagnostic

Le diagnostic de coliques du nourrisson est évoqué, dans la majorité des cas, par les parents.

« Je ne propose presque jamais le diagnostic, c'est les parents qui le proposent. »

(Verbatim 1)

« Ils évoquent les coliques sans que je leur demande. Ils m'apportent le diagnostic.»

(Verbatim 2)

« C'est un terme qu'ils connaissent et qu'ils apprécient, il leur permet de mettre un terme sur des pleurs. Ils aiment bien parler de coliques car ils savent ce que c'est. »

(Verbatim 3)

Ce diagnostic n'est en général pas un motif de consultation mais plutôt un second motif de consultation ou il est alors abordé de par l'interrogatoire des médecins généralistes.

« C'est souvent au cours de la consultation quand je leur demande « comment ça se passe à la maison ? », « est-ce que tout va bien ? », « est-ce qu'il dort bien ? », ça ressort souvent à ce moment-là. » (Verbatim 1)

« J'ai l'impression que ce n'est pas souvent un motif de consultation en lui-même, c'est quelque chose qui est dit au cours de l'examen systématique. » (Verbatim 1)

« Moi, j'ai remarqué que c'était plutôt un deuxième motif de consultation et ils venaient avec leur diagnostic, c'est souvent lors d'une consultation pour les vaccins, en discutant on fait le point sur l'état du bébé. » (Verbatim 2)

Les parents décrivent, dans ce contexte, des pleurs incessants, évoluant par crises, le soir, sans possibilité de le calmer. Le nourrisson présente des troubles du sommeil. Des symptômes d'origine digestive sont évoqués tels que l'impression de douleurs abdominales, une émission de gaz importante ou des selles anormales.

Par ordre de fréquence, les symptômes décrits par les parents sont :

- les pleurs incessants (évoqués trente fois)

« Ils viennent parce que le petit pleure beaucoup. » (Verbatim 1)

« C'est surtout devant des pleurs un peu inexplicables, où on a donné le biberon, on a donné le sein, la couche est propre mais il continue à pleurer par crise, et c'est à ce décours-là, au décours de pleurs inexplicables. » (Verbatim 2)

« Moi, ils parlent de coliques quand l'enfant pleure beaucoup. » (Verbatim 3)

- puis les symptômes digestifs (évoqués dix-neuf fois)

« Ils le disent aussi quand le bébé a des selles qu'ils ne savent pas encore étiqueter, qu'il a des coliques. » (Verbatim 1)

« Il tète et il a mal au ventre. » (Verbatim 2)

« Ils disent qu'il a des gaz. » (Verbatim 2)

« Ils disent qu'il a mal au ventre, qu'il se tord de douleur, qu'il est insupportable. » (Verbatim 3)

- les troubles du sommeil et l'agitation (évoqués huit fois).

« Quand il y a des problèmes de sommeil. » (Verbatim 1)

« Il y a aussi les plaintes d'insomnie, si le gamin ne dort pas parce qu'il est agité. » (Verbatim 2)

Les médecins généralistes s'accordent sur le fait que ces symptômes surviennent de la naissance jusqu'à trois mois, voire six mois.

« Tout cela se passe dans les trois premiers mois. » (Verbatim 1)

« Je parle de cette période des premiers mois de la vie. » (Verbatim 2)

« Un bébé de moins de trois mois. » (Verbatim 3)

3.2 Le diagnostic de « coliques du nourrisson » vu par les médecins généralistes

Les médecins généralistes pensent qu'il n'y a pas de diagnostic de coliques du nourrisson, pas de réelle symptomatologie, et que ce diagnostic, dans la majorité des cas, est avancé par les parents.

« Je l'évoque quand ça m'arrange bien. Ça peut aller de l'enfant qui pleure, qui mange mal, qui a des gaz, des selles mal moulées. C'est souvent les parents qui évoquent le diagnostic mais je n'ai pas vraiment de support, une symptomatologie qui me permet d'identifier quelque chose de concret, pas de support organique réellement établi. » (Verbatim 1)

« Qu'entendons-nous par « coliques du nourrisson » ? Parfois ça m'arrange bien de dire oui c'est des coliques et que ça va passer. Mais en fait, existe-t-il une vraie définition de « coliques du nourrisson » ? » (Verbatim 1)

« Je ne propose presque jamais le diagnostic, c'est les parents qui le proposent. J'aurais même tendance à faire la sourde oreille lorsqu'ils l'évoquent car je n'en suis pas convaincu de cette qualification, qui me convainc moyennement, j'ai du mal à le prononcer. » (Verbatim 1)

« Ça dépend des parents, on fait en fonction des parents. Il y en a qui sont parfaitement capables d'entendre qu'on ne sait pas, qu'il y a plusieurs théories, mais qu'en fin de compte ça passe. » (Verbatim 3)

Certains, assimilent ce diagnostic aux pleurs inexplicables du nourrisson.

« Pour moi la colique ce n'est pas que les troubles digestifs, et c'est un terme impropre pour le reste. Pour moi la colique c'est aussi les pleurs inexplicables (...) En fait, je ne suis pas très centrée sur le digestif finalement. » (Verbatim 1)

« Les « coliques du nourrisson » existent en France et non dans les pays anglo-saxons où elles s'appellent les pleurs incessants du nourrisson. » (Verbatim 2)

« Alors je ne dis pas que c'est des coliques mais que c'est des pleurs du nourrisson. » (Verbatim 3)

« Je pense que c'est important d'avoir cette réflexion-là, c'est le principe de ne pas utiliser des diagnostics mais des résultats de consultation. Les pleurs du nourrisson sont des résultats de consultations. Ici, il n'y a pas de diagnostic et on n'en sait rien. D'avoir cette réflexion c'est valorisant même si on ne dit rien au patient. C'est plus intéressant. » (Verbatim 3)

3.3 L'examen clinique

Les médecins généralistes s'accordent sur le fait qu'ils s'attendent, dans ce contexte, à un examen clinique normal, avec une croissance staturo-pondérale et un développement psycho-moteur sans anomalie.

« Quand le bébé va bien et que ce n'est que des coliques, il n'y a pas grand-chose à trouver. » (Verbatim 1)

« Finalement, on ne recherche rien en particulier, on s'attend à ce que tout soit normal. » (Verbatim 1)

« Je recherche une normalité de l'examen clinique, je réalise un examen clinique complet, de la tête aux pieds. » (Verbatim 2)

« Je n'ai rien à rajouter, c'est un examen clinique normal, comme tout le monde l'a dit. » (Verbatim 2)

« Je fais un examen complet, même si je sais qu'il va être normal, pour rassurer les parents. En fait, je ne recherche pas grand-chose. » (Verbatim 3)

Même si la totalité des participants recherche une normalité de l'examen clinique, beaucoup d'entre eux se concentrent sur la sphère digestive lors de la pratique de celui-ci.

« J'examine son ventre, je m'assure qu'il est bien dépressible, j'essaie de voir s'il y a plus de bruits hydro-aériques, je regarde s'il se tortille beaucoup quand il est sur le dos. J'insiste plus sur l'interrogatoire pour savoir le nombre de selles par jours, comment sont les selles, et comment se passe la prise des biberons. » (Verbatim 1)

« A priori, ça nous permet de voir si l'enfant est détendu, relâché, souriant. Après ça s'arrête juste à palper le ventre, voir si il vide bien sa vessie. » (Verbatim 1)

« Quand tu disais que l'on revient toujours sur la sphère digestive, je pense que si l'on se dégageait de cette sphère-là, faudrait changer de nom. J'aurais du mal à faire un examen neurologique si les parents viennent consulter pour des coliques. » (Verbatim 1)

Enfin, la majorité d'entre eux, pense que l'examen clinique est un moment privilégié pour observer la relation parents-enfant. Ils observent la façon dont les parents, la mère entrent en contact avec le nourrisson, le façon dont l'enfant est manipulé, est déshabillé.

« Je pense que le moment de l'examen c'est aussi un moment pour voir la relation parents-enfant, comment la mère déshabille l'enfant, comment elle l'installe, comment elle s'en occupe pendant l'examen, comment elle le regarde, lui adresse-t-elle la parole ? C'est déjà un temps qui permet de savoir comment se passe la relation. » (Verbatim 1)

« Il y a aussi un temps pré-examen clinique durant lequel je regarde comment les parents se comportent avec l'enfant, comment la maman le prend selon l'âge, je regarde la relation effectivement et je regarde si c'est une maman stressée, ou au contraire à l'aise. Je la laisse le déshabiller et donc ça permet de voir, si c'est le premier enfant, comment elle se débrouille. Si c'est une maman inquiète ou non, maladroite. » (Verbatim 2)

3.4 L'évaluation psychologique des parents

Afin d'évaluer l'état psychologique des parents devant ces pleurs incessants du nourrisson, les médecins profitent de ce moment pour poser deux questions simples aux parents :

- Comment allez-vous ?

- Et votre vie de couple ?

Ces questions permettent aux parents, s'ils le souhaitent, de parler de leur situations et sans doute de se libérer de toutes les choses non dites.

« C'est important de savoir comment va la mère, comment ça va dans le couple ? Il y a des mamans qui s'écroulent à ce moment-là. Récemment, une maman m'a dit « je ne devrais pas vous le dire mais je ne sais même pas si je suis heureuse que le bébé soit là », la pauvre... » (Verbatim 1)

« J'interroge toujours les parents pour savoir comment ils vont. J'essaie de dépister un contact qui ne se fait pas, une relation qui n'arrive pas à s'installer entre la mère et l'enfant. Parfois les mères n'arrivent pas à en parler elles-mêmes. C'est culpabilisant notamment dans ce contexte de pleurs, c'est parfois difficile d'aller vers l'enfant, c'est épuisant physiquement face à cet enfant qui pleure beaucoup. Les mères s'enferment dans cette relation qui ne se fait pas. C'est important de les interroger dessus car elles passent du statut de femmes enceintes où tout est centré sur elles au statut du post partum où tout est centré sur le bébé. Elles ne viennent pas aux consultations post-natales parce qu'elles sont débordées et donc les premières consultations du bébé sont des moments privilégiés pour en parler, voir comment elles vont, ne sont-elles pas trop fatiguées ? On recentre donc les choses sur elles et on en parle plutôt en début de consultation, ça leur fait du bien »
(Verbatim 1)

« Quand on voit les petits dans leurs premières semaines, dans leurs premiers mois, j'ai tendance à leur demander comment s'est passé la grossesse, comment ça se passe à la

maison, si ils veulent à ce moment-là se confier ils le font, s'ils n'ont pas besoin d'en parler ils n'en parlent pas. » (Verbatim 2)

Parfois, un lien est fait entre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement de l'allaitement et ces pleurs incessants.

« Je demande si la grossesse s'est bien passé, ainsi que l'accouchement, l'allaitement s'il y a » (Verbatim 2)

« J'ai tendance à leur demander comment s'est passé la grossesse » (Verbatim 2)

« Je demande aussi comment s'est passé l'accouchement, parfois c'est le carnage total, déchirure, ventouses... C'est souvent un moment très difficile. Ça peut être très important par la suite lors de l'installation du lien mère-enfant. Faut leur donner, à ce moment-là, l'opportunité de raconter. » (Verbatim 1)

D'autres n'interrogent pas les parents sur ce thème de peur de les culpabiliser ou par manque d'expérience.

« Moi je pense que poser des questions sur l'état psychologique de la mère, c'est être dans l'enquête, ça peut être culpabilisant, ça peut donner l'impression à la mère qu'elle est responsable de cela. » (Verbatim 2)

« En tant que remplaçante et ne connaissant pas trop les patients, je ne me sens pas de faire cet interrogatoire, ça évoluera certainement dans le temps. » (Verbatim 2)

Souvent, il est noté un lien, une relation mère-enfant qui ne se déroule pas normalement.

« N'avez-vous pas l'impression qu'il y a un lien très fort entre la mère et le bébé au détriment des autres ? Est-ce que ce n'est pas aussi problématique par rapport à la gestion des « coliques du nourrisson » ? » (Verbatim 1)

« J'essaye de dépister un contact qui ne se fait pas, une relation qui n'arrive pas à s'installer entre la mère et l'enfant. » (Verbatim 1)

Enfin, le stress, l'angoisse parentale qui en découlent sont très souvent évoqués et s'ils se prolongent dans le temps, la situation peut alors déboucher sur un épuisement parental.

« Peut-être qu'il y a plus de pleurs que l'on met sur le compte de « coliques du nourrisson », et c'est sûr qu'il y a un lien avec l'anxiété partagée. Si ces fameux pleurs du soir sont des coliques du nourrisson alors j'aurais tendance à dire que oui, il y en a plus, car les parents étant anxieux sont alors moins rassurants. » (Verbatim 1)

« Les pleurs inexplicables du nourrisson c'est parfois insupportable, épuisant, donc effectivement on est amené à aborder les conséquences dans la vie quotidienne des parents, le père, la mère ou les deux quand ils viennent ensemble. La réponse que l'on a c'est qu'ils sont fatigués et qu'ils ont un sentiment d'incompétence et c'est là-dessus que l'on va travailler à mon avis, en vérifiant que l'enfant n'est pas malade bien entendu. » (Verbatim 2)

« Les parents l'évoquent d'eux-mêmes quand ils sont épuisés, c'est eux qui disent « je n'en peux plus, je suis fatigué ». » (Verbatim 2)

« Moi je pense que l'urgence c'est de traiter l'angoisse des parents. » (Verbatim 3)

Il y a aussi des parents qui formulent spontanément qu'ils ne dorment plus, c'est souvent le cas. » (Verbatim 3)

« Quand les parents ne peuvent pas faire abstraction, c'est d'autant plus épuisant, angoissant. » (Verbatim 3)

Certains professionnels s'inquiètent de cet épuisement et le recherchent activement, redoutant que des situations d'urgence n'apparaissent.

« Le problème pour moi c'est pas tellement les pleurs de l'enfant mais de savoir si les parents supportent ces pleurs-là. J'essaye de savoir si les parents sont en burn out, il ne faut pas qu'ils le secouent. » (Verbatim 3)

« Il faut toujours réassurer, masser, s'ils en ont marre il faut le poser et ne pas le secouer. J'ai connu le même problème personnellement, je n'avais pas la solution et donc si un bébé pleure trop il vaut mieux le poser et aller faire un tour dans le jardin. J'aborde souvent ceci car ces pleurs sont réellement épuisants. » (Verbatim 2)

3.5 Y a-t-il plus de coliques du nourrisson chez le premier enfant d'une fratrie ?

Il est noté que les parents consultent plus pour ce motif lorsque que cela concerne un premier enfant que pour les suivants.

Les mères, sans expérience, seraient alors beaucoup plus vite débordées et seraient donc beaucoup moins rassurantes.

Pour les enfants suivants, les mères plus sûres d'elles, mettraient en œuvre leur savoir-faire pour calmer plus vite les pleurs.

« Souvent c'est des jeunes parents pour un premier enfant. » (Verbatim 1)

« Oui, beaucoup plus pour le premier bébé que pour les suivants. Le premier c'est un vent de panique. » (Verbatim 1)

« Avec d'autres enfants les mamans ont moins le temps de s'épancher sur les pleurs. J'ai l'impression que les deuxième et troisième enfants n'ont pas le choix et doivent suivre le mouvement, ils se font moins entendre aussi, enfin c'est ce que je crois. » (Verbatim 1)

« Pour ma part, à mon avis c'est sûr. Mais ce qui change chez la primipare c'est la culpabilité. La mère se sent forcément responsable, elle a forcément fait quelque chose de pas bien. Alors que pour les autres elle prend du recul avec ça. » (Verbatim 1)

« Non, il n'y a pas moins de troubles digestifs mais les mères le prennent différemment. Elles l'ont déjà vécu, ça s'est bien passé, et donc ça va mieux se passer. C'est

le ressenti de la mère qui est complètement différent. Pour certaine, quand c'est le premier je leur dis « vous verrez pour le troisième ça ira mieux ». » (Verbatim 1)

« J'ai l'impression qu'il y a plus de coliques chez les premiers, parce que les mères ne sont pas en aptitude de rassurer. Plus elles ont d'enfants et plus elles sont rassurantes. » (Verbatim 1)

« Les premiers enfants pleurent plus, ont plus de coliques. » (Verbatim 3)

3.6 Causes et mécanismes

Plusieurs causes ont été évoquées lors de ces trois séances, elles sont notées ci-après par ordre de fréquence :

- L'immaturation et la maturation du système digestif sont souvent énoncés.

« C'est une immaturité du système digestif qui se met en route. Il faut tolérer le lait. » (Verbatim 1)

« Si on part du postulat qu'il existe bien des « coliques du nourrisson » et pas seulement des pleurs, on peut se dire qu'il peut y avoir tout simplement une adaptation à la digestion. » (Verbatim 3)

« C'est une maturation plus qu'une immaturité, c'est un stade entre la troisième semaine et le troisième mois, c'est une adaptation du bébé à son environnement. » (Verbatim 3)

- Niveaux socio-économiques élevés

« Dans ce monde moderne, stressé, il y a des communications différentes, avec la mère et le père qui font qu'il y ait des phénomènes que l'on explique pas, pas grave et qu'il faut respecter. » (Verbatim 2)

« Les enfants de catégories socio-professionnelles élevées ont plus de pleurs du nourrisson. » (Verbatim 3)

« Parce que dans ce contexte on s'occupe trop d'eux. Ces parents ont plus d'informations sur les divers risques. » (Verbatim 3)

« Ils ont une prise en charge du bébé beaucoup moins spontanée, beaucoup plus intellectualisée. » (Verbatim 3)

- Les troubles du sommeil

« Beaucoup de parents entendent leur enfant pleurer, se lèvent ou s'approchent si c'est le jour, le voient mobile avec les yeux ouverts, pensent qu'ils est réveillé, le prennent en charge, le réveillent alors qu'il était en première phase de sommeil. » (Verbatim 2)

« Il faut aussi rechercher comment ils mettent leurs enfants au lit. J'avais une copine qui avait une peur bleue que son nouveau-né fasse une mort subite du nourrisson. Elle ne mettait pas son bébé dans son lit mais dans un cosy pour qu'il n'ait pas de reflux... Et elle ne laissait jamais le bébé s'endormir tout seul. Donc elle restait dans la chambre du bébé qui pleurait tout le temps. En voyant ça je lui ai dit d'arrêter de faire ça, de le mettre dans sa chambre, de s'en aller, d'attendre qu'il s'endorme et d'y retourner une fois qu'il dormait pour se rassurer. Quelques jours plus tard elle m'a recontacté pour me remercier car son enfant s'endormait beaucoup plus facilement. » (Verbatim 3)

- La relation parents – enfants qui est souvent troublée par un stress parental entraînant une difficulté de communication parents-enfant.

« Je pense que c'est un trouble de la relation mère-enfant avec une anxiété latente de la mère, de l'enfant ou des deux, soit parce que la mère n'arrive pas à communiquer avec son gamin soit parce qu'elle est mal entourée. » (Verbatim 1)

- Un problème de tétée.

« Il n'existe pas une théorie sur le moment de la tétée où ils avalent aussi de l'air, qui leur provoquerait des ballonnements. » (Verbatim 2)

- La préparation du biberon, avec des préparations de lait trop concentrées.

« Moi je demande comment ils préparent les biberons. S'ils n'arassent pas trop, s'ils ne tassent pas trop le lait en poudre. Je reproduis ce que j'ai vu en pédiatrie quand j'étais étudiant sans être sûr qu'il y ait des conséquences. » (Verbatim 1)

3.7 Explications données aux parents.

La plupart des médecins expliquent aux parents que c'est une immaturité du tube digestif, qu'un temps est nécessaire à une bonne adaptation, à une maturation du tube digestif, que tout ceci peut être douloureux du fait d'une activité de l'intestin débutante.

« Il faut expliquer aux parents que tout se met en place, que ça prend du temps... » (Verbatim 1)

« J'évoque souvent la métaphore avec une usine qui se met en route. Quand l'enfant est dans le ventre, tout passe par le cordon ombilical et que, maintenant, l'intestin commence à se mettre en marche. C'est pas évident... » (Verbatim 1)

« C'est vraiment que l'enfant n'a rien absorbé avant la naissance. Ça se met en place puis les symptômes s'estomperont. » (Verbatim 1)

« J'explique en disant que c'est le développement du nourrisson, que c'est une immaturité, il n'est pas encore adapté à la vie extérieure. » (Verbatim 2)

« C'est une immaturité du tube digestif. Donc c'est un peu douloureux le temps que ça se mette en place. » (Verbatim 3)

« Moi je leur parle plutôt de l'immaturité digestive et des agressions extérieures. Je trouve tout de même l'immaturité du tube digestif intéressante. Je leur explique que l'activité de l'intestin se met en place, j'essaie de les rassurer en leur disant que c'est « normal », qu'on ne peut rien y faire. » (Verbatim 3)

D'autres expliquent aux parents qu'il n'y a pas de causes connues.

« Moi je leur dis qu'il n'y a pas de cause identifiée. » (Verbatim 2)

« Je leur dis que ces pleurs on ne sait pas trop d'où ça vient, qu'il n'y en a pas dans tous les pays. » (Verbatim 2)

« Moi je leur dis qu'on ne sait pas d'où ça vient les coliques du nourrissons, qu'il y a beaucoup de théories mais qu'on ne sait pas finalement. » (Verbatim 3)

« C'est des pleurs, on ne sait pas d'où ça vient mais ce n'est pas grave, et ça passe au bout de trois mois. Je pense que cette explication suffit aux parents. » (Verbatim 3)

Mais, tous s'accordent pour dire que c'est un phénomène bénin, passager.

« Dans une consultation chronophage, tu dis que c'est bénin, que ça va disparaître, que c'est pas grave. » (Verbatim 1)

« On va essayer de les rassurer, de leur dire que c'est passager, que ça va s'arranger. On va exprimer une normalité physiologique et qu'il y a des choses fonctionnelles qui vont passer petit à petit. » (Verbatim 1)

« J'ai tendance à dire que tout va bien, je les rassure sur l'examen, qu'on ne sait pas bien ce que ça recouvre, qu'il y a une part digestive, que c'est peut-être des angoisses mais que quoi qu'il arrive ça finit toujours par passer. » (Verbatim 1)

« J'évoque souvent le caractère bénin, rassurant mais aussi le caractère qui va durer, pour qu'ils s'y préparent... Je les préviens que grosso modo ils en ont pour trois mois, que ça va être dur et qu'il ne faut pas hésiter à passer le relais si ils sont épuisés d'entendre les pleurs du bébé. » (Verbatim 2)

« J'explique aux parents qu'il faut qu'il s'adapte au monde extérieur. » (Verbatim 3)

« Je leur dis qu'il faut qu'il s'adapte et que ça va passer. Je leur dis ça plutôt que de dire les mots « coliques du nourrisson. » (Verbatim 3)

3.8 Les conseils donnés

Divers conseils ont été mentionnés et beaucoup d'entre eux conseillent de masser le bébé, de s'en occuper.

« De masser le ventre, de les écouter, de faire du peau à peau, de ne pas stresser. »

(Verbatim 1)

« Je leur conseille la position où l'on met le bébé sur le bras, de la masser. »

(Verbatim 1)

« Je les rassure en leur disant qu'il faut prendre le bébé dans les bras, qu'il faut le masser, le mettre sur le ventre, s'occuper de lui et de ne pas s'inquiéter. » (Verbatim 2)

« Je leur conseille de les prendre sur le bras, de les masser, de les promener, de s'occuper d'eux. » (Verbatim 2)

« Je pense que le contact fait beaucoup de bien au bébé. » (Verbatim 3)

« Je leur dis de prendre le bébé, d'avoir une attitude rassurante, calme, de ne pas lui montrer qu'ils sont angoissés. » (Verbatim 3)

« Pour les pleurs du soir, je leur conseille d'emballoter leur enfant, parce que ça peut être rassurant. Les bébés ont parfois cette angoisse du vide autour d'eux. Ça peut être magique parfois. » (Verbatim 1)

D'autres conseils restent dans les sphères de l'alimentation et digestive.

« Ça peut faire partie de la prise en charge que de dire « espacez les biberons, choisissez plutôt telle tétine ». Quelque part, ça prouve que l'on prend en compte leur angoisse et qu'on cherche des réponses qui ne sont pas forcément des solutions médicamenteuses, mais on a entendu le souci qu'ils ont. » (Verbatim 3)

« Je leur conseille de changer d'eau... Dès l'instant qu'elles sont bien pour les enfants. Ne pas toujours rester sur la même eau. » (Verbatim 1)

« Je ne sais pas si c'est digestif ou pas, mais il y a un conseil que je donne c'est de ne pas leur redonner à manger. J'ai rencontré des parents qui suralimentaient car ils me disaient que ça le calmait de téter. Je leur dis que si il a pris sa quantité habituelle, s'il avait arrêté de téter il ne faut pas leur en redonner ; je leur dis qu'un bébé ne mange pas par gourmandise, que quand il a fini c'est bien fini, il n'est pas nécessaire de multiplier les biberons. Je m'interroge sur les effets néfastes d'une suralimentation. » (Verbatim 2)

Il est aussi conseillé, lorsque les parents sont épuisés, de mettre le bébé dans une autre pièce.

« Il faut dire aux parents qu'ils s'en occupent et que s'ils ne peuvent plus il vaut mieux les laisser un peu pleurer et qu'ils peuvent revenir un peu après. C'est vrai que des fois c'est vraiment un calvaire, un enfer, les parents le vivent mal. Plus ils le vivent mal et plus le bébé n'est pas bien. » (Verbatim 2)

« Parfois je leur dis « si vous ne le supportez pas, il faut le mettre dans la pièce la plus éloignée de vous et vous vous calmez, il faut faire abstraction de ces pleurs. » (Verbatim 3).

Enfin, le conseil le plus fréquent est de faire selon leur souhait et que donc les parents trouveront d'eux-mêmes la meilleure solution.

« J'ai tendance à leur dire de faire un peu comme ils le sentent et qu'ils trouveront la meilleure solution. » (Verbatim 1)

« Je leur dis de s'écouter et qu'ils fassent ce qu'ils veulent. » (Verbatim 1)

« Quand ils me demandent des conseils, je leur dis que la limite c'est celle qu'ils veulent bien se mettre. Il n'y a pas de règle bien définie. » (Verbatim 1)

« Moi personnellement, je leur dis d'observer leur enfant, de le faire au feeling. Il n'y a pas une bonne façon de s'occuper d'un enfant, il y en a plusieurs, et que l'essentiel c'est

que les parents soient d'accord entre eux et qu'après il faut qu'ils appliquent leur méthode dans les limites du bon sens. » (Verbatim 2)

« Je dis souvent aux parents d'écouter le mère, la grand-mère, la tante et puis après vous faites le tri et ne gardez que ce que vous voulez. (...) Je pense qu'il faut les laisser faire leur choix et leur dire que ce qu'il pense faire bien et bien c'est ça qu'il faut faire. »
(Verbatim 3)

3.9 Un traitement ?

A la question, proposez-vous un traitement, 16 médecins généralistes ne proposent aucun traitement.

« Non, je ne propose pas de traitement. » (Verbatim 1)

« S'ils vous demandent vous-dites non ? Je leur demande si ce qu'ils ont donné a marché ? Non bon alors ?! » (Verbatim 1)

« Je ne donne rien. J'ai donné du Débridat mais il y a longtemps. » (Verbatim 1)

« Je ne donne plus rien maintenant, et je dis à la mère que c'est à elle de trouver ce qui va bien. » (Verbatim 1)

« Moi j'ai évolué dans ma pratique, quand je me suis installée et étant donné qu'il fallait que je soulage l'enfant, je donnais un traitement de type Débridat ou Spasfon, et j'ai évolué et je ne donne plus rien. J'explique mais je ne prescris rien. » (Verbatim 2)

« Je leur dis qu'il n'y a pas de traitement et en général ils me disent que j'ai raison et qu'ils n'en veulent pas. » (Verbatim 3)

« A partir du moment où on les a vus, que ce n'est pas grave et que ça va passer, on est pas dans l'obligation de donner un traitement. » (Verbatim 3)

Les autres proposent de l'homéopathie ou des anti douleurs.

« L'homéopathie, pour moi, est aussi une échappatoire pour donner quelque chose tout en ne donnant rien. » (Verbatim 1)

« Je suis médecin généraliste et homéopathe donc si je vois qu'un remède peut améliorer l'enfant je le donne. » (Verbatim 2)

« Si on insiste, je propose pas, mais je réponds à une demande, j'aime bien la fleur d'oranger. Dans ce cas les parents comptent les gouttent. Et avec ça, on est pas nocifs. Je n'aime pas prescrire des médicaments, je le fais quand je n'ai pas le choix. » (Verbatim 3)

Enfin, 5 d'entre eux proposent un changement de lait.

« Si ils veulent changer des choses je leur dis qu'ils peuvent changer de lait. » (Verbatim 1)

« Si les parents veulent essayer quelque chose, je leur dis d'essayer un lait confort. Je sais bien que ça ne change rien. » (Verbatim 1)

« Je suis d'accord aussi pour dire d'essayer un autre lait. » (Verbatim 3)

3.10 L'ostéopathie

L'ostéopathie a été évoquée 5 fois durant les focus groups mais personne ne sait exactement ce qui y est effectué. Aucun médecin n'adresse un nourrisson chez un ostéopathe.

« Moi j'ai entendu parler que des ostéopathes attribuaient les pleurs du nourrissons à un traumatisme à la naissance. Les gens m'ont fréquemment dit qu'ils avaient été en voir un et que celui-ci avait remis en place les os crâniens de l'enfant en le manipulant. » (Verbatim 2)

« Il y a même des gens qui sortent de la maternité avec un rendez-vous chez l'ostéopathe. Les croyances des sages-femmes méritent d'être explorées par des ethnologues. C'est très important de connaître les croyances des parents. » (Verbatim 2)

« Me concernant il y a peu de demande médicamenteuse mais ils se tournent souvent vers autre chose, changer de lait, aller voir l'ostéopathe. » (Verbatim 2)

« Concernant l'ostéopathe, si ils me demandent ce que j'en pense, je leur réponds « pas du bien ». » (Verbatim 3)

3.11 Un maître mot : La réassurance

Malgré tout ce qui a été évoqué précédemment, chaque participant essaye de rassurer les parents, grâce à un examen clinique normal, à une écoute attentive, aux réponses aux multiples questions et en les confortant dans leur rôle de parents.

« Mais finalement, on rassure de la même façon, qu'importe le terme que l'on emploie. » (Verbatim 1)

« Les parents ne viennent pas forcément pour avoir un diagnostic, mais pour être rassurer. » (Verbatim 1)

« L'important c'est de les déculpabiliser sur ce qu'ils ont fait ou pas, en gros j'essaye de leur faire passer qu'il n'y a pas une seule solution toute faite, qu'il y a des courants, des modes. » (Verbatim 1)

« La première chose c'est de tenter de les rassurer. » (Verbatim 1)

« Rassurer sur la bénignité de ces pleurs. » (Verbatim 2)

« Il faut écouter les parents et leur dire que ça va passer. » (Verbatim 2)

« Je rassure les patients, je les écoute, je prends du temps avec eux et je suis ouvert à les revoir s'ils ont d'autres questions, s'ils sont en demande. » (Verbatim 2)

« J'essaye de les renforcer dans leurs compétences d'éducateurs, dans leurs capacités d'élever leur enfant, en leur disant que je trouve l'enfant en bonne santé et en général je demande leur acquiescement. » (Verbatim 2)

« J'essaye d'être à l'écoute de leur stress et de leur proposer de revenir si ça les inquiète toujours afin qu'on en rediscute. » (Verbatim 2)

« Faut relativiser, dire que c'est normal que l'enfant pleure quand il n'a que quelques semaines de vie. Tous les enfants ont une période de vie où ils pleurent beaucoup. »
(Verbatim 3)

« On rassure les parents, l'examen est normal, l'enfant prend bien du poids, il grandit bien. » (Verbatim 3)

IV. Discussion

4.1 Limites méthodologiques

Le choix pour explorer ce thème s'est porté sur une méthodologie qualitative. Il a été préféré la réalisation de focus groups au lieu d'entretiens individuels car ceux-ci apportent de multiples avantages liés à une dynamique de groupe avec un apport important d'informations sur une courte durée, une favorisation de l'expression et de l'émergence d'idées controversées et un abord du comment et du pourquoi.

Les limites de ce choix sont la formulation de points de vue, l'impossibilité d'extrapolation des résultats du fait d'échantillons peu ou pas représentatifs et la possibilité d'une émergence de leader d'opinion, les interventions de celui-ci prenant le dessus par rapport à celles des autres. En découle alors la nécessité de la présence d'un modérateur neutre permettant de mettre les interlocuteurs en position égale et d'accorder une importance à chaque propos. Mais la présence d'un modérateur apporte aussi le risque d'orientation des réponses et d'accord amiable entre les participants sur certains sujets. [9].

La recherche qualitative est appréciée pour sa performance à étudier des problématiques fréquentes et complexes en médecine générale tout en s'épargnant l'approche statistique. [10]

Les difficultés de la recherche qualitative sont l'appropriation de cette méthode peu connue, le recueil de données, le codage, résultat d'une expérimentation technique et d'une triangulation pour permettre une meilleure objectivité, l'analyse requérant l'aide d'un logiciel et la rédaction compliquée par l'aspect narratif des résultats, basés sur les verbatims.

Plusieurs biais sont présents dans cette étude :

- Un biais d'investigation, les entretiens étant conçus, réalisés et analysés par la même personne, impliquée dans son travail de thèse et sans expérience antérieure.

- Une absence de triangulation, la triangulation permettant de renforcer et d'améliorer les décisions, or j'ai été la seule à rassembler et à interpréter les données.
- Une sélection des médecins généralistes. Effectivement il a été très difficile de trouver des participants, ceux-ci motivant leurs refus par des journées de travail trop chargées, puis d'organiser des séances convenant aux disponibilités de chacun. Les trois séances ont donc eu lieu le soir, à 21h, horaire qui convenait à tout le monde. L'objectif était de former des groupes de 8 personnes, objectif non atteint (7 personnes pour le focus group 1, 8 personnes pour le focus group 2 et 6 personnes pour le focus group 3), de par la difficulté de réunir les participants et d'un désistement d'une personne au dernier moment. A noter, un ratio homme / femme déséquilibré avec 14 femmes et 7 hommes, dont 6 jeunes mamans.

4.2 Les données de la littérature

Les termes « coliques du nourrisson », se rapportant à la sphère digestive, sont souvent utilisés dans les données de la littérature pour parler des pleurs excessifs du nourrisson survenant au lever du jour ou à la tombée de la nuit, chez les bébés entre 3 semaines et 3 mois, sans qu'il n'existe de cause organique décelable [2]. Certaines sources mettent en avant la sphère digestive en décrivant des symptômes douloureux survenant immédiatement à la fin du repas ou au milieu de celui-ci, des réveils nocturnes avec pleurs et émission de gaz (horaire variable, souvent en première partie de nuit), un météorisme abdominal, une anomalie de fréquence et de consistance des selles (liquides, explosives ou rares) et une poussée et une émission de selles difficiles et douloureuses [11]. Or, tous ces symptômes sont relatés par les parents mais ne sont jamais constatés lors des examens cliniques des médecins généralistes interrogés, ceux-ci étant face à des nourrissons en bonne santé avec une croissance statur pondérale et un développement psychomoteur normaux [12].

Dans notre étude, nous avons vu, que les symptômes digestifs et les termes « coliques du nourrisson » étaient évoqués et décrits par les parents, et non par les médecins généralistes qui ont une préférence pour les termes « pleurs du nourrisson » qu'ils pensent plus proches de la réalité que les termes « coliques du nourrisson » qui ont, selon eux, une connotation digestive trop importante. Malgré leur préférence pour les termes « pleurs du nourrisson », les médecins généralistes finissent, dans la majorité des cas, par recentrer leur examen clinique autour de l'abdomen. Dans la littérature, les termes « coliques du nourrisson » et « pleurs excessifs du nourrissons » sont employés pour décrire les mêmes symptômes [12].

Plusieurs causes ont été évoquées dans la littérature dont une intolérance au lactose, des troubles de la motricité intestinale, un déséquilibre de la flore bactérienne intestinale, d'une hypersensibilité alimentaire (allergie aux protéines de lait de vache), de troubles du comportement alimentaire [3] [5] [12]. Un lien entre les coliques du nourrissons et la survenue de migraines a même été évoqué [13] (les migraines précéderaient les coliques et pourraient être responsable d'une inflammation des terminaisons nerveuses au niveau de l'intestin).

Les médecins généralistes ont eux aussi évoqués une immaturité et une maturation du système digestif, des problèmes de tétées et de préparation de biberon... D'autres causes ont été relatées comme les troubles du sommeil, les niveaux socioéconomiques élevés et une relation mère-enfant ne se déroulant pas normalement, le stress, l'angoisse parentale.

Depuis quelques années, apparaissent dans les études, de façon prépondérante, d'autres causes telles que des facteurs psychologiques influençant la relation parents-enfant, des stimulations trop importantes de l'entourage conduisant à des troubles du sommeil et un manque de réassurance des parents [14]. Ces causes étant retrouvées dans les familles appartenant à des catégories socioprofessionnelles et socioéconomiques élevées, lorsque la mère est âgée de 30 à 34 ans. [15].

B.Spock et R.Spitz sont les premiers à avoir évoqué une conception relationnelle de ce syndrome. Ils décrivaient un état tonique dès la naissance, une réponse vive aux sollicitations extérieures, des capacités d'apaisement réduites, une sensibilité algique aigüe

et une expression amplifiée des sensations et affects pénibles. Le Rôle de la mère et la nature des interactions qu'elle noue avec son bébé jouent un rôle dans ce syndrome. R.Spitz parlait de « sollicitude anxieuse primaire » du côté de la mère dont les mécanismes inconscients sont fortement imprégnés d'agressivité [16], B.Spock décrivait une sollicitude exagérée de surprotection maternelle à l'affut des moindres gestes du nourrisson [17].

Plusieurs observations des relations mère/bébé ont montré qu'il y avait souvent un débordement du système « par-excitation » maternel puis paternel. Le nourrisson tente alors de décharger les excitations en trop qui pèsent sur le système père-mère-bébé et ceci se traduit alors par l'apparition de pleurs excessifs du nourrisson [18].

Ces pleurs excessifs sont alors apparus comme un défaut d'ajustement entre un nourrisson au tempérament déjà en place et une mère gênée dans la mise en place de son rôle tout en prenant en compte la fonction paternelle [19]. Il est à noter que globalement, ces interactions restent tout de même de bonne qualité [20].

Ce dysfonctionnement de l'interaction mère-père-bébé peut alors être détecté lors de consultations systématiques du nourrisson, où le médecin généraliste, professionnel de santé de première ligne, interroge les parents sur la qualité de sommeil de l'enfant, sur son alimentation, ses habitudes... C'est à ce décours que les parents expriment, s'ils en ressentent le besoin, les difficultés qu'ils peuvent avoir avec leur nourrisson, notamment face à ces pleurs, et sur les conséquences de ces pleurs dans leur vie quotidienne, afin de détecter un éventuel épuisement. En effet, les cris d'un enfant dans ce contexte, peuvent être agressifs et désorganisant pour la psyché mentale des parents qui pourraient être alors débordés émotionnellement et qui risqueraient de devenir maltraitants. [21]. Cet axe est activement recherché par certains médecins généralistes durant la consultation.

Les médecins généralistes tentent, en priorité, de rassurer les parents de part un examen clinique normal, d'une écoute attentive, de réponses à leurs multiples questions afin de les conforter dans leur rôle de parents. Ils leur expliquent que ce phénomène est passager, bénin et qu'on n'en connaît pas exactement les causes. Le maître mot est donc la réassurance afin de diminuer l'angoisse, le stress parental et par conséquent d'éviter une sur-stimulation du nourrisson.

La prévalence de cas de pleurs inexpliqués du nourrisson est plus élevée chez les premiers enfants de fratries [15]. La mère n'ayant pas d'expérience antérieure serait alors beaucoup plus angoissée et transmettrait cette angoisse à son enfant. Certains pensent que les mères, pour les autres enfants de la fratrie, ne consulteraient pas lors de pleurs inexpliqués, celles-ci n'ayant pas besoin d'aide extérieure pour gérer le problème et ayant déjà été rassurée sur ce phénomène bénin et passager.

En ce qui concerne les traitements, la littérature propose de multiples traitements. Une méta-analyse de 2011 [12] retrouve trois stratégies thérapeutiques, la substitution de protéines, la phytothérapie à base de fenouil et le probiotique *L. reuteri*.

D'autres thérapeutiques alternatives sont proposées telles que l'homéopathie avec l'association de *Lycopodium clavatum* 9CH, le *Colocynthis* 9CH, le *Nux Vomica* 9CH et le *Cuprum metallicum* 5CH [22]. Aucune littérature démontrant leur efficacité n'a été retrouvée.

Une méta-analyse de Lucassen et AL [23] a mis en évidence que le traitement des coliques du nourrisson par l'administration un médicament antispasmodique anticholinergique, permettait d'obtenir une diminution de la durée des pleurs et / ou la résolution des coliques chez 46% des enfants traités. Cependant ce traitement était associé à la survenue d'évènements indésirables chez 5% des enfants traités.

Concernant l'ostéopathie, trois essais ont mis en évidence un effet bénéfique des méthodes ostéopathiques avec une diminution de la durée des pleurs dans un contexte de manipulation du crâne et du rachis [24] . Mais un essai conduit en double insu n'a pas démontré d'efficacité de la manipulation du rachis [25].

Ici, les médecins généralistes, dans leur majorité, ne donnent pas de traitement en première intention. Si les parents insistent, certains donneront de l'homéopathie, des anti-douleurs ou conseilleront un changement de lait. Concernant l'ostéopathie, aucun ne la propose du fait d'une non-connaissance de la pratique dans ce contexte.

Enfin les conseils donnés par les médecins sont de masser et de s'occuper de l'enfant, d'éviter la suralimentation, de faire attention à la préparation des biberons et parfois ils conseillent un changement d'eau. Le conseil le plus récurrent est celui de faire selon son souhait, ils confortent les parents dans leur rôle [12].

Dans la littérature, il est dit que la mère a besoin d'être encouragée afin de développer avec son enfant d'autres moyens de communication (par le regard, la parole et le dialogue tonique) permettant au bébé de trouver d'autres moyens d'expression que le cri [2].

V. CONCLUSION

Le terme « coliques du nourrisson » avancé dans la majorité des cas par les parents lors d'une consultation, n'apparaît pas approprié, pour les médecins généralistes, pour décrire les pleurs inexplicables du nourrisson, le mot « coliques » étant un terme appartenant à la sphère digestive, alors qu'une origine plurifactorielle serait retenue (immaturité digestive, stress parental, défaut de réassurance des parents, problèmes de préparation des biberons).

Le rôle des médecins généralistes n'apparaît pas seulement comme celui de prescripteur d'un traitement, ceux-ci, de par leurs expériences, ne prescrivent plus de traitements. Devant cette plainte, ils tentent de percevoir le vécu et le ressenti des parents et recherchent un stress, une angoisse parentale. La réassurance des parents semble essentielle dans la prise en charge de ces pleurs et devient alors leur priorité, les médecins généralistes voulant éviter toute forme de maltraitance.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics* 1954 ; 14 :421-35
2. Pleurs du nourrisson, L Valdes, *Journal de pédiatrie et de puériculture* n°1 – 1995
3. Rhoads JM, Fatheree NY, Norori J et AL. Altered microflora and increased fecal calprotectin in infants with colic. *J pediatr.* 2009; 155:823-8
4. Eléments cliniques du diagnostic de coliques du nourrisson. Enquête chez 2773 nourrissons âgés de 15 à 119 jours. J Stagnara, JP Blanc, G Danjou, MJ Simon-Ghediri, F Dürr. *Arch Pédiatr* 1997 : 4/959-966
5. Mise en place de la flore intestinale du nouveau-né. F Campeotto, AJ Waligora-Dupriet, F Doucet-Populaire, N Kalach, C Dupont, MJ Butel. *Gastroenterol clin biol* 2007 ;31 :533-542
6. Intérêt d'une formule infantile épaissie avec activité lactasique dans la prise en charge des troubles digestifs bénins du nourrisson. P Roy, C Aubert-Jacquín, C Avart, C Gontier. *Archives de pédiatrie* 11 (2004) 1546-1554
7. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. S. Bydlowski-Aidan, C. Joussemle. *Journal de pédiatrie et de puériculture* (2008) 21, 204-208
8. Oude Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourret G. La méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer, la revue française de médecine générale*, 2013 ;24(105) :4-11.
9. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien Médecine Générale* 2004 ; 18 (645) : 382-4
10. Aubin-Auger I, Stanikiewicz B, Mercier A, Lebeau JP, Baumann L. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. *Exercer* 2010 ; 21 (93) : 111-4

11. Le nourrisson en pleurs : reflux, coliques ou colère ? Une approche psychosomatique. N Boige. Dossier le sommeil de l'enfant, Medecine du sommeil, année 5- Juillet-aout-septembre 2008
12. Quels traitements pour les coliques du nourrisson ? V Bruyas-Bertholon, A Lachaux, JP Dubois, P Fourneret, L Leutrilliart. Presse-Med 2012 ; 41 : e404- E 410, 2012 Elsevier Masson SAS.
13. Les coliques du nourrisson dues aux migraines, <http://www.parents.fr/Actualités/Les-coliques-du-nourrisson-dues-aux-migraines>, page consultée le 3/06/13.
14. Savino F. Focus on infantile colic. Acta Paediatr 2007 ;96 : 1259-61.
15. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic: questionnaire study covering 76747 infants. BMI 1997;314:1325-8
16. Spitz R. The psychogenic diseases in infancy. Psychoanal Study Child 1961;6:255-75
17. Spock B. Etiological factors in hypertrophic pyloric stenosis and infantile colic. Psychosom Med 1944;6:162-5.
18. Debray R. Les coliques idiopathiques. In: Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F, editors. Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : PUF ; 2000. P.127-8.
19. Benony C, Golse B. Psychopathologie du bébé. Tours : Nathan Université ; 2003
20. Rähä H, Lehtonen L, Huhtala V, Saleva K, Korvenranta H. Excessively crying infant in the family: mother-infant, father-infant and mother-father interaction. Child Care Health Dev 2002;28(5):419-29.
21. Coliques du nourrisson et interactions mère-enfant en consultation de puériculture de protection maternelle et infantile: à propos de 98 cas évalués par l'échelle de Bobigny. T. Sahli-Chau, Journal de pédiatrie et de puériculture (2010) 2 , 243-248.
22. Prise en charge des petits bobos de bébé ; Actualités pharmaceutiques, n°501, Décembre 2010.

23. Lucassen PL, Assendelft WJ, Van Eijk JT, Gubbels JW, Douwes AC, VAN Geldrop WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child* 2001;81:398-103.
24. Hayden C, Mullinger B. A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. *Complement Ther Clin Pract* 2006;12:83-90.
25. Olafsdottir E, Forshel S, Fluge G, Markestad T. Randomized controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Arch Dis Child* 2001;81:138-41

ANNEXE 1

Verbatim 1

Question 1 : Lors d'une consultation, à quelle occasion les parents évoquent-ils, citent-ils, les mots « coliques du nourrisson » ?

Dr VSM : Dès que le nourrisson pleure.

Dr JMV : Quand il y a des problèmes de sommeil, quand ils sont agités, et qu'ils n'ont pas d'explication.

Dr ER : Soit c'est un motif de consultation en lui-même, donc ils viennent parce que le petit pleure beaucoup, soit c'est au moment de la consultation quand je les questionne sur les habitudes du petit (comment dort-il ?, comment mange-t-il ?).

Dr AR : C'est souvent au cours de la consultation quand je leur demande « comment ça se passe à la maison ? », « est-ce que tout va bien ? », « est-ce qu'il dort bien ? », ça ressort souvent à ce moment-là.

Dr VSM : Ils le disent aussi quand le bébé a des selles qu'ils ne savent pas encore étiqueter, qu'il a des coliques, qu'il ne dort pas bien, quand il pleure le soir et que tout cela se passe dans les trois premiers mois .

Dr JLL : Quand tu dis ça, c'est que les motifs de consultation sont les pleurs ?

Dr VSM : Non, ce n'est pas un motif de consultation vraiment, c'est une globalité. Ils arrivent parce que le nourrisson est grognon, il ne dort pas très bien, et c'est au décours de la consultation qu'il évoquent les mots « coliques ».

Dr JMV : Si j'ai bien entendu Anne, tu disais que c'est toi qui leur demandais s'ils avaient des coliques.

Dr AR : Non, je ne leur demande pas si ils ont des coliques mais quand ils viennent pour les premiers examens des premiers mois, je les interroge sur le sommeil du nourrisson, s'il se réveille la nuit, et je demande toujours aux parents si eux ne sont pas trop fatigués. On en parle souvent lors des consultations systématiques. Ce n'est pas souvent un motif de consultation.

Dr ER : Souvent c'est des jeunes parents pour un premier enfant, entre la sortie de la maternité et l'examen du premier mois, et les parents consultent pour ça. C'est aussi l'occasion pour eux d'avoir une pesée, de s'assurer que tout va bien, souvent pour le premier enfant.

Dr VSM : Oui, beaucoup plus pour le premier bébé, que pour les suivants. Le premier c'est un vent de panique.

Dr ER : Les parents ont besoin de réassurance.

Dr DC : Dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas pour le premier, s'il ne mange pas, s'il est constipé ou si il pleure. Globalement le mot coliques est cité assez vite et il y a toujours des proches qu'ils leur ont dit ça.

Dr PP : J'ai l'impression que ce n'est pas souvent un motif de consultation en lui-même, c'est quelque chose qui est dit au cours de l'examen systématique ou lorsque l'enfant vient pour des pleurs ou des troubles du sommeil. Ça concerne surtout les premiers enfants, aux environs de trois mois et jusqu'à six mois parfois. En soi, c'est très rarement un motif de consultation.

Dr VO : Ce n'est pas un motif en soi, c'est même plus lié à des pleurs inexplicables, au fait qu'ils aient l'impression que leur enfant soit douloureux.

Dr JMV : Parfois c'est parce qu'ils ont des mouvements saccadés et donc à cette occasion les parents disent que c'est parce qu'il a des coliques. C'est par ce thème qu'ils expliquent ces mouvements brutaux.

Question 2 : Dans quelles circonstances, devant quels symptômes, évoquez-vous ce diagnostic ?

Dr AR : Devant les pleurs inconsolables du soir, au coucher. Devant l'impression que l'enfant se tortille, qu'il ait mal au ventre.

Dr PP : Je l'évoque quand ça m'arrange bien. Ça peut aller de l'enfant qui pleure, qui mange mal, qui a des gaz, des selles mal moulées. C'est souvent les parents qui évoquent le diagnostic mais je n'ai pas vraiment de support, une symptomatologie qui me permet d'identifier quelque chose de concret, pas de support organique réellement établi.

Dr VSM : Qu'entendons-nous vraiment par « coliques du nourrisson » ? Parfois ça m'arrange bien de dire que oui c'est des coliques et que ça va passer. En fait, existe-t-il une vraie définition de « coliques du nourrisson » ?

Dr JMV : Je ne propose presque jamais le diagnostic, c'est les parents qui le proposent. J'aurais même tendance à faire la sourde oreille lorsqu'ils l'évoquent car je n'en suis pas convaincu de cette qualification, qui me convainc moyennement, j'ai du mal à le prononcer. Les parents veulent qu'on entende les symptômes.

Dr PP : Je trouve que les parents aiment bien avoir un diagnostic en fin de consultation. Donc s'ils évoquent le diagnostic je leur dis parfois que oui ça peut être des coliques car ça fait « diagnostic ». Dans ce cas c'est le patient qui donne le diagnostic.

Dr JMV : Les parents ont besoin d'être rassurés et pas d'avoir un diagnostic.

Dr JLL : Dr PP, as-tu des éléments pour penser que les parents ont besoin d'un diagnostic ?

Dr PP : C'est une impression. Je pense que quand les parents viennent pour leur enfant qui pleure c'est différent de les laisser partir en disant « je ne sais pas ce qu'il a » ou dire « ne vous inquiétez pas il n'y a rien de grave ».

Dr JMV : Si tu leur réponds que l'examen est normal, que c'est juste des gaz, des spasmes, on n'est pas obligé de parler de coliques. En disant le diagnostic de « coliques » aux parents, j'ai l'impression qu'on se débarrasse du problème.

Dr VSM : Il faut expliquer aux parents que tout se met en place, que ça prend du temps...

Dr JMV : On peut expliquer aux parents que tout va bien, que l'examen est normal, mais on est pas obligé de fixer une étiquette. Le diagnostic n'est pas forcément rassurant en soi.

Dr DC : Dans une consultation chronophage, tu dis que c'est bénin, que ça va disparaître, que c'est pas grave.

Dr JMV : On est donc pas obligé de dire le diagnostic.

Dr ER : J'évoque souvent la métaphore avec une usine qui se met en route. Quand l'enfant est dans le ventre, tout passe par le cordon ombilical et que, maintenant, l'intestin commence à se mettre en marche. C'est pas évident, c'est physiologique, je rassure assez facilement. C'est pas vraiment indispensable de dire coliques, c'est eux qui le suggèrent.

Dr DC : Ça dépend aussi des parents que l'on a en face de nous.

Dr PP : Ce diagnostic c'est presque du langage populaire, ça englobe un tas de chose, les pleurs, l'agitation, un cortège de symptômes qui permet de répondre.

Dr AR : Quand les parents parlent de coliques, j'ai tendance à leur demander ce qu'ils appellent coliques du nourrisson, car on parle pas forcément de la même chose. Parlent-ils de pleurs, du fait que l'enfant se tortille ou y'a-t-il d'autres symptômes qu'il va falloir développer ? En général on a des parents un peu trop inquiets, il faut creuser un peu, savoir ce qu'ils entendent par coliques.

Dr JLL : J'ai quand même entendu que vous mettez ça sur le domaine digestif. Dr JMV a bien dit spasmes, gaz, Dr ER tu dis que c'est un intestin qui se fait à l'alimentation. Vous restez tout de même dans l'explication digestive.

Dr AR : C'est pour ça que je fais préciser, parfois c'est des pleurs inexplicables, de début de nuit, les enfants ne se tortillent pas spécialement, quoi que l'on fasse il n'y a rien qui soulage, mais ils pleurent et ça inquiète beaucoup les parents . Autant dans la journée on raccorde les pleurs au digestif et qu'ils passent en leur massant le ventre, en leur donnant du Débridat, autant il y a les pleurs de début de nuit qui durent deux à trois heures, les parents sont fatigués, il n'y a rien qui soulage les enfants et ça se calme tout seul. J'explique que c'est dû au début de la nuit, que ça va passer. C'est peut être digestif, c'est peut être dû à autre chose mais ça va passer.

Dr ER : Je ne mets jamais les pleurs de début de nuit sur les coliques. Je différencie quand il se tortille, quand il a des spasmes, des pleurs de début de nuit dus à des angoisses, moments où un peu de peau à peau pourrait être nécessaire . Pour moi les pleurs ne font pas partie de ce diagnostic.

Dr AR : Pour moi les pleurs font partie du diagnostic.

Dr ER : Pour moi « coliques » ça veut dire ce que ça veut dire, on est dans la sphère digestive. Les pleurs de début de nuit je les raccorde avec le fait qu'il décharge toute l'attention de la journée, des visites qu'il a eu. Pour moi « coliques » c'est du digestif.

Dr AR : Mais finalement, on rassure de la même façon, qu'importe le terme que l'on emploie.

Question 3 : Interrogez-vous les parents sur leur état psychologique ? Si oui, que recherchez-vous ?

Dr ER : J'interroge toujours les parents pour savoir comment ils vont. J'essaie de dépister un contact qui ne se fait pas, une relation que n'arrive pas à s'installer entre la mère et l'enfant. Parfois les mères n'arrivent pas à en parler elles-mêmes. C'est culpabilisant notamment dans ces contextes de pleurs, c'est parfois difficile d'aller vers cet enfant, c'est épuisant physiquement face à cet enfant qui

pleure beaucoup. Les mères s'enferment dans cette relation qui ne se fait pas. C'est important de les interroger dessus car elles passent du statut de femmes enceintes où tout est centré sur elles, au statut du post-partum où tout est centré sur le bébé. Elles ne viennent pas aux consultations post natales parce qu'elles sont débordées et donc les premières consultations du bébés sont des moments privilégiés pour en parler, voir comment elles vont ?, ne sont-elles pas trop fatiguées ? On recentre donc les choses sur elles et on en parle plutôt en début de consultation, ça leur fait du bien.

Dr AR : Elles sont souvent surprises quand on leur pose ces questions.

Dr ER : Elles nous remercient en fin de consultation. C'est important pour elles, car tout le monde pense que c'est tout beau.

Dr VSM : Moi je fais un peu pareil, c'est très important lors du premier enfant. Ensuite j'ai l'impression que c'est plus simple pour les mamans. Tout est compliqué avec le premier, c'est important de savoir comment va la mère, comment ça va dans le couple. Il y a des mamans qui s'écroulent à ce moment-là. Récemment, une maman m'a dit « je ne devrais pas vous le dire mais je ne sais même pas si je suis heureuse que le bébé soit là », la pauvre...

Dr ER : Je demande aussi comment s'est passé l'accouchement, parfois c'est le carnage total, déchirure, ventouses... C'est souvent un moment très difficile. Ça peut être très important par la suite lors de l'installation du lien mère-enfant. Faut leur donner, à ce moment-là, l'opportunité de raconter.

Dr JMV : Est-ce que vous faites un lien entre les coliques et la fin de grossesse ,les conditions de l'accouchement, le suivi direct de l'accouchement ?

Dr AR : Quand la maman est déjà épuisée par son accouchement, par le quotidien, elle va être moins susceptible de gérer facilement les pleurs inexpliqués, les tortillements ... Ma phrase d'accroche pour embrayer sur la maman est « comment s'est passé l'accouchement ? » et du coup on voit assez vite si la maman est sereine, sur son petit nuage ou au contraire s'il y a des trucs qui ne vont pas. Si la maman va très bien, est dans sa bulle etc. Tout cela elle va le gérer. Si la maman va mal, les symptômes ne seront pas ressentis de la même manière.

Dr VSM : Les personnes qui reçoivent tout cela ne le reçoivent pas de la même façon et en plus ça peut être compliqué pour la suite.

Dr ER : Si elle va bien dans sa tête et que tout va bien, à la limite elle ne va pas t'en parler et encore moins consulter pour ça. Elle va sans doute réussir à apaiser son enfant plus facilement alors qu'une maman épuisée physiquement et moralement aura plus de mal à gérer.

Dr JMV : Donc vous ne faites un lien que entre la mère et l'enfant ? Vous ne parlez pas du père, de la fratrie et du reste. En fait, le problème n'est pas juste entre la mère et le bébé. C'est un ensemble.

Dr AR : Mais souvent on ne voit que la mère, le père travaille et donc on s'attache plus à la maman.

Dr JMV : N'avez-vous pas l'impression qu'il y a un lien très fort entre la mère et le bébé au détriment des autres ? Est-ce que ce n'est pas aussi problématique par rapport à la gestion des coliques du nourrisson ?

Dr AR : En fait, avec les questions que je pose, finalement je sais assez vite si c'est la maman qui gère tout ou pas. Il est vrai que quand une maman allaite je demande pas toujours comment le père a trouvé sa place. Lors des grossesses suivantes, les mamans s'autorisent à dire quand ça ne va pas.

Dr ER : Avec d'autres enfants les mamans ont moins le temps de s'épancher sur les pleurs. J'ai l'impression que les deuxième et troisième enfants n'ont pas le choix et doivent suivre le mouvement, ils se font moins entendre aussi, enfin c'est ce que je crois .

Dr AR : Les mamans sur une deuxième ou troisième grossesse ont déjà intégré qu'elles peuvent être débordées et que ça peut être difficile. Souvent elles idéalisent la deuxième grossesse et l'arrivée du deuxième bébé. C'est pour cela qu'on a l'impression que ça se passe mieux. Cela dit, ce n'est pas toujours le cas.

Dr JMV : Ça peut être tout à fait l'inverse, pour le premier, tout le monde est centré sur l'enfant et du coup tout le monde va faire en sorte que ça se passe bien pour l'enfant alors que ce n'est pas forcément le cas pour un second ou au contraire c'est quelque chose qui est devenu « banal » et donc on fait moins attention à la mère et à ce deuxième enfant.

Dr ER : J'ai beaucoup plus de compassion pour une femme dont c'est le deuxième ou troisième enfant, je me demande comment ça se passe ?, comment elle gère ?

Dr JMV : Pour une deuxième grossesse et un deuxième enfant, chacun met un peu plus de distance.

Dr AR : En tant que médecin, je fais pareil pour une première ou une deuxième grossesse. Je redonne toujours les mêmes conseils, même si ce n'est pas le premier. Je ne pars pas du principe qu'elle se rappelle, qu'elle sait déjà.

Dr ER : Sous prétexte que c'est leur deuxième enfant, elles sortent plus tôt de la maternité, on ne leur donne aucun conseil, que ce soit pour l'enfant, l'allaitement ... Du coup, elles ont besoin qu'on leur fasse deux, trois piqûres de rappel.

Dr JLL : Y'a-t-il plus de consultations pour le motif « coliques du nourrisson » pour une première grossesse que pour les grossesses qui arrivent après ?

Dr AR : Oui

Dr DC : Pour ma part, à mon avis c'est sûr. Mais ce qui change chez la primipare c'est la culpabilité. La mère se sent forcément responsable, elle a forcément fait quelque chose de pas bien. Alors que pour les autres elle prend du recul avec ça.

Dr ER : Je pense que ce qui est important c'est que pour le deuxième elle a remarqué que l'on avait raison et qu'effectivement ça passait . Elles ont constaté par elles-mêmes que par la suite ça se mettait en place, les pleurs cessent.

Dr AR : Je suis assez d'accord, surtout sur la culpabilité. Après il y a des grossesses et des enfants différents et donc des mamans qui le vivent mal pour le deuxième et qui se disent qu'elles ont géré le premier et que là elles n'y arrivent pas. Je n'ai pas remarqué vraiment de différence mais je pense que c'est parce que je n'ai pas réellement fait attention pour un premier ou un deuxième.

Dr VSM : Moi avec vingt-cinq ans de recul, je pense que les mères ne le prennent pas de la même façon.

Dr JLL : Donc tu veux dire qu'il y a moins de troubles digestifs pour un premier qu'un deuxième ?

Dr VSM : Non, il n'y a pas moins de troubles digestifs mais les mères le prennent différemment. Elles l'ont déjà vécu, ça s'est bien passé, et donc ça va mieux se passer. C'est le ressenti de la mère qui est complètement différent. Pour certaine, quand c'est le premier je leur dis « vous verrez pour le troisième ça ira mieux ».

SS => Pensez-vous qu'il y a plus de coliques du nourrisson, plus de symptômes digestifs, quand les parents sont un peu plus stressés, anxieux ?

Dr VSM => Je pense qu'ils l'appréhendent d'une manière différente, je ne suis pas sûre qu'il y en ait plus. On peut peut-être l'imaginer puisse que l'on ne sait pas vraiment à quoi cela est dû.

Dr ER : Peut-être qu'il y a plus de pleurs que l'on met sur le compte de « coliques du nourrisson », et c'est sûr qu'il y a un lien avec l'anxiété partagée. Si ces fameux pleurs du soir sont des coliques du nourrisson alors j'aurais tendance à dire que oui il y en a plus, car les parents étant anxieux sont alors moins rassurants.

Dr JMV : Tu as dit tout à l'heure que les coliques ce n'était pas les pleurs du soir, de l'endormissement, mais que c'était les pleurs des début et fin de nuit. Donc les pleurs de journée ne sont pas les pleurs de la colique du nourrisson. Les coliques regroupent-elles les pleurs du début de nuit des parents ?

Dr AR : Non, c'est les pleurs, après la dernière tétée, entre vingt et vingt-deux heures.

Dr JMV : Pour moi, les pleurs de coliques ont lieu le matin, l'après-midi, le soir, la nuit, il n'y a pas d'horaire spécifique.

Dr AR : D'où l'importance de demander aux parents ce qu'ils entendent par coliques, s'ils viennent avec ce diagnostic-là, car parfois c'est quand ils se tortillent, d'autres fois c'est les pleurs de début de nuit. Si on ne demande pas ce que ça recouvre, je ne suis pas sûre que l'on parle tout le temps de la même chose avec les parents.

Dr JMV : Pose-t-on des questions sur l'état psychologique sur ces pleurs de fin de journée ou de début de nuit ou plus pour n'importe quel moment ? Y pense-t-on plus pour ces pleurs de fin de journée que pour les autres ?

Dr AR : Concrètement, moi je suis systématique sur l'état psychologique, je creuse toujours même si tout va bien. Je pense que c'est plus les pleurs inexplicables du soir qui vont être liés à l'état psychologique plutôt que les autres symptômes. Après je ne sais pas s'il y a vraiment un lien établi ou si c'est plutôt un ressenti. Les parents qui vont bien ne viendront pas consulter pour ça alors que les pleurs sont quand même là. Y'a-t-il un vrai lien ou pas ? Est-ce que c'est les gens qui vont moins bien qui viennent consulter ?

Question 4 : Que recherchez-vous à l'examen clinique du nourrisson et dans quel but ?

Dr ER : J'examine son ventre, je m'assure qu'il est bien dépressible, j'essaie de voir s'il y a plus de bruits hydro-aériques, je regarde s'il se tortille beaucoup quand il est sur le dos. J'insiste plus sur l'interrogatoire pour savoir le nombre de selles par jours, comment sont les selles, et comment se passe la prise des biberons. L'examen clinique d'un bébé est quand même limité et sommaire. Quand le bébé va bien et que ce n'est que des coliques, il n'y a pas grand-chose à trouver.

Dr AR : L'examen clinique est plus là pour rassurer les parents. Souvent à l'interrogatoire on sait déjà à peu près ce qu'il y a et ce qui se passe.

Dr JMV : A priori, ça nous permet de voir si l'enfant est détendu, relâché, souriant. Après ça s'arrête juste à palper le ventre, voir si il vide bien sa vessie.

Dr PP : Je pense que le moment de l'examen c'est aussi un moment pour voir la relation parents-enfant, comment la mère déshabille l'enfant, comment elle l'installe, comment elle s'en occupe pendant l'examen, comment elle le regarde, lui adresse-t-elle la parole ? C'est déjà un temps qui permet de savoir comment se passe la relation.

Dr VSM : Elle peut aussi s'éloigner du bébé .

Dr JMV : C'est étonnant car quelque fois ils posent l'enfant et te le laissent, ils vont s'asseoir à côté.

Dr ER : Il m'est déjà arrivé de leur dire qu'ils peuvent venir le rassurer, les parents étant en retrait.

Dr VSM : Chez les nourrissons je recherche aussi un muguet qui pourrait occasionner des petits troubles de l'alimentation chez le bébé. Il y a aussi des choses que l'on attend dans les coliques.

Dr VO : Finalement, on ne recherche rien en particulier, on s'attend à ce que tout soit normal, et on va surtout sur l'abdomen. Notre représentation est tout de même assez digestive.

Dr AR : Mais on fait, de toute manière, toujours un examen systématique assez complet.

Dr JLL : Mais dans le cas d'une rhino-pharyngite par exemple, regardez-vous le comportement des parents par rapport au bébé ?

Dr AR : Oui, je l'ai toujours en arrière-pensée. Je regarde toujours comment ils le déshabillent, comment ils se comportent.

Dr VO : On sera sans doute moins focalisé sur la relation.

Dr JMV : Ce qui est intéressant c'est de voir si le comportement des parents est différent quand ils viennent pour une colique ou pour une rhino-pharyngite. Une douleur peut-être vécue différemment d'une rhino-pharyngite.

Dr ER : Vanessa quand tu disais que l'on revient toujours sur la sphère digestive, je pense que si l'on se dégageait de cette sphère-là faudrait changer de nom. J'aurais du mal à faire un examen neurologique si les parents viennent consulter pour des coliques.

Dr JMV : Il y a des études qui ont montré que l'intestin serait le deuxième cerveau.

Dr JLL : J'ai entendu que ce diagnostic, relayé par les médecins, ne vous gênait pas.

Dr AR : C'est parce qu'on a pas d'autre terme à apporter.

Dr ER : S'il y a un terme à apporter. Moi j'aime faire passer aux parents que l'enfant va bien.

Dr JMV : C'est bien ce que je disais, il n'y a pas besoin de mettre un diagnostic.

Dr AR : Les parents ne viennent pas forcément pour avoir un diagnostic, mais pour être rassurés .

Dr JLL : Alors pourquoi les docteurs mettent un diagnostic ?

Dr DC : Pour être rassurants.

Dr JMV : Pour se rassurer eux.

Dr VSM : Je crois qu'on met de moins en moins de diagnostic.

Dr ER : Quand les parents me parlent de diagnostic, j'essaye de dédramatiser et de leur dire que c'est normal. J'essaye de faire descendre le niveau de pression des parents.

Dr AR : C'est tout nouveau pour le bébé, c'est les premières fois qu'il mange.

Dr ER : Je ne vais pas aller m'opposer à leur diagnostic, je ne vais pas les prendre de front. On peut les laisser mettre leur diagnostic dans ce contexte.

Dr VSM : Le diagnostic de coliques n'est pas grave, que je dise qu'il a des gaz ou une colique pour moi c'est la même chose.

Dr DC : J'ai l'impression qu'il y a plus de coliques chez les premiers, parce que j'ai l'impression que les mères ne sont pas en aptitude de rassurer. Plus elles ont d'enfants et plus elles sont rassurantes. Je pense que si elles ne sont pas rassurantes, alors elles culpabilisent, et là le médecin se doit d'être rassurant, et donc poser le diagnostic est rassurant. Je pense qu'on ne dit pas ce diagnostic à n'importe qui, j'ai l'impression.

Dr ER : Donc vous pensez que quand les mères sont moins anxieuses alors il y a moins de coliques. Est-ce qu'elles ne consultent pas parce qu'elles s'inquiètent moins ?

Dr DC : Ou il y en a moins ou c'est mieux vécu. On voit plus les mères anxieuses qui ramènent leurs enfants.

Dr AR : Ce n'est pas facile de savoir s'il y en a moins ou si c'est parce qu'elles consultent moins.

Question 5 : Quels sont pour vous les causes et les mécanismes qui définissent les coliques du nourrisson ?

Dr ER : C'est un immaturité du système digestif qui se met en route. Il faut tolérer le lait. IL me semble avoir lu qu'il y aurait autant de coliques chez les enfants prenant du lait maternel que ceux prenant du lait artificiel.

Dr VSM : C'est vraiment que l'enfant n'a rien absorbé avant la naissance. Ça se met en place puis les symptômes s'estomperont.

Dr JLL : Ça serait bien que chacun donne sa position par rapport à ça.

Dr PP : Moi je demande comment ils préparent les biberons. S'ils n'arassent pas trop, s'ils ne tassent pas trop le lait en poudre. Je reproduis ce que j'ai vu en pédiatrie quand j'étais étudiant sans être sûr qu'il y ait des conséquences.

Dr VSM : Du coup tu fais une différence entre le lait maternel et le lait artificiel ? Parles-tu du lait que l'on fait chauffer ou pas ? Certains disent que c'est parce que le lait est froid, d'autres tiède.

Dr AR : Pour moi, la colique ce n'est pas que les troubles digestifs, et c'est un terme impropre pour le reste. Pour moi la colique c'est aussi les pleurs inexplicables ... Quand les gens arrivent avec ce diagnostic-là, je leur demande toujours ce que ça recouvre. Pour les gens ça ne recouvre pas juste les troubles digestifs. Les causes c'est les angoisses mal expliquées, c'est aussi un peu fourre-tout pour les gens. Parfois ils essaient de se rassurer en se disant que c'est des coliques mais ça peut être plein d'autres choses. En fait, je ne suis pas très centrée sur le digestif finalement. Je recherche des pleurs fréquents après chaque tétée, je vais rechercher un diagnostic de reflux que l'on tarde parfois à diagnostiquer. Les coliques c'est quand l'enfant se tortille, mais ça peut être aussi les pleurs de début de nuit, les inconforts digestifs. Quand les gens parlent de coliques ça recouvre tout ça aussi.

Dr VO : Pour moi c'est plus les gaz et donc les pleurs en journée. Les pleurs de début de nuit ne sont pas pour moi des coliques du nourrisson. Je n'emploie pas le terme de colique.

Dr AR : Ce qui est important c'est de savoir ce que ça recouvre pour les parents. Dr VO, si les parents viennent pour des coliques du nourrisson, qu'en creusant tu te rends compte que c'est des pleurs de début de nuit, es-tu capable de leur dire que tout ceci n'est pas des coliques ?

Dr VO : Oui, je suis capable de dire que ce n'est pas des coliques. Et que c'est sans doute plus lié à l'environnement, à l'anxiété ...

Dr JMV : Je suis d'accord avec Dr VO. Je vais plus sur le versant anxiété, angoisse, fatigue de la mère. J'irais plus vers ce mécanisme pour ces pleurs-là et que je ne qualifierais pas de coliques probablement. Pour moi, les coliques n'ont pas d'horaire particulier. Après pour le mécanisme, je ne vais pas non plus penser que ce n'est que digestif, c'est-à-dire à n'importe quel moment de la journée, il y a une perturbation qui va se manifester par un symptôme (pleurs, mouvements) et j'ai du mal à donner un mécanisme particulier. Mais dans tous les cas je veux bien croire qu'il y a une participation anxieuse ou qu'il n'y a pas de réponse calmante.

Dr AR : En fait on leur dit la même chose mais je ne les contredis pas sur la colique. Mais je leur dirais que ce n'est pas forcément que digestif.

Dr DC : Je pense que c'est un trouble de la relation mère-enfant avec une anxiété latente de la mère, de l'enfant ou des deux, soit parce que la mère n'arrive pas à communiquer avec son gamin soit parce qu'elle est mal entourée. Souvent la mère qui vient pour son troisième enfant nous dit « vous vous souvenez comment j'étais pour le premier ? »

Dr VSM : C'est qu'elle ne le prend pas de la même façon.

Dr ER : Un bébé ne pourrait-il pas être anxieux ?

Dr JMV : Il n'y a pas de bébé anxieux, ça n'existe pas.

Dr ER : Les bébés ressentent tout, même quand ils étaient dans le ventre de leur mère.

Dr JMV : Je vais me contredire mais c'est vrai qu'ils ressentent des choses bien avant leurs naissances

Dr ER : L'anxiété chez le nourrisson ne peut-elle pas entraîner des désordres digestifs sans qu'il n'y ait de vrais troubles organiques ?

Question 6 : Après avoir éliminé les pathologies organiques sous-jacentes, que dites-vous aux parents pour expliquer les coliques ?

Dr JMV : On va essayer de les rassurer, de leur dire que c'est passager, que ça va s'arranger. On va exprimer une normalité physiologique et qu'il y a des choses fonctionnelles qui vont passer petit à petit.

Dr AR => J'ai tendance à dire que tout va bien, je les rassure sur l'examen, qu'on ne sait pas bien ce que ça recouvre, qu'il y a une part digestive, que c'est peut-être des angoisses mais que quoi qu'il arrive ça finit toujours par passer. Si on dit que ce n'est que digestif alors les parents ont tendance à

ne se focaliser que sur ça. Alors qu'on ne sait pas vraiment à quoi c'est dû mais que ce n'est pas grave et que ça a tendance à passer. Souvent on leur a déjà dit ça dans leur entourage.

Question 7 : Quels conseils donnez-vous aux parents pour la prise en charge de ces coliques ?

Dr VSM : De masser le ventre, de les écouter, de faire du peau à peau, de ne pas stresser. A trois mois, ça sera passé et tout ira mieux.

Dr ER : Je leur conseille la position où l'on met le bébé sur le bras, de le masser. Ensuite je leur demande ce qu'ils lui donnent à manger. S'ils lui donnent du lait froid, je leur demande s'ils sont capables de boire du lait froid, s'ils le digèrent bien ? On afflige parfois des choses aux enfants que nous même nous ne pourrions pas supporter. Je leur propose de faire chauffer un peu le lait. Sinon ils font chauffer tout à la fois, la poudre et l'eau en même temps, je leur dis de faire chauffer l'eau dans un premier temps et de mettre la poudre après.

Dr AR : Si on leur conseille plein de choses, je leur dis qu'on ne sait pas si c'est ce qu'ils ont fait en dernier ou pas qui a fonctionné, si s'est passé tout seul. J'ai tendance à leur dire de faire un peu comme ils le sentent et qu'ils trouveront la meilleure solution.

Dr ER : Il paraît que l'eau Evian est très en vogue alors qu'elle constipe beaucoup.

Dr AR : Pour les pleurs du soir, je leur conseille d'emballoter leur enfant, parce que ça peut être rassurant. Les bébés ont parfois cette angoisse du vide autour d'eux. Ça peut être magique parfois.

Dr ER : Je leur dis de s'écouter et qu'ils fassent ce qu'ils veulent (dormir avec le bébé dans la chambre, faire du co-dodo) parce que ce n'est pas pour ça que le bébé retournera moins bien dans sa chambre à trois mois, du moment que ça ne gêne ni le père, ni la mère, il faut surtout qu'ils en profitent. Ne pas écouter l'entourage qui leur dit de le mettre aussitôt dans sa chambre, tout seul.

Dr AR : Quand ils me demandent des conseils, je leur dis que la limite c'est celle qu'ils veulent bien se mettre. Il n'y a pas une règle bien définie. Par exemple, si le co-dodo leur convient, alors c'est que c'est la bonne chose à faire. Il ne faut pas forcer les choses et faire comme on le sent.

Dr JMV : Je pense qu'il y a des parents qui ont besoin d'entendre des conseils assez clairs, assez carrés, et d'autres pour lesquels je n'aurais pas tendance à donner de conseil, parce que je ne sais pas ce qui marche effectivement. Je leur demande ce qu'ils ont déjà fait, et en général ils ont déjà tenté des choses et donc à ce moment-là je leur dis de continuer comme ça.

Dr AR : L'important c'est de les déculpabiliser sur ce qu'ils ont fait ou pas, en gros j'essaie de leur faire passer qu'il n'y a pas une solution toute faite, qu'il y a des courants, des modes.

Dr JMV : Il y a des parents à qui si on dit ça sont alors totalement perdus, ils ont besoin d'entendre quelque chose, même si ce n'est pas vrai, que ça ne fonctionne pas.

Dr PP : La première chose c'est de tenter de les rassurer. Je conseille souvent l'eau Hepar.

Dr ER : Je leur conseille de changer d'eau dès l'instant qu'elles sont bien pour les enfants. Ne pas toujours rester sur la même eau.

Question 8 : Proposez-vous un traitement ? Et si oui, lequel ?

Dr VO : Non, je ne propose pas de traitement

Dr VSM : Quasiment non, car ils ont déjà essayé des trucs qu'on leur a recommandé du genre fleur d'oranger ...

Dr ER : S'ils vous en demandent vous dites non ?

Dr VSM : Je leur demande si ce qu'ils ont donné à marcher ? non, bon alors ?!

Dr AR : Ça m'arrive, la plupart du temps je ne donne rien, en tout cas jamais sur une première consultation. Mais s'ils reviennent plusieurs fois et que ça tourne toujours autour du digestif alors ça m'arrive de leur donner du Débridat, en leur disant d'essayer et de ne pas insister si ça ne fonctionne pas . Je ne suis pas convaincue de l'efficacité mais à un moment donné les parents ont besoin d'essayer. Je ne leur donne jamais d'emblée.

Dr VSM : Avant je donnais du Débridat ou des choses comme ça, mais plus j'avance et moins j'en donne.

Dr PP : Je ne donne rien. J'ai donné du Débridat mais il y a longtemps.

Dr DC : Je ne donne plus rien maintenant, et je dis à la mère que c'est à elle de trouver ce qui va bien.

Dr ER : S'ils ne viennent que pour ça, je me sens le devoir de leur donner quelque chose, je ne me sens pas le courage de les faire partir sans ordonnance. Je leur dis que éventuellement ils peuvent essayer la Calmosine, que ça ne leur fera pas de mal, que ce n'est pas remboursé. Mais je ne fais ça que s'ils ne viennent que pour ça. Si c'est glissé lors de la consultation, il est sûr que je ne prescrirai rien.

Dr AR : L'effet placebo quand on donne quelque chose pour l'enfant passe aussi par le fait que les parents soient rassurés.

Dr JLL : Est-ce que ça calme les docteurs ?

Dr AR : Il y a de ça aussi sûrement.

Dr ER : L'homéopathie pour moi est aussi une échappatoire pour donner quelque chose tout en ne donnant rien.

Dr AR : En même temps, ça agit quand même sur le fait que ça rassure la maman si on est dans l'hypothèse que les angoisses peuvent être transmises.

Dr JLL : Conseillez-vous parfois un changement de lait ?

Dr VSM : Entre autre.

Dr AR : Si ils veulent changer des choses je leur dis qu'ils peuvent changer de lait.

Dr VSM : Il y a très peu de différences entre les différents laits.

Dr JLL : Qui conseille de changer de lait ?

Dr JMV : Ça peut m'arriver, si les parents veulent essayer quelque chose, je leur dis d'essayer un lait confort. Je sais bien que ça ne change rien.

ANNEXE 2

VERBATIM 2

Question 1: Lors d'une consultation, à quelle occasion les parents évoquent-ils, citent-ils, les mots «coliques du nourrisson» ?

Dr XP: En général c'est un motif de consultation, les parents viennent pour ça parce que ça les inquiète. C'est rare que ce soit au décours d'une consultation. Donc c'est souvent d'emblée, c'est rare quand c'est un deuxième motif de consultation. C'est rare quand c'est dit lors d'une consultation pour vaccination. C'est rare comme motif.

Dr VL: Pour ma part c'est plutôt les pleurs de l'enfant, car les parents ne nous disent pas forcément «coliques du nourrisson», ils en ont entendu parlé par l'entourage. C'est surtout devant des pleurs un peu inexplicables, où on a donné le biberon, on a donné le sein, la couche est propre mais il continue à pleurer par crise, et c'est à ce décours là, au décours de pleurs inexplicables.

Dr CN: Ils peuvent en parler aussi au cours d'une consultation de routine. Si les pleurs, si la symptomatologie sont peu intenses, les parents en parlent parce qu'ils ont aperçu un enfant qui se tortille, qui pleure un petit peu après le repas et donc ils s'en inquiètent et ils en évoquent la possibilité.

Dr PF: Il y a aussi les plaintes d'insomnie, si le gamin ne dort pas parce qu'il est agité, il tête et il a mal au ventre.

Dr JBe: Moi je dirais que c'est plutôt lors des examens systématiques, pour les pleurs inexplicables, qu'eux expliquent en évoquant un problème digestif. Le mot «coliques» vient souvent de leur part. Je dirais plutôt lors d'un examen systématique, pour un enfant qui ne dort pas bien.

Dr MR: J'ai commencé mes remplacements il y a un an et j'ai très peu d'expérience par rapport à ça. Pour moi les parents ne l'évoquent pas trop, j'ai dû l'avoir une seule fois.

Dr NV: Ils n'arrivent pas en disant «je viens parce qu'il a des coliques», le motif de consultation c'est plutôt les pleurs. J'ai plus l'impression que c'est ça, après je n'ai pas beaucoup d'expérience pour l'instant.

Dr JB: Moi, j'ai remarqué que c'était plutôt un deuxième motif de consultation et ils venaient avec leur diagnostic, c'est souvent lors d'une consultation pour les vaccins, en discutant on fait le point sur l'état du bébé. Ils disent il a des gaz, il pleure beaucoup le soir. Ils évoquent les coliques sans que je leur demande. Ils m'apportent le diagnostic.

Question 2: Dans quelles circonstances, devant quels symptômes, évoquez-vous ce

diagnostic?

Dr JBe: Je ne l'évoque pas, je parle de douleur, c'est plutôt eux qui évoquent ce diagnostic que moi. Je ne le nomme pas comme ça.

Dr XP: Effectivement, comme c'est un diagnostic d'élimination, j'ai du mal à le justifier clairement. J'essaye de rassurer les patients, de ne pas trop médicaliser le problème.

Dr CN: Moi, je l'évoque le diagnostic. Par contre j'essaye de bien leur expliquer la différence entre les pleurs inexplicables du soir, de la tombée de la nuit et les véritables coliques du nourrisson, pour essayer de voir si l'on a de véritables coliques du nourrisson. Si j'en suis sûre je vais l'évoquer. Moi je prononce le terme. Je l'évoque devant des pleurs qui vont venir de façon pluri-journalière, avec une intensité qui peut varier selon les jours, avec une fréquence quasi quotidienne, des ballonnements, quelque chose qui survient pas au moment du repas mais dans la demi-heure qui suit souvent. Mais aussi des pleurs qui surviennent la nuit de façon inopinée, voir réveiller le nourrisson.

Dr PF: C'est un diagnostic d'élimination. Je parle de cette période des premiers mois de la vie, j'essaye de dédramatiser, je n'ai pas trop de solutions.

Dr NV: On les pèse, on les mesure, on rassure les parents en leur disant qu'il y a une bonne croissance staturo-pondérale. Ces pleurs, ces coliques sont donc quelque chose d'anodin, physiologique chez le petit.

Dr JB: En général je ne contredis pas les parents, je ne leur dis pas «coliques du nourrisson», mais j'essaye de les rassurer, de leur dire que les symptômes finiront par passer mais qu'il n'y a rien de pathologique, que c'est une immaturité, c'est neurologique ou neuro-psychologique. En général, ils l'évoquent eux et je trouve que c'est approprié. C'est un bébé qui pleure, qui a des gaz, et à côté de ça il prend bien son biberon, il n'y a pas de souci de croissance staturo-pondérale.

Dr VL: Les parents arrivent à le dissocier des pleurs de l'enfant. Ils arrivent à dissocier les pleurs de parce qu'ils ont faim, de ceux parce qu'ils cherchent à s'endormir, de ceux parce qu'il y a une douleur. C'est à cette issue là que eux l'évoquent assez souvent, et du coup ça m'arrive aussi à moi de l'évoquer à ce moment-là, sur ces pleurs-là, de les rassurer sur la bénignité de ces pleurs. L'examen clinique à côté de ça est normal et la prise staturo-pondérale et normale aussi.

Dr JBe: Je te remercie de ne pas avoir prononcé les mots «coliques du nourrisson» mais «pleurs». Je partage ce que tu dis.

Dr MR: Devant des pleurs, mais c'est surtout les parents qui l'évoquent, pas moi.

Question 3: Interrogez-vous les parents sur leur état psychologique? Si oui, que recherchez-vous?

Dr PF: Moi j'en parle avec les parents, c'est plus les pères qui sont hyper angoissés par ses coliques. Ça peut poser des tensions dans le couple. Ça pose quand même des gros

problèmes de relation dans le couple. Car les gens n'ont pas cette notion que c'est bénin, que ce n'est pas grave, que ça va passer. Les gens le vivent donc très mal, donc moi je l'aborde assez facilement.

Dr JBe: Les pleurs inexplicables du nourrisson c'est parfois insupportable, épuisant, donc effectivement on est amené à aborder les conséquences dans la vie quotidienne des parents, le père, la mère ou les deux quand ils viennent ensemble. La réponse que l'on a c'est qu'ils sont fatigués et qu'ils ont un sentiment d'incompétence et c'est là-dessus que l'on va travailler à mon avis, en vérifiant que l'enfant n'est pas malade bien entendu.

Dr CN: J'évoque souvent le caractère bénin, rassurant mais aussi le caractère qui va durer, pour qu'ils s'y préparent. Parfois, la consultation pour ça peut survenir très vite, y compris dans les jours qui suivent la naissance. Je les préviens d'emblée que grosso modo ils en ont pour trois mois, que ça va être dur et qu'il ne faut pas hésiter à passer le relais si ils sont épuisés d'entendre les pleurs du bébé. Souvent, ils ont une espèce de sentiment d'incompétence, voir chez certains de culpabilité de ne pas bien faire. Donc j'essaye de les rassurer et je les invite à passer le relais quand ils sont trop épuisés parce que c'est quelque chose de réellement épuisant. Je l'évoque très rapidement pour leur dire que ça va passer, que c'est un cap, et j'insiste bien sur la durée pour qu'ils se mettent un objectif et qu'ils atteignent plus sereinement cet objectif.

Dr JB: Je les interroge surtout sur comment ils vivent la situation, sur comment ils s'occupent du bébé, si ils ont du soutien, si quelqu'un peut les aider. Je demande si la grossesse c'est bien passé, ainsi que l'accouchement, l'allaitement s'il y a .

Dr JBe: Si cette question c'est le ressenti, alors oui forcément on l'aborde. Après si c'est rechercher s'il y a une psycho-pathologie chez les parents, il me semble qu'il y a des gens qui sont déjà classés dépressifs, maniaco-dépressifs... Généralement on le sait ça. Pour la dépression du post-partum on a aussi d'autres indices, et c'est la pathologie de la mère qui dans ce cas va s'imposer plus que la pathologie de l'enfant. Dans ces cas-là, l'enfant va plutôt protéger sa mère, il ne va pas l'embêter. Les enfants qui embêtent leurs parents ont des parents qui vont assez bien en général.

Dr JB: Moi je pense que poser des questions sur l'état psychologique de la mère, c'est être de l'enquête, ça peut être culpabilisant, ça peut donner l'impression à la mère qu'elle est responsable de cela.

Dr NV: Quand on voit les petits dans leurs premières semaines, dans leurs premiers mois, j'ai tendance à leur demander comment c'est passée la grossesse, comment ça se passe à la maison, si ils veulent à ce moment-là se confier ils le font, s'ils n'ont pas besoin d'en parler ils n'en parlent pas. Je ne vais pas chercher plus loin sur l'état psychologique des parents.

Dr XP: J'essaye de voir comment ils le vivent, quel est leur ressenti, leur stress. Je pose des questions sur comment s'est déroulé la grossesse?, comment ça se passe à la maison?, comment ils le vivent?, mais je ne vais pas aller forcément dans une enquête très poussée, surtout si c'est la première fois qu'ils viennent consulter pour ça. Si ça se répète pourquoi pas, mais sinon je n'insiste pas trop.

Dr MR: Les parents l'évoquent d'eux-mêmes quand il sont épuisés, c'est eux qui disent « je n'en peux plus, je suis fatigué ». J'ai tendance à leur demander ce qu'ils entendent par là. Mais en tant que remplaçante et ne connaissant pas trop les patients, je ne me sens pas de faire cet interrogatoire, ça évoluera certainement dans le temps.

Question 4: Que recherchez-vous à l'examen du nourrisson et dans quel but ?

Dr Jbe: il est très important que l'on voit l'enfant tous les mois, tous les trimestres pendant deux, trois ans. On a à suivre le développement psycho-moteur, les acquisitions, les relations avec les parents. Tout cela s'observe dans le temps de la consultation. Il y a un peu de technique que l'on connaît tous par cœur. Dans le cadre de ce diagnostic, l'important est de vérifier que l'enfant prenne du poids régulièrement. Un enfant qui grandit et prend bien du poids et beaucoup moins inquiétant qu'un enfant maigre, qui perd du poids. Je suis le développement de l'enfant et ses acquisitions, le poids n'étant pas le seul critère, les acquisitions sont un critère aussi très important. Je regarde aussi la capacité que j'ai à entrer en relation avec le bébé, la relation avec son père et / ou sa mère. On a parfois des gens qui posent le bébé et qui vont s'asseoir et à ce moment-là je me préoccupe de cette situation. Si j'entre bien en relation avec ce bébé et que sa maman a une bonne relation avec lui alors je ne m'inquiète pas.

Dr JB: C'est étonnant que vous disiez ça car j'ai le souvenir d'une consultation où les deux parents étaient là et ils ont mis l'enfant sur la table d'examen, sans le déshabiller. Je leur ai demandé s'ils ne le déshabillaient pas et ils m'ont répondu que non, ils me laissaient faire pour voir si je savais faire. Plus tard dans la consultation ils m'ont donné le diagnostic de « coliques du nourrisson » et tout ceci m'avait interpellé.

Dr Jbe: Des parents experts.

Dr JB: Ils étaient jeunes, très sûrs d'eux, c'était leur premier enfant. C'était un peu étonnant... Lors de l'examen des bébés je palpe le ventre, je regarde les oreilles, le gorge car une pathologie sous-jacente peut-être liée même si je n'ai jamais trouvé de hernie étranglée.

Dr VL: Je recherche une normalité de l'examen clinique, je réalise un examen clinique complet, de la tête aux pieds. Il y a aussi un temps pré-examen clinique durant lequel je regarde comment les parents se comportent avec l'enfant, comment la maman le prend selon l'âge, je regarde la relation effectivement et je regarde si c'est une maman stressée, ou au contraire à l'aise. Je la laisse le déshabiller et donc ça me permet de voir, si c'est le premier enfant, comment elle se débrouille. Si c'est une maman inquiète ou non, maladroite. La normalité de l'examen clinique est quelque chose d'essentiel.

Dr XP: J'attends une normalité de l'examen clinique, je vérifie la nourriture car souvent ils ont été suivis par plusieurs personnes différentes et ont eu plusieurs lait ou thérapeutiques différentes. Je réalise ensuite un examen clinique complet pour être sûr que je ne passe pas à côté de quelque chose d'important, puis je regarde la croissance effectivement.

Dr PF: Je n'ai rien à rajouter, c'est un examen clinique complet, et j'attends une normalité de

l'examen, c'est essentiel et fondamental.

Dr NV: Je cherche à éliminer des symptômes, des choses plus graves, plus préoccupantes. Pour les pleurs incessants c'est un examen normal, comme tout le monde l'a dit.

Dr Jbe: On fait cet examen sur un enfant tout nu, c'est tout de même plus facile de déshabiller un enfant qu'une grand-mère. Il y a une pathologie que l'on évoque et qui est le reflux gastro-oesophagien qui est difficile à détecter et qui fait pleurer les enfants. Le diagnostic n'est pas simple et c'est dans les pathologies organiques, la pathologie que l'on peut trouver avec cette symptomatologie de pleurs fréquents et journaliers.

Dr MR: Je recherche une infection éventuellement, le poids, s'alimente-t-il bien ? grandit-il bien ?

Dr VL: Comment il grandit, comment il prend ses biberons, ça fait partie de l'interrogatoire qui accompagne l'examen clinique. Et l'allaitement aussi .

Question 5: Quels sont pour vous les causes et mécanismes qui définissent les coliques du nourrisson ?

Dr Jbe: A-t-on le droit de dire que personne ne les connaît ? Les « coliques du nourrisson » existent en France et non dans les pays anglo-saxons où ils s'appellent les pleurs incessants du nourrisson. Il y a des pays, des ethnies où cela n'existe pas car les enfants ne pleurent pas vu qu'ils sont toujours pris en charge et donc ils ne pleurent jamais. Cette pathologie n'existe que dans les pays modernes et ne prend pas le même nom car les anglo-saxons ne mettent pas du tout en avant l'intestin mais ces pleurs que l'on ne sait pas expliquer. Ils pleurent, sont inconfortables, ont envie d'appeler. Ce que Patrick a abordé, c'est-à-dire les troubles du sommeil, sont très compliqués car le rythme de sommeil de l'enfant se fait sur 60 ou 90 minutes chez les bébés et que les phases du sommeil commencent par le sommeil paradoxal. La caractéristique du sommeil paradoxal chez le bébé est qu'il peut avoir une activité motrice similaire à celle de l'éveil. Donc beaucoup de parents entendent leur enfant pleurer, se lèvent ou s'approchent si c'est le jour, le voient mobile avec les yeux ouverts, pensent qu'il est réveillé, le prennent en charge, le réveillent alors qu'il était en première phase de sommeil. J'explique donc tout ça aux parents, et qu'il faut donc le laisser dormir. Après il se débrouille avec ça, ce n'est pas simple. Ils se posent donc des questions et se décentrent de l'intestin. Je ne change plus du tout le lait de l'enfant, ça fait au moins dix ans que je ne l'ai pas fait. De plus pour le premier âge ils sont tous pareils.

Dr CN: Moi je leur dis qu'il n'y a pas de cause identifiée, que c'est un phénomène que l'on connaît mal, mais à nouveau j'insiste sur la bénignité, je ne tente pas de leur expliquer pourquoi ça survient, j'essaie de trouver avec eux la solution pour que l'enfant le vive mieux, sans lui donner de médicament et eux arrivent à le supporter et le vivent plus sereinement. En tout cas je n'essaie pas de leur expliquer et je leur dis bien clairement qu'on ne comprend pas très bien comment ça marche. Mais je suis toujours dans la réassurance sur la normalité du phénomène.

Dr MR: Il n'existe pas une théorie sur le moment de la tétée où ils avalent aussi de l'air, qui leur provoquerait des ballonnements, en tout cas c'est ce que je leur explique. C'est ce que j'avais trouvé quand je m'étais interrogé sur la question ? A part ça, je n'ai pas d'autre idée.

Dr NV: Je me rappelle lorsque j'étais passé en pédiatrie, les pédiatres disaient souvent aux parents que c'était pour les bébés leur seul moyen de s'exprimer et donc que finalement même si ce n'était pas souvent agréable, c'était leur seul moyen de s'exprimer.

Dr JB: Oui mais là c'est différent vu qu'ils n'arrêtent pas de pleurer.

Dr Jbe: Je connaît plein de bébés qui sourient aussi pour s'exprimer.

Dr PF: Avec l'expérience, j'explique aussi aux patients que dans les sociétés primitives, par exemple en Afrique, les bébés sont pris en charge en permanence, ils sont toujours dans les bras de personnes différentes et donc il ne connaissent pas les coliques. Nous dans notre monde moderne, stressé, il y a des communications différentes, avec le mère et le père qui font que il y ait des phénomènes que l'on explique pas, pas grave et qu'il faut les respecter. Il faut écouter les parents et leur dire que ça va passer.

Dr XP: Je n'irais pas m'aventurer trop dans les explications physio-pathologiques. Je rassure les patients, je les écoute, je prends du temps avec eux et je suis ouvert à les revoir s'ils ont d'autres questions, s'ils sont en demande. Je ne savais pas que dans d'autres pays on ne mettait pas le même non, car ici c'est surtout centré sur le tube digestif.

Question 6: Après avoir éliminé les pathologies organiques sous-jacentes, que dites-vous aux parents pour expliquer les coliques ?

Dr JB: J'explique en disant que c'est le développement du nourrisson, que c'est une immaturité, il n'est pas encore adapté à la vie extérieure. Ça me permet d'expliquer que c'est temporaire, passager puisque au bout de quatre mois ça s'arrête. Je les rassure en leur disant qu'il faut prendre le bébé dans les bras, qu'il faut le masser, le mettre sur le ventre, s'occuper de lui et de ne pas s'inquiéter. La fonction du tube digestif s'installe au fur et à mesure.

Dr Jbe: Moi je ne peux pas dire ça car moi je ne pense pas que ça vienne du tube digestif, même s'il n'est effectivement pas mature, donc je ne donne pas d'explication digestive. J'essaie de les renforcer dans leur compétences d'éducateurs, dans leur capacité d'élever leur enfant, en leur disant que je trouve l'enfant en bonne santé et en général je demande leur acquiescement. Je leur dis que ces pleurs on ne sait pas trop d'où ça vient, qu'il n'y en a pas dans tous les pays. On sait que c'est très fatigant ces enfants qui pleurent alors qu'ils sont en bonne santé. Je leur parle du sommeil, je leur dis que leur rythme de sommeil est en train de se mettre en place. J'ai l'impression, de cette façon-là, de les valoriser dans leurs compétences d'éducateurs, de parents. Il y a des enfants qui pleurent plus que d'autres et d'autres enfants qui ne pleurent jamais. Donc je leur dis que leur enfant pleure un peu mais qu'il est en bonne santé et qu'il faut continuer comme ça. Il faut qu'ils essayent de respecter leur temps de sommeil, et que les choses rentreront dans l'ordre.

Dr VL => A part l'immaturité je ne vois pas.

Question7: Quels conseils donnez-vous aux parents pour la prise en charge de ces coliques ?

Dr NV: Je leur conseille de les prendre sur le bras, de les masser, de les promener, de s'occuper d'eux.

Dr CN: Je ne sais pas si c'est digestif ou pas, mais il y a un conseil que je donne c'est de ne pas leur redonner à manger. J'ai rencontré des parents qui suralimentaient car ils me disaient que ça le calmer de téter. Je leur dis que si il a pris sa quantité habituelle, s'il avait arrêté de téter il ne faut pas leur en redonner ; je leur dis qu'un bébé ne mange pas par gourmandise, que quand il a fini c'est bien fini, il n'est pas nécessaire de multiplier les biberons. Je m'interroge sur les effets néfastes d'une suralimentation. De plus il faut toujours réassurer, masser, s'ils en ont marre il faut le poser et ne pas le secouer. J'ai connu le même problème personnellement, je n'avais pas de solution et donc si un bébé pleure trop il vaut mieux le poser et aller faire un tour dans le jardin. J'aborde souvent ceci car ces pleurs sont réellement épuisants.

Dr PF: Leur donner à boire de l'eau parfois, s'occuper d'eux, les masser, les bercer, je pense que tout cela est important. Il faut dire aux parents qu'ils s'en occupent et que s'ils n'en peuvent plus il vaut mieux les laisser un peu pleurer et qu'ils peuvent revenir un peu après. C'est vrai que des fois c'est vraiment un calvaire, un enfer, les parents le vivent mal. Plus ils le vivent mal et plus le bébé n'est pas bien. Je pense qu'il faut dédramatiser les choses. Il faut leur demander ce que eux ils en savent, ce qu'ils ont entendu, ce qu'ils ont lu. Les gens ont des schémas, des mauvais schémas, il faut décomposer, casser les schémas. C'est souvent le serpent qui se mord la queue. On ne dit peut être pas ça à la première consultation mais faut les faire revenir, leur en parler aux consultations suivantes. Ça peut faire son cheminement en en parlant à d'autres personnes. Il y a un abord psychologique important, à mon avis c'est fondamental.

Dr MR: Pour ma part, ils demandent souvent ce qu'ils doivent faire, s'ils doivent le laisser pleurer ou le prendre, au bout de combien de temps doivent-ils le prendre? C'est des questions qui reviennent souvent. Après évidemment c'est au cas par cas. Ils demandent d'avoir des réponses précises.

Dr XP: Je conseille de ne pas changer de lait, de vérifier qu'ils donnent les bonnes mesures, de ne pas donner de traitement, de prendre le bébé dans les bras, de mettre une main chaude sur le ventre. La fleur d'oranger revient souvent dans ce que me disent les parents mais je n'y connais rien. J'essaye d'être à l'écoute de leur stress et de leur proposer de revenir si ça les inquiète toujours afin qu'on en rediscute.

Dr CN: Les gens évoquent souvent le recours à l'ostéopathie dans ce contexte, et je n'ai pas de point de vue à titre personnel, je ne sais pas quoi leur répondre par rapport aux pleurs du nourrisson.

Dr JB: L'ostéopathie impressionne beaucoup la population.

Dr VL: Concernant l'ostéopathie, moi je botte en touche je leur dis de faire ce qu'ils veulent.

Dr CN: Moi j'ai entendu parler que des ostéopathes attribuaient les pleurs du nourrisson à traumatisme à la naissance. Les gens m'ont fréquemment dit qu'ils avaient été en voir un et que celui-ci avait remis en place les os crâniens de l'enfant en le manipulant.

Dr Jbe: Il y a même des gens qui sortent de la maternité avec un rendez-vous chez l'ostéopathe. Les croyances des sages-femmes méritent d'être explorées par des ethnologues. C'est très important de connaître les croyances des parents... Beaucoup de parents me disent que l'enfant se calme quand ils marchent, quand on met l'enfant en position fœtale, la manière de le tenir est importante. D'ailleurs on les regarde manipuler l'enfant lorsqu'ils sont en consultation. Concernant les populations africaines, les mamans sont beaucoup moins stressées, manipulent leur enfant avec beaucoup plus de confiance.

Dr CN: Je leur conseille d'essayer de trouver une position dans laquelle l'enfant se sent bien. A titre personnel j'ai remarqué que l'enfant se trouve bien dans une position pendant cinq minutes puis s'est reparti. On a beau le mettre contre l'épaule, sur le bras, souvent ça repart tout le temps.

Dr JB: Souvent ils me demandent à quel moment ils doivent prendre leur bébé ? Quand il pleure faut peut-être le prendre.

Dr CN: Moi personnellement, je leur dis d'observer leur enfant, de le faire au feeling. Il n'y a pas une bonne façon de s'occuper d'un enfant, il y en a plusieurs, et que l'essentiel c'est que les parents soient d'accord entre eux et qu'après il faut qu'ils appliquent leur méthode dans les limites du bon sens. Qu'un parent laisse un enfant pleurer deux minutes ou quatre minutes, dès l'instant que ça rentre dans le seuil de tolérance familiale, moi ça ne me choque pas beaucoup concernant les pleurs incessants du nourrisson. Je leur dis de le faire au feeling. Si ils veulent le prendre qu'ils le fassent, s'ils ne veulent pas ils peuvent le mettre à côté d'eux, ils lui mettent une petite lumière, une petite musique. Il faut qu'ils se sentent à l'aise avec ce qu'ils font, et qu'il y ait un accord dans le couple. Si la belle famille s'en mêle, alors ça devient un vrai cauchemar.

Dr JB: Le problème est qu'avant, toute la famille vivait ensemble et que donc ils avaient des conseils des anciens. Maintenant les parents sont tout seuls et ont sans doute la peur de mal faire.

Dr Jbe: et de ne pas savoir faire.

Question 8: Proposez-vous un traitement ? Si oui, lequel ?

Dr CN: Non, pas de traitement.

Dr XP: Aucun traitement médicamenteux.

Dr MR: Pas de traitement particulier.

Dr PF: Je suis médecin généraliste et homéopathe donc si je vois qu'un remède peut améliorer l'enfant je le donne mais il n'y pas toujours de remède qui puisse aider l'enfant. Il faut cerner le contexte psychologique des parents aussi. Une consultation c'est aussi un abord psycho-thérapie. Cet abord-là est, chez moi, plus prépondérant que la thérapeutique.

Dr VL: Moi j'ai évolué dans ma pratique, quand je me suis installée et étant donné qu'il fallait que je soulage l'enfant, je donnais un traitement de type Débridat ou Spasfon, et j'ai évolué et je ne donne plus rien. J'explique mais je ne prescris rien.

Dr Jbe: C'est pareil, j'ai donné beaucoup de Débridat, mais je ne donne plus rien maintenant. J'ai aussi donné du Spasfon, je changeais de lait, je donnais du gel de polyzylane. Ça fait au moins dix ans que je ne donne plus rien.

Dr VL: Pareil pour moi.

Dr JB : Je ne change pas de lait et je ne donne pas de traitement.

Dr NV: Pareil, pas de traitement.

ANNEXE 3

VERBATIM 3

Question 1: Lors d'une consultation, à quelle occasion les parents évoquent-ils, citent-ils, les mots « coliques du nourrisson »?

Dr LLB: Jamais, ils ne parlent jamais de coliques du nourrisson. Ils disent qu'il a mal au ventre, qu'il se tord de douleur, qu'il est insupportable, mais ils ne parlent jamais de coliques du nourrisson.

Dr HF: Moi, ils parlent de coliques quand l'enfant pleure beaucoup, donc ils disent « il a des coliques du nourrisson », parce qu'il pleure, qu'il a mal au ventre, enfin ils ont l'impression qu'il a mal au ventre.

Dr QG: Ils mettent souvent les pleurs en avant, ça les angoisse.

Dr LLB: Oui, effectivement ça les angoisse, mais jamais ils me parlent de coliques. Il a mal au ventre, il est constipé, le lait ne lui convient pas.

Dr HF: Il pleure tout le temps.

Dr MPR: Moi, ils l'évoquent assez spontanément.

Dr OQ: Ils me disent qu'il a le ventre gonflé, qu'il a des gaz.

Dr LLB: C'est le terme « coliques du nourrisson » complet qu'ils ne disent pas. « Coliques du nourrisson » ça sous-entend que ce n'est pas grave et pour eux c'est grave, donc ça ne peut pas être des « coliques du nourrisson ». Leur première demande c'est que l'enfant a mal.

Dr HF: C'est un terme qu'ils connaissent et qu'ils apprécient, il leur permet de mettre un terme sur des pleurs. Ils aiment bien parler de coliques car ils savent ce que c'est.

Dr CC: Moi je trouve qu'ils en parlent excessivement. Ils me disent « il a des coliques » et je leur répond « oui, il pleure ». C'est un terme qui est avancé tout de suite, alors qu'en fait on ne sait pas.

Dr HF: En tout cas moi je n'en parle jamais.

Dr CC: Moi non plus. Je ne donne jamais ce diagnostic.

Dr MPR: Moi ça m'arrive.

Dr CC: Je les laisse dire mais je n'approuve pas. Je ne confirme pas ce diagnostic.

Dr LLB: Pourquoi ?

Dr CC: Parce que ça sous-entend qu'il a des douleurs abdominales alors que je pense que les pleurs du nourrisson c'est beaucoup plus compliqué que ça. J'essaye de leur faire

comprendre que l'on ne sait pas trop s'il a mal au ventre. Je reste sceptique sur l'entité intestinale des pleurs du nourrisson.

Dr LLB: « Coliques » c'est un terme générique. C'est comme quand tu dis « coliques » pour mal de ventre.

Dr HF: Ça c'est pas vrai, pour les gens quand tu dis « coliques » c'est diarrhée.

Dr LLB: Je n'aime pas trop donner un nom à ce genre de truc car ça sous-entend que tu vas le médicaliser, ça me gêne.

Dr MPR: Je pense qu'il y a cette attente-là derrière car du moment où l'on pose un diagnostic, ils attendent le traitement derrière. Ils sont très demandeurs. C'est un peu le souci.

Dr HF: Il faut les rassurer, et donc justement si c'est des « coliques », ce n'est pas grave. Ce qui est terrible avec ça c'est que ça porte sur les nerfs des parents.

Dr CC: Pour ces pleurs qu'on appelle coliques, on sait qu'il y a des facteurs environnementaux importants. Les premiers enfants pleurent plus, ont plus de coliques, il y a plein d'éléments qui font penser que l'origine n'est pas digestive.

Dr LLB: Il y a peut-être des diagnostics par excès de « coliques du nourrisson ».

Dr MPR: La difficulté est de le prouver.

Dr LLB: Si tu te dis que les coliques n'existent que chez les premiers enfants, alors si le second en a et que les parents sont moins stressés, on a alors plus de chance qu'il ait vraiment des coliques.

Dr MPR: Pour moi c'est un diagnostic de douleur abdominale.

Dr HF: Il est possible qu'il y ait des douleurs abdominales dans ce diagnostic.

Dr LLB: Quand on voit l'enfant pour ce diagnostic et qu'il est tout à fait normal, alors on sait que ce n'est pas grave.

Dr HF: Faut pas dire que ce n'est pas grave car ça peut être la cause de quelque décès de nourrissons par les secousses des parents. C'est pour ça qu'il est nécessaire de rassurer les parents. Ce qui est important c'est ce que ressentent les parents sur ces pleurs. Faut dédramatiser et faut évaluer l'effet de la coliques sur les parents. Faut relativiser, dire que c'est normal que l'enfant pleure quand il n'a que quelques semaines de vie. Tous les enfants ont une période de vie où ils pleurent beaucoup. Parfois je leur dis « si vous ne le supportez pas, il faut le mettre dans la pièce la plus éloignée de vous et vous vous calmez, il faut faire abstraction de ces pleurs ».

Question 2: Dans quelles circonstances, devant quels symptômes, évoquez-vous ce diagnostic?

Dr LLB: Ce n'est pas moi qui évoque le diagnostic.

Dr HF: C'est un diagnostic qui englobe ces pleurs.

Dr LLB: Quand les parents te disent qu'il pleure, est ce que tu dois te dire que c'est des pleurs du nourrisson ? Pas forcément.

Dr QG: Quand ils disent « il se tortille, il devient tout rouge ».

Dr LLB: Ce n'est que du « on dit ». Quand ils te l'amènent, il est tout rose, il ne se tortille pas, il est content. Mais les parents te disent qu'il y a des moments où ils ont l'impression qu'il a mal. On l'évoque sur le ressenti des parents.

Dr CC: C'est une idée reçue, c'est dans l'inconscient collectif. J'ai l'impression que dès que les parents voient leur bébé pleurer alors ils pensent qu'il a mal au ventre. De toute façon, un bébé qui pleure se tortille, il est rouge. Sinon, un bébé de moins de trois mois, qui pleure et qui a un examen normal. Alors je ne dis pas que c'est des coliques mais que c'est des pleurs du nourrisson. Pour moi, « coliques » ça implique trop qu'il y ait une sphère digestive. Après les parents changent de lait tous les quinze jours parce qu'on leur a dit que c'était des « coliques ».

Dr LLB: Moi je leur dis qu' « il pleure parce qu'ils ont changé de lait. Arrêtez de changer de lait et ça ira mieux ». Le temps que tu arrêtes de changer de lait tu arrives au trois mois.

Dr HF: Moi je ne suis pas du tout convaincue de ça, quand tu allaites tes enfants, ils ont un lait différent tous les jours et ils ont des « coliques » aussi.

Dr CC: Est-ce que les bébés allaités pleurent moins que les bébés au biberon ?...

Dr LLB: Ils pleurent moins car ils sont contre la maman tout le temps.

Dr HF: Et donc la maman est épuisée

Dr CC: Ils ont besoin de contact. Les bébés finissent toujours par se calmer.

Dr HF: Non il y a des bébés extrêmement pleureurs, qui rendent les parents fous.

Dr MPR: Même quand tu les prends ils n'arrivent pas à se calmer.

Dr HF: Il y a des bébés insupportables dans les trois premiers mois de vie, qui pleurent jours et nuits non-stop. Tout ceci angoisse les parents et donc le bébé est encore plus angoissé.

Dr MPR: Les parents évoquent souvent un lien avec les repas. Ils disent qu'il pleure après les repas.

Dr HF: Enfin il y a quand même un repas toutes les quatre heures, les pleurs reviennent vite.

Dr LLB: Justement ça revient vite.

Question 3: Interrogez-vous les parents sur leur état psychologique? Si oui, que recherchez-vous?

Dr HF: Pour moi, oui c'est clair. Le problème pour moi c'est pas tellement les pleurs de

l'enfant mais de savoir si les parents supportent ces pleurs-là. J'essaye de savoir si les parents sont en burn out, il ne faut pas qu'ils le secouent.

Dr LLB: Moi je ne pense jamais au bébé secoué, il faudrait que je me pose la question plus souvent.

Dr HF: Moi je pense que l'urgence c'est de traiter l'angoisse des parents.

Dr LLB: Je pose plus de questions sur l'état psychologique des parents quand ils ont l'air tristes, quand ils ont les traits tirés.

Dr MPR: Que quand ils n'ont pas l'air fatigués, qu'ils ne sont pas angoissés.

Dr LLB: Il y a aussi des parents qui formulent spontanément qu'ils ne dorment plus, et c'est souvent le cas.

Dr HF: Il faut aussi rechercher comment ils mettent leurs enfants au lit. J'avais une copine qui avait une peur bleue que son nouveau-né fasse une mort subite du nourrisson. Elle ne mettait pas son bébé dans son lit mais dans un cosy pour qu'il n'ait pas de reflux... Et elle ne laissait jamais le bébé s'endormir tout seul. Donc elle restait dans la chambre du bébé qui pleurait tout le temps. En voyant ça je lui ai dit d'arrêter de faire ça, de le mettre dans sa chambre, de s'en aller, d'attendre qu'il s'endorme et d'y retourner une fois qu'il dormait pour se rassurer. Quelques jours plus tard elle m'a recontacté pour me remercier car son enfant s'endormait beaucoup plus facilement.

Dr CC: Les enfants de catégories socio-professionnelles élevées ont plus de pleurs du nourrisson.

Dr HF: Parce que dans ce contexte on s'occupe trop d'eux. Ces parents ont plus d'information sur les divers risques

Dr CC: Ils ont une prise en charge du bébé beaucoup moins spontanée, beaucoup plus intellectualisée.

Dr MPR: Plus réfléchi et du coup beaucoup plus angoissée. Souvent l'aide d'une personne de la famille aide à passer le cap face à ces pleurs. J'ai l'exemple d'une mère épuisée qui s'est fait aider par sa propre mère.

Dr HF: Quand les parents ne peuvent pas faire abstraction, c'est d'autant plus épuisant, angoissant.

Question 4 : Que recherchez-vous à l'examen clinique du nourrisson et dans quel but?

Dr CC: Pas grand-chose

Dr LLB: Il faut éliminer les pathologies les plus graves qui peuvent être à l'origine de pleurs excessifs.

Dr MPR: J'en ai eu l'expérience récemment où l'enfant avait des pleurs vraiment spasmodiques, qui cessaient rapidement. Je l'ai envoyé aux urgences pour éliminer

l'invagination. J'avais l'arrière-pensée du diagnostic différentiel des « coliques du nourrisson ».

Dr HF: C'est jeune pour l'invagination.

Dr MPR: Dans ce cas, les pleurs étaient curieux et je les ai constaté durant la consultation. Elle se mettait à pleurer d'un seul coup et s'arrêtait de la même manière. Au final, aux urgences, ils ont conclu à des « coliques du nourrisson ». J'ai revu la petite aujourd'hui qui va très bien, avec une maman beaucoup moins stressée. Mais sinon, dans ce contexte de « coliques du nourrisson », je recherche un examen normal.

Dr LLB: Effectivement, on recherche un examen normal.

Dr MPR: La caractéristique des pleurs est aussi très importante.

Dr CC: Je fais un examen complet, même si je sais qu'il va être normal, pour rassurer les parents. En fait, je ne recherche pas grand-chose.

Dr MPR: Je recherche la normalité de l'examen.

Dr LLB: Mais dans ce contexte, cela fait partie de l'acte thérapeutique que d'examiner l'enfant.

Dr MPR: On rassure les parents, l'examen est normal, l'enfant prend bien du poids, il grandit bien.

Question 5 : Quels sont, pour vous, les causes et les mécanismes qui définissent les coliques du nourrisson?

Dr LLB: Si on part du postulat qu'il existe bien des « coliques du nourrisson » et pas simplement des pleurs, on peut se dire qu'il peut y avoir tout simplement une adaptation à la digestion.

Dr MPR: C'est une immaturité du tube digestif. Donc c'est un peu douloureux le temps que ça se mette en place.

Dr HF: C'est une maturation plus qu'une immaturité, c'est un stade entre la troisième semaine et le troisième mois, c'est une adaptation du bébé à son environnement. Pas seulement sur le plan digestif mais aussi sur les plans psychologique, physique. Je dis aux parents qu'il est resté neuf mois dans le ventre et que maintenant il subit diverses agressions.

Dr CC: J'explique aux parents qu'il faut qu'il s'adapte au monde extérieur.

Dr HF: Je leur dis qu'il faut qu'il s'adapte et que ça va passer. Je leur dis ça plutôt que de dire les mots « coliques du nourrisson ».

Dr CC: L'immaturité du tube digestif c'est séduisant comme explication, mais c'est basé sur quoi ?

Dr MPR: C'est complètement hypothétique. L'idée d'adaptation me plaît bien. Il est resté neuf mois au chaud et maintenant il faut qu'il s'adapte.

Dr CC: Moi je leur dis qu'on ne sait pas d'où ça vient les « coliques du nourrisson », qu'il y a beaucoup de théories mais qu'on ne sait pas finalement.

Dr MPR => Je leur dis que c'est une théorie aussi.

Question 6 : Après avoir éliminé les pathologies organiques sous-jacentes, que dites-vous aux parents pour expliquer les coliques?

Dr QG: Moi je leur parle plutôt de l'immaturation digestive et des agressions extérieures. Je trouve tout de même l'immaturation du tube digestif intéressante. Je leur explique que l'activité de l'intestin se met en place, j'essaie de les rassurer en leur disant que c'est « normal », qu'on ne peut rien y faire. Mais maintenant j'insisterai sans doute plus sur l'environnement. Je leur donne aussi des conseils sur les repas, sur les biberons... Je revois comment ça se passe. La distance entre les biberons, la quantité.

Dr HF: Normalement c'est des conseils qu'ils ont à la maternité. Il y a des parents qui ne font pas la différence entre des pleurs de fatigue et des pleurs de faim, donc dès qu'il pleure ils leur mettent un biberon dans la bouche. Mais tout cela se rétablit assez vite par la suite avec l'instinct et l'expérience.

Dr QG: Ils ont l'instinct mais réagissent différemment en fonction de leur angoisse, de leur stress.

Question 7 : Quels conseils donnez-vous aux parents pour la prise en charge de ces coliques?

Dr LLB: Moi j'aime beaucoup dire « massez lui le ventre ».

Dr CC: Je pense que le contact fait beaucoup de bien au bébé.

Dr HF: « Parlez-lui, chantez lui une chanson, massez-le, si il pleure essayez de faire abstraction ».

Dr QG: Je leur dis qu'il n'y a pas de traitement et en général ils me disent que j'ai raison et qu'ils n'en veulent pas.

Dr LLB: Cela dépend, il y en a qui arrivent avec une demande médicamenteuse.

Dr CC: Me concernant il y a peu de demande médicamenteuse mais ils se tournent souvent vers autre chose, changer de lait, aller voir l'ostéopathe.

Dr LLB: Oui, les gens adorent l'ostéopathe.

Dr CC: Les parents me racontent que l'ostéopathe « remet le diaphragme en place aux enfants venant pour des « coliques du nourrisson ».

Dr LLB: L'ostéopathie, c'est fascinant...

Dr MPR: Je leur dis de prendre le bébé, d'avoir une attitude rassurante, calme, de ne pas lui montrer qu'ils sont angoissés. Je leur explique que c'est souvent entretenu par l'angoisse.

Dr OQ: Je ne suis pas du tout dans tout ça moi. Je n'ai pas vu beaucoup ce motif de consultation. Dans ce contexte, j'essaye de donner des solutions. Je leur explique que c'est une immaturité du tube digestif et je leur demande comment ils font, quel est le type de tétine. Je leur conseille des types de tétines, je leur conseille de le masser. Par contre je ne m'intéresse pas à leur angoisse les « coliques du nourrisson » c'était dans mes cours de médecine, ça existe, c'est un diagnostic.

Dr CC: Je ne me souviens pas du tout de cours sur ce thème.

Dr QG: Au contraire j'en ai eu et j'ai été confronté à ce thème avec mes enfants.

Dr HF: Je dis souvent aux parents d'écouter la mère, la grand-mère, la tante et puis après vous faites le tri et ne gardez que ce que vous voulez. Il y a beaucoup de conseils donnés de toutes parts, différents des uns des autres et du coup les parents sont perdus, ne savent pas quoi faire, ils croient qu'il n'y a qu'une seule chose à faire. Je pense qu'il faut leur laisser le choix et leur dire que ce qu'il pense faire bien et bien c'est ça qu'il faut faire. En fait, on ne sait pas vraiment ce qu'il faut faire. Ils vont consulter dix médecins et auront dix réponses différentes. Il faut trouver le petit truc qui ira avec cet enfant-là. J'hésite pas à dire aux parents que je ne sais pas quoi faire, et qu'il faut qu'ils fassent comme ils le sentent avec leur enfant. Chaque enfant est différent.

Dr LLB: Je ne suis pas d'accord, dans certains cas tu peux donner un avis en disant que ce n'est pas idéal pour les parents et pour l'enfant aussi.

Dr HF: Si ça se passe bien, pourquoi changer ? Mais si par contre il y a beaucoup de problèmes, on peut leur suggérer des idées. Quel est l'idéal pour eux ?

Dr LLB: Si c'était l'idéal pour eux, ils ne t'en parleraient pas. S'ils t'en parlent c'est qu'il y a un souci.

Dr HF: Je leur donne des conseils mais je ne leur dis jamais que ce n'est pas comme ça qu'ils doivent faire.

Dr CC: Il faut avoir l'humilité de dire qu'on ne sait pas.

Dr LLB: Est-ce important de donner un nom à ces pleurs ? Je ne suis pas sûre que c'est important de dire « c'est des coliques ».

Dr CC: C'est des pleurs, on ne sait pas d'où ça vient mais ce n'est pas grave, et ça passe au bout de trois mois. Je pense que cette explication suffit aux parents.

Dr LLB: Si ils sont stressés, c'est foutu, on est mal partis...

Dr MPR: Ça dépend des parents, on fait en fonction des parents. Il y en a qui sont parfaitement capables d'entendre qu'on ne sait pas, qu'il y a plusieurs théories, mais qu'en fin de compte ça passe.

Dr CC: Concernant l'ostéopathie, si ils me demandent ce que j'en pense, je leur réponds « pas du bien ».

Dr HF: L'ostéopathe ne va pas faire de mal au bébé, il va peut-être faire un peu de bien aux parents.

Dr QG: C'est cher en plus.

Dr HF: Oui mais pour eux c'est cher mais ça marche.

Dr LLB: C'est quand même génial un truc qui guérisse le mental sans rien marquer.

Dr HF: Mis à part le Dr OQ, on est toutes d'accord pour dire que c'est psychologique.

Dr LLB: Ça peut faire partie de la prise en charge que de dire « espacez les biberons, choisissez plutôt telle tétine ». Quelque part, ça prouve que l'on prend en compte leur angoisse et qu'on cherche des réponses qui ne sont pas forcément des solutions médicamenteuses, mais on a entendu le souci qu'ils ont.

Question 8 : Proposez-vous un traitement? Si oui, lequel?

Dr LLB: Si on insiste, je propose pas mais je réponds à une demande, j'aime bien la fleur d'oranger. Dans ce cas, les parents comptent les gouttes. Et avec ça, on est pas nocifs. Je n'aime pas prescrire des médicaments, je le fais quand je n'ai pas le choix.

Dr MPR: Moi les parents ont souvent déjà essayé la fleur d'oranger, les granules d'homéopathie.

Dr LLB: J'aime bien aussi l'homéopathie, avec les granules qu'il faut faire fondre.

Dr MPR: En dernier recours, je craque sur le Débridat mais c'est exceptionnel, en ne sachant vraiment pas si ça marche.

Dr CC: A partir du moment où on les a vus, que ce n'est pas grave et que ça va passer, on est pas dans l'obligation de donner un traitement.

Dr MPR: Oui mais si ils reviennent plusieurs fois et qu'ils demandent du Débridat...

Dr LLB: Je n'ai pas prescrit de Débridat depuis une bonne quinzaine d'années. Une ou deux fois j'ai eu des patients qui venaient chercher du Débridat pour leur enfant qu'un autre médecin leur avait prescrit.

Dr HF: Si l'enfant a l'air d'avoir mal, je prescris du paracétamol.

Dr CC: Pareil pour moi.

Dr OR: Moi aussi.

Dr MPR: Je suis persuadée que le paracétamol fonctionne plus que le Débridat.

Dr CC : Prescrire du Débridat après avoir eu ce discours-là, en disant qu'on ne sait pas ce que c'est, c'est un peu incohérent.

Dr LLB: Mais parfois, les parents arrivent avec leur diagnostic et veulent leur traitement.

Dr HF: Je suis d'accord aussi pour dire d'essayer un autre lait, une autre tétine.

Dr LLB: Ça permet de gagner un peu de temps aussi.

Dr MPR: Moi je les mets en garde contre la valse des laits tous les quinze jours.

Dr HF: Mais pourquoi ?

Dr MPR: Il faut changer une fois, si ça ne marche pas il faut arrêter.

Dr HF: Pourquoi ? Je ne sais pas qui a décidé de ne pas changer de lait, à part les marques de lait. Un bébé qui est au sein, a un lait différent chaque jour. Pourquoi est-ce qu'on ne changerait pas de lait? Je suis sûre que c'est les laboratoires qui ont fait germer ça dans la tête des médecins.

Dr CC: Du coup les laboratoires vendent des laits anti-coliques et d'autres laits différents.

Dr MPR: Moi j'avais appris ça en pédiatrie et j'applique ce que j'ai appris.

Dr QG: On a pas de preuve et ça change tout le temps.

Dr HF: Le lait maternel change tout le temps et les bébés au sein ne sont pas plus malades que les autres.

Dr MPR: Le problème est que l'on a pas de preuve et qu'il y a tout et n'importe quoi qui circule.

Dr HF: Les articles que l'on peut lire, sont-ils fiables ? On prend ce que l'on trouve sous la main.

Dr LLB: L'important est que l'on ne soit pas aggravant dans les conseils que l'on donne, pour le lait ou pour les tétine.

Dr CC: Intellectuellement c'est quand même intéressant d'avoir cette réflexion-là plutôt que d'avoir le discours de la concierge de l'immeuble, même si on ne contredit pas les parents, et qu'on leur dit de changer de lait s'ils le veulent. Mais nous on a un doute sur la cause organique de tout ça, c'est quand même intéressant.

Dr LLB: Parfois on tombe sur des gens à qui on peut expliquer tout cela et c'est bien de pouvoir les faire progresser et parfois on ne lutte plus.

Dr CC: Je pense que c'est important d'avoir cette réflexion-là, c'est le principe de ne pas utiliser des diagnostics mais des résultats de consultation. Les pleurs du nourrisson sont un résultat de consultation. Ici il n'y a pas de diagnostic et on en sait rien. D'avoir cette réflexion c'est valorisant même si on ne dit rien au patient. C'est plus intéressant.

Dr HF: On reste toujours dans le flou. On n'est pas sûr à cent pour cent.

Dr LLB: L'important c'est que l'on ait éliminé une pathologie grave, et que l'on sait que ça va passer.

Dr MPR => Primo non nocere.

RESUME

Objectif : Les coliques du nourrisson affectent 8 à 33% des enfants et ce diagnostic est évoqué en consultation de médecine générale dans 20% des cas. Face à une même plainte, diverses explications sont données. Il paraissait donc intéressant de rechercher quels sont les ressentis et les croyances des médecins généralistes sur ce sujet.

Méthodes : Etude qualitative par focus groups auprès de 21 médecins généralistes charentais recrutés par mail ou appels téléphoniques. Les entretiens ont été intégralement retranscrits à partir des verbatims. L'analyse des verbatims a été réalisée grâce à une théorisation ancrée.

Résultats : Le diagnostic de « coliques du nourrisson », évoqué lors d'une consultation par les parents, n'est en général pas donné par les médecins généralistes, ceux-ci préférant les termes « pleurs du nourrisson ». La plupart de leurs représentations font tout de même partie de la sphère digestive (examen physique centré sur l'abdomen, explications d'une immaturité du système digestif...). Une origine plurifactorielle semble faire l'unanimité, niveaux socio-économiques élevés, troubles du sommeil, stress parental, immaturité du système digestif, préparation et prise des biberons. Leur prise en charge repose essentiellement sur une démarche d'écoute, de soutien et d'accompagnement des parents face aux pleurs inexplicables, les médecins généralistes ne prescrivant plus de traitement en première intention. Les conseils donnés sont d'avoir une attitude rassurante, de s'occuper de l'enfant tout en évitant une stimulation trop importante et de le confier à d'autres personnes si besoin.

Conclusion : Malgré des croyances et ressentis différents, de par leurs expériences, les médecins généralistes s'inscrivent, face à ce diagnostic bénin et passager, dans une démarche d'écoute et de réassurance des parents afin de les conforter dans leurs rôles et d'éviter l'installation d'un épuisement parental.

Mots clés : Coliques du nourrisson, Médecins généralistes, Focus group, Etude qualitative

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 !

