

Les coliques du nourrisson : perception et prise en charge par les médecins généralistes du var

Sabrine Samaali

▶ **To cite this version:**

Sabrine Samaali. Les coliques du nourrisson : perception et prise en charge par les médecins généralistes du var. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03482876

HAL Id: dumas-03482876

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03482876

Submitted on 16 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Les coliques du nourrisson : perception et prise en charge par les médecins généralistes du var

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 15 Décembre 2021

Par Madame Sabrine SAMAALI

Née le 19 mars 1991 à Hyeres (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur FABRE Alexandre	**Président**
Monsieur le Professeur TOSELLO Barthélémy	**Assesseur**
Madame le Docteur DARIEL Anne	**Assesseur**
Monsieur le Docteur ANDREOTTI Gérard	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Les coliques du nourrisson : perception et prise en charge par les médecins généralistes du var

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 15 Décembre 2021

Par Madame Sabrine SAMAALI

Née le 19 mars 1991 à Hyeres (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur FABRE Alexandre	**Président**
Monsieur le Professeur TOSELLO Barthélémy	**Assesseur**
Madame le Docteur DARIEL Anne	**Assesseur**
Monsieur le Docteur ANDREOTTI Gérard	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe

MM DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
GUYS Jean-Michel
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEGRE Régis
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967

MM. les Professeurs — DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs — MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs — O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs — P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs — C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président — F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs — A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs — H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur — W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs — S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs — E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs — R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur — P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques Surnombre
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	*GUYS Jean-Michel Retraite le 24/09/2021*
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	*KERBAUL François détachement*
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olvier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	*PANUEL Michel Surnombre*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	*VIEHWEGER Heide Elke détachement*
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHIERI Raphaëlle	*TRIGLIA Jean-Michel Surnombre*	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BEGE Thierry
BENYAMINE Audrey
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DARIEL Anne
DEGEORGES/VITTE Joëlle *(disponibilité)*
DEHARO Pierre
DELLIAUX Stéphane
DELTEIL Clémence
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FOLETTI Jean- Marc
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GAUDRY Marine
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER Aurélie
HRAIECH Sami
IBRAHIM KOSTA Manal
JALOUX Charlotte
JARROT Pierre-André
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LAMBERT Isabelle
LENOIR Marien
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MARLINGE Marion
MAUES DE PAULA André
MOTTOLA GHIGO Giovanna
MEGE Diane
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROBERT Thomas
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SOLER Raphael
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TROUDE Lucas
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VENTON Geoffroy
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
SOLER Raphael (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE *4703I*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION *4404*

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Remerciements au jury :

Au Président de mon jury **Professeur FABRE Alexandre**,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury et de juger mon travail. C'est avec mes sincères remerciements et mon respect que je vous présente ce travail.

Aux membres assesseurs **Professeur TOSSELLO Barthelemy et au Docteur DARIEL Anne** :

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, et merci pour votre temps.

A mon directeur de thèse **Docteur ANDREOTTI Gérard** :

Merci de m'avoir accompagné, soutenu et dirigé.

Aux **médecins interrogés**,

Merci, sans vous ce travail n'aurait pas été possible.

Remerciements personnels :

A **mes parents**, Mabrouk et Naouara, merci pour votre soutien sans faille, votre investissement et surtout votre amour.

A mon père pour avoir travaillé dur afin de nous faire réussir. Je ne t'ai jamais assez remercié pour tous les efforts que tu as faits. Je suis fière d'être ta fille.

A ma mère, je n'ai pas les mots pour te dire comment je t'aime et pas suffisamment de mot pour te remercier de ton soutien et de tout ce que tu fais pour moi tous les jours.

C'est uniquement grâce à tout ce que vous avez fait pour moi, que j'ai réussi à passer chaque étape de ces longues études. Vous avez su me transmettre les valeurs qui font de moi ce que je suis aujourd'hui. Vous êtes de merveilleux parents, je vous aime.

A **mes sœurs** Ismahen, Sarah et Nesrine, merci d'être toujours là quand j'en ai besoin. Votre soutien a été précieux. Je vous aime.

A **mon grand frère** Jihed, pour sa présence, sa bonne humeur et son soutien sans faille. Reste comme tu es, une belle personne. A **mon petit frère** Sofiane, toujours dans sa bulle mais qui je suis sûre pense à moi. Je vous aime.

A **mon mari** Chokri, tu as traversé toutes ces années d'études à mes côtés, de près ou de loin. Alors merci pour ta présence, ton soutien et ton amour. Les années passées à tes côtés ont été merveilleuses et les suivantes le seront tout autant. Je t'aime.

A **mon fils** Taym, la prunelle de mes yeux qui, malgré des moments difficiles, a donné tout son sens à ma vie. Je t'aime d'un amour infini.

A **ma belle-sœur** Sameh, heureuse de te compter dans les membres de notre famille. Merci de me supporter quand je râle, beaucoup trop d'ailleurs, merci pour ton soutien.

A **mes neveux et nièces,** Aliya, Khadija, Zayd, Ghali, Yara, je vous aime d'amour.

A **ma tante** Dhraifa, merci pour ton soutien, tu es comme une deuxième maman pour moi. Malgré la distance, ta place dans mon cœur est inestimable. Je t'aime.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie au sein de votre famille.

A tout le reste de ma famille, nous sommes une grande famille, merci pour tout. Un grand hommage à tous ceux qui nous ont quittés et restent dans nos cœurs. A mon

cher grand père el Haj Mabrouk qui serait fière de moi et à ma grand-mère chérie Salma. Vous me manquez et je vous aime tant. Je ne vous oublierai jamais. A Lahbib, Mohamed, Latifa et ses enfants, Atef et Hamza qui sont partis trop tôt.

A **mes meilleures amies**, Ranya et Anais, à nos années d'internat et nos soirées mémorables, elles me manquent d'ailleurs parfois. Merci d'avoir été présentes à chaque moment de ma vie les plus heureux comme les plus difficiles. Vous m'avez toujours soutenue et vous avez cru en moi. Vous êtes des amies en or et votre présence dans ma vie est importante.

A **mon amie d'enfance** Pauline et sa famille, sans qui ma première année de médecine aurait été différente. Malgré la distance et le manque de temps on a su garder le lien. Merci pour tout.

Au **Docteur Bruno Blanchard,** pour m'avoir épaulé pendant ma maitrise de stage, mon saspas et mes remplacements au cabinet. Tu m'as donné l'envie de devenir médecin généraliste comme toi bienveillant, à l'écoute et compétant. Tu m'as transmis beaucoup de valeur autre que théorique, tu m'as ainsi aidée à prendre confiance en moi. Tu as réveillé en moi une vocation. Je te remercie pour ta patience et ton aide précieuse au cours de ces années. J'ai adoré travailler avec toi.

Au **cabinet médical de la Farlède** où j'ai pu remplacer pendant plus de deux ans. Aux médecins Fanny, Gwenaelle, Olivier, Christophe et Michel qui m'ont mise à l'aise et qui étaient disponibles si j'en avais le besoin. Ils m'ont donnée goût à la pratique de la médecine libérale dans un cabinet de groupe. Merci aux secrétaires Katia et Marie Paule pour le plaisir de travailler avec elles.

A **mes co-internes** qui m'ont permis d'affronter l'internat plus facilement et avec qui les stages ont été plus appréciables.

Aux **médecins** que j'ai rencontrés pendant l'internat. Vous avez chacun su apporter votre contribution au médecin que je suis aujourd'hui dans les bons comme les mauvais moments, j'ai su apprendre l'essentiel auprès de vous.

Aux **infirmier(e)s et aide-soignant(e)s**, vous avez participé à ma formation et je vous en remercie.

Table des matières

I. Introduction 5
A. Justification de l'étude 5
B. Les connaissances actuelles 6
1. Définition 6
2. Les diagnostiques différentiels 7
a) Invagination intestinale aigüe 7
b) Hernie inguinale étranglée 8
c) Appendicite aigue 9
d) Torsion du cordon spermatique 11
e) Reflux gastro œsophagien 11
f) L'allergie aux protéines de lait de vache 12
3. La physiopathologie des coliques 13
4. Les conséquences 14
5. Les traitements et recommandations 14
C. Objectif de l'étude 15
II. Matériels et méthode 16
A. Matériels 16
B. Méthode 16
1. Type d'étude 16
2. La recherche bibliographique 16
3. L'élaboration du guide d'entretien 17
4. Recrutement 17
5. Réalisation des entretiens 18
6. Recueil des données 18
7. Analyse des données 18
III. Résultats 19
A. Description de l'échantillon 19
B. Les symptômes des coliques du nourrisson 20
1. Les pleurs du nourrisson 20
2. L'agitation 21
3. Les troubles du sommeil 21
4. Le ballonnement abdominal 22
5. La temporalité 22
6. L'âge des coliques du nourrisson 23

C. La fréquence de ce motif de consultation 24
D. Le mécanisme d'action 25
1. Un mécanisme d'action mal connu 25
2. L'immaturité du tube digestif 25
3. Les spasmes du tube digestif 26
4. L'inflammation du type digestif 27
5. L'alimentation excessive 27
6. Une prédisposition familiale 27
7. Le rôle du microbiote 28
E. Les facteurs favorisants 29
1. Absence de facteur favorisant recherché 29
2. L'environnement familial psychologique 29
a) L'environnement psychologique familial est primordial 30
b) L'isolement maternel 30
c) Le stress 31
3. L'alimentation 32
a) Type d'alimentation 32
b) Alimentation excessive 32
c) Alimentation rapide 33
d) La position 33
e) Une intolérance associée 33
f) Les croyances et habitudes 33
4. Les antécédents personnels 34
a) La prématurité 34
b) Les consultations répétées 34
5. Les troubles du sommeil 34
F. L'examen clinique 35
1. Développement général 35
a) Un examen clinique normal 35
b) Une courbe staturopondérale normale 35
c) Eliminer un diagnostic différentiel 36
2. Examen abdominal 36
a) La palpation abdominale 36
b) La recherche ganglionnaire 37
c) La recherche d'une masse abdominale 37

d) Les orifices herniaires 38
e) Le transit 38
G. Les examens complémentaires 39
H. La prise en charge 39
1. Les règles hygiéno-diététiques 40
a) Le type de lait 40
b) La reconstitution 41
c) Le rythme 41
d) Le changement de lait 42
e) L'alimentation de la mère 43
f) La prise en charge des troubles du transit 44
g) Les mesures comportementales 44
h) Le sommeil 45
2. Les traitements médicamenteux 45
a) Les antispasmodique : DEBRIDAT et SPASFON 45
b) Traitement anti-reflux 46
c) L'abstention médicamenteuse 46
3. Le soutien de la mère 47
a) La réassurance 47
b) L'accompagnement et le soutien 48
4. Autres thérapeutiques 49
a) Les probiotiques 49
b) Homéopathie/phytothérapie 49
c) Kinésithérapie/Ostéopathie 51
I. La place de la mère dans la prise en charge 53
1. Primordiale 53
2. Absente 54
J. L'impact sur la relation parents/mère-enfant 55
1. Une source de stress 55
2. Baby blues et dépression du post partum 56
3. Un épuisement physique et moral 56
4. Un sentiment de culpabilité 57
5. Un retentissement sur la vie de couple 57
6. Un rejet de l'enfant 58
7. Une maltraitance 58

K. Formation 59
IV. Discussion 61
A. Forces et faiblesses de l'étude 61
1. Les forces de l'étude 61
2. Les faiblesses de l'étude 62
B. Mise en perspective des résultats avec la littérature 63
1. Les coliques du nourrisson : une pathologie bénigne 63
2. Une pathologie plurifactorielle 64
3. Les traitements des coliques du nourrisson 65
a) L'alimentation de la mère 65
b) L'utilisation de probiotiques 66
c) Les traitements médicamenteux 68
d) Les mesures comportementales 69
e) La prise en charge familiale 70
4. Le retentissement des coliques du nourrisson 72
V. Conclusion 73
VI. Bibliographie 75
VII. Annexe 79

I. Introduction

La médecine générale est une médecine familiale qui a pour rôle de prendre en charge les soins primaires d'une population âgée de 0 à plus de 100 ans. Le médecin généraliste se retrouve donc confronter à prendre en charge une population pédiatrique.

Les nourrissons peuvent être suivis par un pédiatre, un médecin de la PMI ou bien le médecin généraliste.

Actuellement il existe une réelle pénurie de pédiatre et devant l'avancée démographique le nombre de pédiatre libéral va continuer à être en constante diminution. En 2018, les pédiatres assuraient uniquement 38% des consultations des enfants de 0 à 11 mois ; 62 % étaient réalisées par les médecins généralistes(1). Le médecin généraliste se retrouve donc au cœur même de la prise en charge pédiatrique.

Cette prise en charge est plus importante durant les premiers mois de vie qui nécessite un suivi régulier et des examens obligatoires.

Lors de ces examens pour l'évaluation du développement du nourrisson de nombreux sujets sont abordés notamment : l'alimentation, le sommeil, le transit, le développement psychomoteur ainsi que les pleurs du nourrisson.

Ce suivi est primordial pour le développement du nourrisson et le soutien des parents.

Et parmi ces premières consultations, le médecin généraliste fait face aux coliques du nourrisson. La prévalence des coliques du nourrisson est évaluée à 20 à 25%(2).

A. Justification de l'étude

Au cours de mes études, le sujet des coliques du nourrisson a été abordé brièvement au sein d'un chapitre évoquant les douleurs abdominales et pelviennes de l'enfant. Ce chapitre très superficiel évoque surtout la bénignité de la pathologie mais ne s'étend pas sur la prise en charge.

Je me suis retrouvée lors de mes stages en pédiatrie ainsi qu'en médecine générale face à des parents désemparés devant les coliques de leurs enfants.
Mais j'ai encore plus compris la complexité de cette pathologie à la naissance de mon fils qui a présenté des coliques typiques du nourrisson. Ainsi j'ai passé presque 3 mois sans trouver de solutions efficaces pour calmer les pleurs de mon bébé. Cette situation éprouvante et cette impuissance m'a vraiment beaucoup questionné. Ne pas savoir et pouvoir prendre en charge son fils était perturbant encore plus en étant futur docteur. Aujourd'hui j'ai donc un regard différent des coliques du nourrisson et recherche constamment à en savoir plus sur le sujet.

B. Les connaissances actuelles

1. Définition

Les coliques du nourrisson sont un motif fréquent de consultation en soins primaires. Elles ont été définies initialement par Wessel et al en 1954 (3) comme étant « une crise de pleurs paroxystiques inconsolable d'au moins 3 heures par jour, 3 jours de suite, pendant initialement au moins 3 semaines par mois réduite à 7 jours chez un enfant de moins de 3 mois en bonne santé ». Elles apparaissent à partir de la 3ème semaine et disparaissent vers le 4ème mois et sont plus importantes en fin de journée. Les crises de pleurs sont accompagnées d'un tableau typique : agitation, inconfort, jambes repliées, érythrose faciale, hypertonie des membres et émissions de gaz.
Par la suite des experts en maladies fonctionnelles digestives ont élaboré un groupe de travail appelé ROME ; car la première réunion a eu lieu à Rome. A l'aide de la méthode DELHI ce groupe a discuté la première fois des maladies fonctionnelles digestives en réalisant une classification ROME en 1988.(4).
La dernière et quatrième version réalisée en 2016 est le ROME IV(5). Elle définit les coliques du nourrisson dans le cadre des troubles fonctionnels intestinaux comme un « syndrome comportemental chez le nourrisson âgé de 1 à 4 mois qui présentent de longues périodes de pleurs difficiles à apaiser ». Dans leur définition, les experts remettent en cause la règle des 3 de Wessel et définissent ainsi les coliques du nourrisson par les critères suivants :

« - Nourrisson de moins de 5 mois
- Périodes récurrentes et prolongées de pleurs avec agitation ou irritabilité du nourrisson qui se produisent sans cause évidente et qui ne peuvent être évités ou résolues par les parents
- Absence de retard psychomoteur ou de maladie identifiée chez un nourrisson eutrophe. ».

Il s'agit d'un diagnostic d'élimination, il est donc nécessaire de s'assurer du bon développement du nourrisson lors d'un examen clinique complet.

2. Les diagnostiques différentiels

Les coliques du nourrisson sont une pathologie bénigne sans urgence de prise en charge. Il est primordial devant tout tableau de pleurs inexpliqués et de tableau douloureux d'éliminer une pathologie nécessitant une prise en charge urgente. Notamment les douleurs abdominales chirurgicales suivantes(6–8).

a) Invagination intestinale aigüe

Il s'agit d'une urgence à reconnaitre et éliminer pour toute douleur abdominale aigüe prise en charge en soin primaire(6,7).

Elle se définit par « la pénétration d'un segment intestinal dans le segment sous-jacent, par retournement en doigt de gant (boudin d'invagination) ». La localisation la plus fréquente est iléocæcales mais elle peut également avoir lieu au niveau iléo-iléale ou iléocolique. Elles sont peu fréquentes de l'ordre de 2 à 4 pour 1000.

On distingue l'invagination intestinale aigüe primitive et secondaire.

La primitive est la plus fréquente et touche plutôt les garçons avec un pic à 9 mois. Elle est due à une hypertrophie des plaques de payer et une hyperplasie lymphoïde dans un contexte viral.

La secondaire est liée à une pathologie sous-jacente causale locale (Meckel, polypes, tumeurs) ou générale (purpura rhumatoïde, mucoviscidose, chimiothérapie).

Le tableau clinique et la gravité de cette pathologie repose sur le fait qu'elle entraine une compression de vaisseaux au niveau du collet d'invagination. Les vaisseaux pouvant être compressés sont les artères (ischémie, nécrose), les vaisseaux lymphatiques et veineux (œdème et stase veineuse) ainsi que les nerfs (douleurs, pâleurs).

Le tableau clinique évocateur est celui d'une crise paroxystique de douleurs abdominales chez un nourrisson en bonne santé. Au cours de la crise, le nourrisson peut présenter pendant qu'il pleure un malaise avec pâleur et hypotonie.

L'examen clinique se compose d'une palpation abdominale en fosse iliaque droite retrouvant un boudin d'invagination et un toucher rectal extériorisant une rectorragie.

L'examen de première intention permettant de confirmer le diagnostic est l'échographie, si elle est réalisée par un opérateur entrainé. On y retrouve une image en cocarde (en transversale) et un sandwich (en longitudinal) évoquant le boudin d'invagination. Un épanchement liquidien intrapéritonéale peut également être retrouvé. Les flux artériels et veineux sont également analysés.

L'abdomen sans préparation reste un examen peu spécifique car il est normal dans 2 cas sur 3, lorsqu'il est pathologique on retrouve un syndrome occlusif.

En cas de doute un lavement opaque diagnostic peut être effectué.

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

Le traitement médical est réservé aux formes non compliquées avec une hémodynamique stable. Elle repose sur un lavement thérapeutique hydrostatique (eau) ou pneumatique (air) permettant par pression le refoulement du boudin d'invagination.

Dans les situations compliquées ou en cas d'échec du lavement thérapeutique une prise en charge chirurgicale est effectuée. Elle repose sur une réduction manuelle associée à une appendicectomie de principe.

b) Hernie inguinale étranglée

Il s'agit de la pathologie la plus fréquente en chirurgie pédiatrique (entre 0,4% et 8,8%). Elle est congénitale et est due à l'absence de fermeture du canal péritonéovaginal. Chez le garçon il peut être à l'origine d'hernie (contenu intestinal), kyste du cordon ou

hydrocèle. Chez la jeune fille de moins d'un an il s'agit le plus souvent d'une hernie de l'ovaire(8).

La principale complication est l'étranglement due à une inflammation au niveau du collet, entrainant une compression vasculaire pouvant aller jusqu'à la nécrose. Elle engage ainsi le pronostic du tube digestif ou des gonades.

Le tableau clinique se compose de :

- Pleurs
- Agitations
- Signes occlusifs : vomissements, météorisme.

L'examen clinique retrouve une tuméfaction inguinale douloureuse fixée et irréductible au niveau de l'aine. La hernie inguinale chez l'enfant est dite oblique externe.

La hernie ovarienne est typique avec palpation d'une masse ovoïde de la taille d'une amande indolore localisée à la partie supérieure de la grande lèvre.

Le traitement est exclusivement chirurgical. Il consiste en une réduction de l'étranglement herniaire. La réduction manuelle doit cependant être essayée dans les cas d'hernie inguinale non compliquée. Elle se réalise dans le sens du canal péritonéovaginale et donc de façon oblique de dedans en dehors et de bas en haut. Elle nécessite une prémédication afin que l'enfant soit le plus calme possible par traitement par voie intra rectale (HYPNOVEL ou VALIUM). Elle est complétée par une intervention chirurgicale à froid dans les 2-3 jours. Elle reste cependant irréductible dans 12 à 17% des cas.

La réduction manuelle est contre indiquée dans les cas d'hernie ovarienne. Dans ce cas ainsi qu'en cas de forme d'emblée compliquée une prise en charge chirurgicale doit être réalisée en première intention.

c) Appendicite aigue

Il s'agit du motif de consultation chirurgicale le plus fréquent aux urgences. Elle reste rare avant 3 ans et la fréquence d'âge est entre 6 et 12 ans(6,7).

Le diagnostic est difficile du fait du caractère atypique des symptômes et de la rapidité d'évolution.

Il s'agit de l'inflammation de l'appendice (prolongement du caecum) qui provoque une douleur abdominale aigue de localisation variable.

A l'interrogatoire on retrouve : une douleur abdominale souvent périombilicale et en fosse iliaque droite ; des troubles du transit ; des nausées ou vomissements ; une perte d'appétit ainsi qu'une fébricule 38°-38°5.

L'examen clinique retrouve :

- Douleur provoquée avec défense en regard de l'irritation abdominale (point de Mc Burney)
- Douleur à la décompression brutale de la fosse iliaque gauche (signe de Bloomberg)
- Flexion douloureuse et irréductible de la cuisse sur le bassin (psoïtis)
- Toucher rectal : peu spécifique et souvent douloureux (peu réalisé).

A noter que chez l'enfant toute occlusion fébrile est une péritonite appendiculaire jusqu'à preuve du contraire.

La prise en charge ne doit pas être retardée par la nécessité d'un examen paraclinique, la clinique est la clé de la décision chirurgicale.

Un bilan biologique peut retrouver une hyperleucocytose et une augmentation de la protéine C réactive.

L'échographie est l'examen le plus pertinent s'il est réalisé par un opérateur entrainé. Le diagnostic est fait par la présence d'un appendice supérieur à 6mm, associé à une infiltration de la graisse péri appendiculaire ainsi qu'une douleur au passage de la sonde. L'échographie permet également de rechercher les signes de complications : abcès, épanchement péritonéal.

L'Abdomen sans préparation et le scanner abdominal sont des examens qui peuvent être réalisés en deuxième intention en cas de doute diagnostic sur les formes atypiques d'appendicites.

Le traitement de l'appendicite repose sur une appendicectomie. Une coelioscopie couverte par une antibiothérapie permet de réaliser une exploration de la cavité abdominale.

d) Torsion du cordon spermatique

Il s'agit d'une pathologie concernant principalement l'adolescent, plus rarement le nouveau-né. La torsion du cordon spermatique est due à une insertion anormale de la vaginale. Ainsi le cordon spermatique se tord autour de son axe dans le sens horaire pour le côté droit, dans le sens antihoraire pour le côté gauche(6,7).
La gravité de cette pathologie repose sur le risque de nécrose irréversible du testicule. Le tableau clinique est celui d'une douleur scrotale aigue violente, unilatérale, irradiant vers le haut le long du cordon spermatique. Il peut également y avoir des vomissements.
A la palpation il est retrouvé une bourse douloureuse et inflammatoire. Le testicule est rétracté à la racine et le reflexe crémastérien est aboli.
La prise en charge est urgente et aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge. Elle doit être réalisée dans les 6 heures après l'apparition de la douleur. Il est réalisé une détorsion puis une orchidopexie (si le testicule récupère une bonne coloration). En cas de mauvaise recoloration il est réalisé une orchidectomie puis une prothèse testiculaire dans un deuxième temps.
Cette pathologie est fréquemment bilatérale et nécessite ainsi une prise en charge préventive du testicule controlatérale par orchidopexie.

e) Reflux gastro œsophagien

Il est défini par la remontée involontaire du contenu de l'estomac dans l'œsophage. Il est chez le nourrisson très souvent physiologique et du à une relaxation transitoire et inapproprié, ou une hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage(9). Il est dit pathologique s'il est accompagné de symptômes gênant comme les pleurs, l'irritabilité, les difficultés alimentaires, toux ; ou de complications (œsophagite, complications ORL ou pulmonaire). Cette pathologie est retrouvée chez 40% à 70% des enfants de moins de 3 mois.
Le diagnostic d'un reflux gastro œsophagien physiologique ne nécessite pas d'examen complémentaire. La prise en charge repose sur la réassurance et des règles hygiéno-diététiques (fractionnement des repas, épaississement du lait).

Dans le cadre du reflux pathologique les examens complémentaires sont réalisés qu'en cas de complications. Il peut être réalisé une pH-métrie œsophagienne ou une fibroscopie œsogastroduodénale.
Le traitement à base d'antisécrétoire (inhibiteur de la pompe à proton qui n'a pas d'autorisation de mise sur le marché avant 1 an) peut être mis en place en première intention chez les patients ayant une complication confirmée par un examen complémentaire. De plus il est admis qu'en cas de pleurs, irritabilités ou refus du biberon associé à un reflux, un traitement par inhibiteur de la pompe à proton peut être essayé pendant 1 à 2 semaines. Il sera poursuivi uniquement en cas d'amélioration des symptômes.

f) L'allergie aux protéines de lait de vache

Il s'agit d'une allergie alimentaire qui apparaît chez le nourrisson dans les premiers mois de vie(10).
Elle peut être IgE médiée ou non ce qui permet de distinguer deux tableaux.

- *Allergie aux protéines de lait de vache IgE médiée*

Elle est due aux anticorps IgE qui vont se dirigés contre les antigènes des protéines de lait de vache. Il va donc y avoir une réaction immédiate et rapide. Les symptômes apparaissent alors dans un délai de quelques minutes à 2h.
Les symptômes sont multiples : cutanés (prurit, érythème urticaire, angio oedeme), respiratoires (rhinite, bronchospasme, asthme), généraux (malaise, perte de connaissance, hypotension, choc anaphylactique) mais aussi digestifs. Les symptômes digestifs sont les suivants : vomissements, diarrhées, angio oedeme buccale ou labiale ainsi que des douleurs abdominales aigues intenses.
Le diagnostic repose sur un prick test (test cutanée) ou un RAST Test (dosage anticorps IgE spécifiques anti-lait).
Pour confirmer le diagnostic, un test de provocation orale peut être réalisé en milieu hospitalier avec surveillance. La disparition des symptômes cliniques avec l'éviction des protéines de lait de vache permet également de confirmer le diagnostic.
Le traitement repose sur une éviction des protéines de lait de vache (lait et tout produit pouvant en contenir). Une trousse d'urgence est prescrite avec un antiallergique, un

corticoïde, de la VENTOLINE ainsi qu'un stylos auto injecteur d'ADRENALINE en cas d'urgence. Il s'agit d'une pathologie qui guérit spontanément au cours des premières années.

- *Allergies aux protéines de lait de vache non IgE médiée*

Dans cette situation la réaction due aux cellules du système immunitaire est retardée avec un intervalle de quelques heures à quelques jours entre la consommation et l'apparition des symptômes.
Les principaux symptômes sont cutanés avec notamment de l'urticaire et digestifs avec des douleurs abdominales et des diarrhées chroniques.
Il n'y a pas de test ayant prouvé leur fiabilité pour le diagnostic. Le seul moyen d'évoquer le diagnostic est de réaliser un test d'éviction d'au moins 4 semaines et de remarquer ainsi la disparition des symptômes. Par la suite la réintroduction des protéines de lait de vache doit entrainer une réapparition des signes cliniques.
Le traitement repose sur une éviction mais aucun traitement d'urgence n'est nécessaire. La réintroduction des protéines de lait de vache peut se faire à domicile. La guérison est spontanée dans 100% des cas et ceci de façon plus rapide que dans l'allergie aux protéines de lait de vache IgE médiée. Le régime chez le nourrisson repose sur des hydrolysats poussés de protéines de lait de vache.

3. La physiopathologie des coliques

A l'heure actuelle la physiopathologie des coliques du nourrisson reste encore mal comprise. Elle semblerait plurifactorielle et complexe(2).
L'immaturité du tube digestif ainsi que celle du système nerveux digestif reste une des premières hypothèses.
Le microbiote est beaucoup étudié dans le cadre des coliques du nourrisson. Les recherches montrent une modification du microbiote chez les nourrissons présentant des coliques. Il est retrouvé dans les selles des nourrissons de nombreuses bactéries pathogènes à l'origine de gaz (E. Coli, Klebsielles), alors qu'il domine des bifidobactéries ainsi que des lactobacillus dans les selles des enfants sains.

Les facteurs environnementaux sont également à inclure dans la physiopathologie complexe de cette pathologie. Le tabac ainsi que l'état psychologique de la maman jouent un rôle dans la majoration de l'incidence des coliques.
L'intrication étroite entre les coliques du nourrisson et certaines pathologies digestives tels que le reflux, l'intolérance au lactose et l'allergie aux protéines de lait de vache n'est pas certaine car les traitements spécifiques ne permettent pas d'améliorer les pleurs du nourrisson. Il semblerait qu'il s'agisse plus globalement de troubles fonctionnels intestinaux qui sont associés entre eux.

4. Les conséquences

Les coliques du nourrisson sont une pathologie bénigne et transitoire, malgré ça, elle peut avoir un réel retentissement sur la relation parents/mère-enfants.
Les pleures inexpliqués du bébé difficilement consolable génèrent chez la maman un épuisement physique et moral. S'ajoute à ça un sentiment d'impuissance et d'échec devant l'absence de traitement efficace(11).
Elles peuvent ainsi avoir un impact négatif sur les relations dans la famille (le couple ou avec l'enfant). La qualité des relations avec l'enfant peut être altérée du fait d'un comportement d'évitement et/ou négligence.
Sur un terrain psychologique instable cela peut majorer des troubles psychologiques pouvant pousser à de graves maltraitances (bébés secoués…) pouvant aller jusqu'à la mort.

5. Les traitements et recommandations

Actuellement il n'existe aucune recommandation claire sur la prise en charge de cette pathologie bénigne et pourtant complexe pouvant entraîner des répercussions graves.
On retrouve parmi les traitements médicamenteux proposés :

- L'utilisation de traitements à base d'anticholinergique ont été analysés : ils permettent de diminuer l'inconfort intestinal en agissant sur les muscles lisses

mais leur utilisation a été proscrite car des effets secondaires graves ont pu être constatés.

- Les molécules à base de SIMETICONE (CARBOSYLANE, METEOSPASMYL) qui agissent en diminuant la quantité de gaz intraluminale n'ont pas permis de prouver une efficacité supérieure à celle d'un placebo. Elles ne sont donc pas recommandées chez le nourrisson(12).

Les autres thérapeutiques :

- La réassurance des parents est le fondement de la prise en charge de cette pathologie. Les informer du caractère bénin et transitoire de la pathologie et permet une acceptation.
- Une modification alimentaire peut être une alternative avec un régime chez la mère qui allaite ou bien un changement de lait artificiel (lait hypoallergénique ou hydrolysat).
- Les massages, le portage en écharpe et l'emmaillotage bien que n'ayant pas prouvés leur efficacité permettent aussi de faire participer les parents dans la prise en charge.
- Les autres thérapeutiques comme la phytothérapie (infusion de fenouil, camomille, verveine), l'homéopathie, la kinésithérapie, et l'acuponcture n'a pas formellement prouvé leur efficacité(13).

C. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'explorer la perception qu'ont les médecins généralistes du var des coliques du nourrisson. L'objectif secondaire est de comprendre leur pratique concernant la prise en charge de cette pathologie.

II. Matériels et méthode

A. Matériels

L'utilisation d'un ordinateur connecté à internet a été indispensable pour la réalisation de l'étude. Les logiciels de traitement de texte utilisés sont Word Office et Excel Office. L'enregistrement des entretiens avec les différents médecins a été réalisé à l'aide de la fonction dictaphone d'un smartphone.
Le Logiciel ZOTERO a permis la collecte, l'archivage et l'utilisation des différentes sources bibliographiques.

B. Méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive qualitative par entretien individuel semi dirigé auprès d'un échantillon de médecin généraliste du Var. Cette approche permet de se focaliser sur le sentiment, la pensée, le comportement ainsi que la pratique qui en résulte. Elle est ainsi adaptée pour l'étude des aspects sociaux de la santé.
L'objectif principal est d'explorer la perception qu'ont les médecins généralistes du var des coliques du nourrisson. L'objectif secondaire est de comprendre leur pratique concernant la prise en charge.

2. La recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été la première étape avant la réalisation du questionnaire permettant de réaliser l'étude. Les différents moyens de recherche ont

été utilisés tout au long de la recherche afin d'avoir les données les plus actualisées possibles.
Les recherches ont été réalisées sur les bases de données de : PubMed, Medline, Sudoc, Mesh, Pascal-Francis ainsi que Google et Google Scholar.
Les mots clés utilisés étaient : colique du nourrisson, infant colic, douleurs abdominales du nourrisson, infant colic treatment, pleurs du nourrisson.

3. L'élaboration du guide d'entretien

Le choix s'est porté sur un entretien individuel à l'aide d'un guide d'entretien semi dirigé permettant ainsi d'orienter le médecin tout en lui laissant le champ libre, sans question fermée.
Afin d'obtenir des réponses variées et de plus en plus fluides au cours des entretiens, des phrases de relance ou de reformulation ont été utilisées.
L'entretien commence par une description de l'échantillon ainsi que du type d'exercice et permet au fur et à mesure d'aborder les différents thèmes suivants :

- Les symptômes des coliques du nourrisson
- La fréquence de ce motif de consultation
- Le mécanisme d'action
- Les facteurs favorisants
- L'examen clinique
- Les examens complémentaires
- La prise en charge
- La relation parents/mère-enfant

4. Recrutement

Les médecins généralistes de la région Hyéroise et alentours ont été recrutés de façon aléatoire via des appels téléphoniques à l'aide des pages jaunes.
Leur accord a été demandé afin de participer à la réalisation d'un travail de thèse sur les coliques du nourrisson « quelle perception ont les médecins généralistes du Var

des coliques du nourrisson et quelles sont leur pratique concernant la prise en charge ?».
Il a ainsi été convenu d'un entretien individuel au cabinet des différents médecins acceptant de participer à l'étude.
Ainsi 13 médecins ont participé à l'étude.

5. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par un seul investigateur et auteure de ce travail.
Les entretiens ont eu lieu dans les cabinets où exercent les différents médecins interrogés.
Avant chaque entretien il est fourni aux médecins la justification de ce travail et les modalités de réalisation. Leur consentement pour l'enregistrement vocal est ensuite pris en leur assurant un anonymat.

6. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé d'octobre 2020 à Mars 2021.
L'ensemble des données recueillies de façon verbale lors de l'entretien ont été enregistré sur un dictaphone.
Les entretiens ont duré de façon variable de 5 minutes à 15 minutes.

7. Analyse des données

L'intégralité des entretiens ont été retranscrits mot pour mot sur un document texte (Word) à partir des enregistrements sur dictaphone. Une méthode manuelle a été choisie pour analyser les entretiens semi dirigés.
Ainsi des verbatims ont été mis en évidence permettant d'identifier des codes qui s'organisent en catégories ainsi qu'en thèmes.
Les 13 entretiens réalisés ont permis d'arriver à une suffisance de données.

III. Résultats

A. *Description de l'échantillon*

Entretien	Sexe	Age	Année d'installation	Type de cabinet	Type d'exercice	Formation spécialisée	Patientèle variée	Nombre d'enfant par jour
1	F	32	5	Groupe	Semi rural	Non	Oui	5-6
2	H	38	6	Groupe	Semi rural	Non	Oui	1-2
3	H	62	30	Groupe	Urbain	Non	Moins maintenant	2 par mois
4	H	33	6	Groupe	Urbain	Non	Oui	1
5	F	33	1	Groupe	Semi Rural	Non	Oui	2
6	H	33	7	Groupe	Semi rural	Non	Oui	1 à 3
7	F	41	10	Groupe	Urbain	Non	Oui	10
8	H	50	22	Groupe	Semi rural	Non	Oui	2
9	F	30	1	Groupe	Semi rural	Non	Oui	2
10	H	64	33	Groupe	Urbain	Non	Oui	1
11	H	50	20	Groupe	Semi rural	Non	Oui	3
12	F	37	10	Groupe	Semi rural	Non	Oui	15-20
13	H	62	33	Groupe	Semi rural	Non	Non	2

13 médecins ont été interrogés, dont 8 hommes et 5 femmes. Les médecins avaient entre 30 et 64 ans. 7 médecins avaient moins de 40 ans et 6 médecins avaient plus de 40 ans.

Tous les médecins exerçaient dans un cabinet de groupe. 9 d'entre eux exerçaient en semi rural et 4 avaient une activité urbaine.

Aucun des médecins interrogés ne disposaient d'une formation spécialisée en pédiatrie.
7 d'entre eux exerçaient depuis 10 ans ou plus et 6 exerçaient depuis moins de 10 ans.
11 médecins estimaient avoir actuellement une patientèle variée (soit 61,5%). Les deux autres médecins en fin de carrière n'estimaient plus avoir de patientèle variée.
12 médecins interrogés examinaient au moins un enfant par jour et jusqu'à 15 pour certains. Et un seul examinait que deux enfants par mois.

B. Les symptômes des coliques du nourrisson

1. Les pleurs du nourrisson

Les symptômes qui permettaient d'évoquer les coliques du nourrisson étaient multiples. Elles étaient principalement évoquées devant des pleurs inexpliqués du nourrisson de façon fréquente.

« Des parents qui vont décrire un bébé inconfortable, euh des pleurs inexpliqués, la plupart du temps c'est ça des pleurs inexpliqués. » (verbatim1).
« *(hésitation)* Pleurs fréquents. » (verbatim2).
« Des pleurs après manger ou des pleurs entre les repas. » (verbatim3).
« Des douleurs inexpliquées, après la tétée ou le biberon. *(hésitation)* facies et pleurs et des mouvements (*rire)* se tortille. » (verbatim4).
« Les pleurs fréquents. » (verbatim5).
« Les pleurs, les pleurs intempestifs. » (verbatim6).
« La maman ou le papa dit que d'un coup l'enfant se met de façon aigue à pleurer à crier et que voilà. » (verbatim7).
« Pleurs d'un enfant. » (verbatim8).
« Petit qui pleure beaucoup sans forcément de raison. » (verbatim9).
« Pleurs, pleurs, les pleurs sans autres causes. » (verbatim10).
« Des pleurs, l'enfant qui se tortille c'est important. » (verbatim11).
« Beh les pleurs déjà. » (verbatim12).
« En même temps qu'il pleure et qu'il grimace. » (verbatim12).

« Alors souvent les gens viennent parce que l'enfant pleure. » (verbatim13).

2. L'agitation

Le nourrisson était souvent décrit comme agité. La colique était ressentie comme des douleurs perçues par les parents.

« Gesticulation pendant l'alimentation que ce soit l'allaitement ou le biberon. » (verbatim2).
« L'agitation, *(hésitation)* gigotation. » (verbatim3).
« Et des mouvements *(rire)* se tortille. » (verbatim4).
« Des enfants qui enfin des parents qui décrivent des enfants qui ont l'air douloureux qui gigotent. » (verbatim5).
« Et puis le fait qu'il devient souvent rouge, qu'il crie, qu'il est tendu. » (verbatim7).
« *(hésitation)* Un bébé agité quand je lui palpe le ventre, ou éventuellement la maman qui me décrit comme quoi son nourrisson se tortille. » (verbatim8).
« Un enfant qui se tortille qui est ballonné. Ce sont essentiellement les données des parents. » (verbatim11).
« Les tortillements du ventre comment on appelle ça la danse du ventre *(rire)*. Comment on peut dire ça je ne trouve pas mon mot, l'agitation, mais vraiment le repli, la position fœtale. Si tu veux le repli en position fœtale. » (verbatim12).
« Se tortille de douleur et à priori a mal au ventre voilà. » (verbatim13).
Il était remarqué par un des médecins qu'il s'agissait souvent des parents qui étaient préoccupés par ces symptômes :
« Plus les parents qui s'en inquiètent que voilà. » (verbatim5).

3. Les troubles du sommeil

Certains décrivaient des troubles du sommeils associés.

« Un sommeil perturbé aussi. » (verbatim2).
« Des réveils fréquents. » (verbatim5).
« *(hésitation)* Qui se réveille la nuit. » (verbatim9).

« Toutes les nuits il pleure. » (verbatim10).

4. Le ballonnement abdominal

Il était décrit chez les nourrissons un ballonnement abdominale avec des gaz.

« Ballonnement, gaz, météorisme. » (verbatim2).
« Un peu des gaz, un peu séparé de la tétée, au bout d'une heure. » (verbatim9).
« Et après un enfant qui a beaucoup de gaz. Surtout ça. » (verbatim11).

5. La temporalité

Il était décrit une temporalité des symptômes par rapport au repas.
Certains parlaient de symptômes d'apparition post prandiale.

« Souvent après la tété ou après *(hésitation)* le biberon, *(hésitation)*. Des fois aussi c'est des enfants qui refusent le biberon la fois d'après ou deux fois après. » (verbatim1).
« Après manger ou des pleurs entre les repas. » (verbatim2).
« Après la tétée ou le biberon. » (verbatim4).
« Qui disent qu'il ne supporte pas la nourriture ou ça ne se passe pas très bien après la prise du lait. » (verbatim5).
« Son nourrisson se tortille après le biberon ou pendant le biberon. » (verbatim8).
« Des pleurs aussi rythmés par les repas. Après le repas, il est moins bien. » (verbatim9).
« *(hésitation)* la temporalité par rapport aux repas, genre 2h post prandiale des trucs comme ça. » (verbatim12).

D'autres évoquaient des difficultés au moment des repas.

« Pendant l'alimentation que ce soit l'allaitement ou le biberon. » (verbatim2).
« Son nourrisson se tortille après le biberon ou pendant le biberon. » (verbatim8).

« Qui prend un peu moins bien ou plutôt des difficultés au moment des repas. Qui tête moins bien. » (verbatim9).

Il était également évoqué une notion de pleurs prolongés.

« Il pleure pendant plusieurs heures. » (verbatim10).
« Beh après la durée ça dépend. Tu peux avoir des coliques pas longues,tu ne les traites pas. Les coliques qui durent 1h 30 le soir-là tu peux peut-être faire quelque chose. Mais pour moi la durée ne fait pas le diagnostic de colique, la durée fait la gravité si tu veux et le traitement. Moi c'est comme ça je pense. » (verbatim12).
« C'est évident que le bébé ne va pas pleurer pendant 3 4 minutes. C'est-à-dire qu'on a un enfant qui n'est pas bien et qui va pleurer, qui va chouiner, va se tordre pendant plusieurs minutes évidemment. Et souvent c'est répété au cours de la journée. » (verbatim13).

6. L'âge des coliques du nourrisson

L'âge de survenu des coliques du nourrisson était pour certains :

- De 0 à 3 mois :

« À partir de 15 jours, je dirais très tôt. » (verbatim3).
« *(hésitation) S*urtout les tout petits jusqu'à 4 mois. » (verbatim5).
« Apparait rarement avant 2 à 4 semaines dans le premier mois en général c'est plutôt tranquille et le maximum je dirais entre 1 et 3 mois. » (verbatim7).

- De 0 à 6 mois :

« La plupart du temps c'est avant 6 mois à peu près. » (verbatim1).
« Surtout de 2 on va dire à 5-6 mois essentiellement. » (verbatim2).
« Dans les 6 premiers mois. » (verbatim6).

Mais pas tous les médecins évoquaient un âge spécifique pour les coliques du nourrisson.

C. La fréquence de ce motif de consultation

La fréquence de ces consultations était évoquée comme :

- Très fréquente

« Oh je dirais que ça arrive dans 90 % de tous les nouveaux nés que je suis. Il y a toujours une ou deux consultations où ça vient. Déjà parce que je pose la question et on en parle. » (verbatim4).
« *(hésitation)* On va dire 1 sur 2 nourrissons, à peu près la moitié. » (verbatim5).
« Je dirais 1 sur 2 quasiment. La demande des parents c'est à peu près 1 sur 2. » (verbatim6).
« Je dirais que c'est évoqué au moins une fois pour chaque nourrisson. Pour chaque nourrisson c'est évoqué au moins une fois au cours de sa première année ou au moins au cours de ces six premiers mois. Alors ce ne sont pas toujours des coliques mais les parents l'évoquent. » (verbatim3).

- Fréquente

« Ça doit être plus que ça en fréquence j'imagine, mais moi je n'en ai vraiment pas eu beaucoup. » (verbatim1).
« Ah je ne saurais pas dire, je pense que c'est assez fréquent, plutôt fréquent. » (verbatim9).
« C'est quand même assez fréquent. » (verbatim10).
« Ouh beaucoup hein, honnêtement 1 sur 4, c'est vraiment courant. » (verbatim11).

- Peu fréquente

« Je n'en ai pas beaucoup franchement pas beaucoup. Ça doit être *(hésitation)* si j'en ai 2, 3 par an maximum pour moi. J'en ai pas eu beaucoup du tout, pas du tout beaucoup. » (verbatim1).
« C'est difficile à dire parce que je n'ai quand même pas une grande patientèle, sur un petit échantillon, ça m'arrive pas souvent quand même qu'il y ai ce motif de consultation. Mais pff que ça soit un motif de consultation ça n'est pas fréquent. On va dire quand même qu'1 fois sur 3 quand même à un moment donné il y a toujours un petit truc sur ça on va dire. Il a un peu mal au ventre on a l'impression etc. Il y en a tjrs

un petit peu mais que ça soit un vrai motif de consultation une vraie plainte une vraie demande d'aide je dirais une fois sur 7-8. » (verbatim2).
« Moins *(rire)* je ne sais pas moi. Je sais, non *(hésitation)* ouai je dirais pff qu'il y en a un sur *(hésitation)* comme ça à la louche je dirais 1 sur 6 je dirais un sur 5 un sur 6, 20 %. » (verbatim3).
« Beh pas tant que ça finalement tu vois moi qui fait pas mal, je dirais il y a peut-être sur les bébés que je suis, je dirais peut-être 1 sur 5 pas plus hein. » (verbatim7).
« Par rapport aux consultations de pédiatrie, combien il y en a pour ça, 1/3, ¼, ¼ peut être. » (verbatim12).

D. Le mécanisme d'action

1. Un mécanisme d'action mal connu

Lors des différents entretiens il était ressorti une réelle incertitude quant au mécanisme d'action des coliques du nourrisson.
Tout d'abord certains n'avaient aucune notion quant aux mécanismes d'actions :

« Je n'en ai aucune idée. » (verbatim3).
« Alors *(hésitation)* c'est une très bonne question la physiopathologie des coliques du nourrisson, je n'en sais strictement rien. » (verbatim7).
« Alors là (rire) je ne sais pas trop. C'est vrai qu'on ne sait pas trop. » (verbatim9).
« J'en ai strictement aucune idée. » (verbatim13).

2. L'immaturité du tube digestif

Les principaux mécanismes évoqués étaient :

- Immaturité du tube digestif et digestion altérée

« Je dirais une mauvaise digestion de manière globale après je ne sais pas je ne saurais pas dire la physiopathe exacte. » (verbatim1).
« Oh Oh alors immaturité du tube digestif. » (verbatim4).

« Alors là *(rire),* moi j'explique souvent que c'est une immaturité du système digestif aux parents tout simplement. » (verbatim5).
« Je dirais qu'il y a un intestin immature et une digestion qui peut être ralentie et qui se met en place progressivement. » (verbatim6).
« Des spasmes liés à l'immaturité du tube digestif. » (verbatim10).
« Et après peut être l'immaturité du système digestif de l'enfant. » (verbatim11).
« Il y a un rapport étroit entre le lait qu'on va donner et les coliques du nourrisson. C'est-à-dire que si on a du lait maternel selon ce que la mère peut manger, peut ingérer, on peut avoir des coliques qui apparaissent. Après il y a des laits artificiels qui sont plus ou moins bien supportés. Sans même parler de lait qui sont spécifiques aux coliques mais parfois il y certains laits qui sont mieux supportés que d'autres. Alors l'immaturité oui, l'immaturité a probablement un rôle. » (verbatim13).

- Un reflux gastroœsophagien associé

« *(hésitation)* Voilà des reflux aussi qui peuvent participer. Même si ce n'est peut-être pas des coliques mais parfois ce sont des diagnostiques différentiels. Mais ça peut être dû à une immaturité de l'œsophage et du clapet. » (verbatim4).

- Trouble du transit à type de constipation

« Alors beh des fois tout bête ça peut être la constipation, ça c'est une cause secondaire. » (verbatim11).

3. Les spasmes du tube digestif

Les spasmes dus à une contraction involontaire du muscle étaient ensuite évoqués.

« Et pour moi je pense que ce sont plutôt des gaz avec un spasme intestinal sur des gaz. Parce qu'ils sont souvent ballonnés et puis ce sont des douleurs qui sont aigues donc j'avais plutôt une sensation de spasme. » (verbatim7).
« Des spasmes du tube digestif. » (verbatim8).
« Je crois, fin pour moi ce sont des spasmes. » (verbatim10).
« Beh il y a une inflammation intestinale généralement et après un péristaltisme. » (verbatim12).

« Je pense que ce sont des spasmes digestifs aussi bien jéjunal, iléale que colique. » (verbatim13).

4. L'inflammation du type digestif

Un médecin évoquait une inflammation du tube digestif

« Beh il y a une inflammation intestinale généralement et après un péristaltisme. » (verbatim12).

5. L'alimentation excessive

L'alimentation excessive avait été soulignée par un des médecins interrogés :

« Moi j'ai une image dans ma tête mais qui correspond peut-être pas du tout à la réalité. *(hésitation)* Moi ce sont souvent des enfants qui tètent beaucoup ou qui mangent de façon rapprochée. Une espèce de fermentation. », « Et je trouvais que c'étaient souvent les bébés qui mangeaient de façon très rapprochée. On essayait de les soulager en les mettant au sein ou au biberon parce qu'ils pleurent et qu'en fait souvent ça aggrave parce que ça fermente plus et ça ballonne plus. Moi c'était ça que j'avais en tête mais j'en ai aucune idée. » (verbatim7).

6. Une prédisposition familiale

Enfin un des médecins avait évoqué la prédisposition familiale.

« Et après d'autres mécanismes qu'on va dire plutôt familiaux où on retrouve la colique chez les parents. Souvent ça. » (verbatim11).

7. Le rôle du microbiote

Pour terminer ce thème, la question du rôle du microbiote avait été posé aux différents médecins. Certains évoquaient un possible rôle sans réelle certitude.

« C'est possible que le microbiote joue un rôle surtout chez les prématurés j'imagine. » (verbatim1).
« Le microbiote joue un rôle certainement pour moi c'est une question d'adaptation de la flore à l'exposition alimentaire. » (verbatim2).
« Probablement que le microbiote joue un rôle *(rire).* » (verbatim3).
« Microbiote joue un rôle Oui, Oui, Oui, je prescris du Biogaia. Je ne suis pas sur si ça marche mais bon on ne prend pas de risque. » (verbatim4).
« Je pense que le microbiote joue un rôle car j'essaie les probiotiques. » (verbatim5).
« Oui je pense que le microbiote joue un rôle, car souvent le fait d'associer des produits comme Biogaia ça peut soulager l'enfant. » (verbatim8).
« Je ne sais pas peut être hein, je ne sais pas. Est-ce que c'est le microbiote qui n'est pas assez développé ou quoi à cet âge-là qui fait que du coup il a plus de mal à digérer ? Peut-être pourquoi pas. » (verbatim9).
« Oh oui certainement que le microbiote joue un rôle. Dans la genèse des gaz, des ballonnements et tout certainement en vrai. » (verbatim11).
« Microbiote ouai je pense dans beaucoup de cas c'est une des solutions. » (verbatim12).

D'autres pensaient qu'il ne joue pas un rôle ou du moins qu'il n'y a pas suffisamment de preuve pour dire qu'il y a un rôle certain du microbiote :

« *(soupire)* ce n'est pas que ça m'agace un peu l'histoire du microbiote en ce moment mais si tu veux comme on n'a pas de données du tout. Alors toutes les mamans, les pédiatres ils n'ont pas besoin de me demander ils prennent tous du Biogaia voilà. Après j'ai des vraies questions là-dessus j'ai lu beaucoup là-dessus pas pour le bébé mais pour l'adulte parce qu'il y avait des grosses études passionnantes. Sur des patients avant chimio et après chimio et ils ont vérifié leur microbiote intestinal et ils ont réinséré des probiotiques par Probiolog, machin tout ça. Et ils se rendent compte que le microbiote intestinal du patient est complètement, après la chimio, il n'y a plus rien. On réensemence de façon artificielle et en fait le patient avec son alimentation et

son mode de vie souvent, dans les 6 mois d'après, il retrouve lui-même sa flore. Donc je ne sais pas bien ce qu'on fait avec. Je pense que ça peut, peut être bien jouer l'immaturité, mais est ce que finalement ça change quelque chose de leur donner un truc artificiel ? Tu vois je ne sais pas bien. Et donc c'est un domaine passionnant mais en cours d'évaluation. Mais pour l'instant on ne sait pas du tout ce qu'on fait quand on réensemence de façon artificielle un microbiote par un labo qui a décidé que c'est cette souche là qu'il fallait. Donc moi pour l'instant quand les parents le fond je ne vais pas du tout m'y opposer mais moi, de moi-même je ne vais pas leur prescrire un probiotique. Je trouve ce n'est pas du tout pour l'instant pertinent. Moi j'ai besoin vraiment d'études. » (verbatim7).
« Non. » (verbatim10).

E. Les facteurs favorisants

1. Absence de facteur favorisant recherché

La recherche des facteurs favorisants n'était pas systématique chez les médecins. Dans notre étude 2 des participants sur 13 ne recherchaient pas de facteurs favorisants.

« Euh non, pas vraiment. » (verbatim5).
« Non.» (verbatim8).

2. L'environnement familial psychologique

Les autres médecins recherchaient systématiquement des facteurs favorisants à l'interrogatoire pouvant majorer où être à l'origine des coliques.
Tout d'abord ils étaient d'accord pour dire qu'il fallait s'interroger sur l'environnement familial psychologique.
Il était bien souvent déjà connu et ne menait pas le médecin à interroger les parents.

« Je n'interroge pas systématiquement sur le contexte familial car en général je les connais. Donc je sais mais si je ne comprends pas je vais chercher plus loin. » (verbatim4).
« Non, en général je connais déjà. » (verbatim8).
« Beh j'interroge rarement spécifiquement mais parce que je le connais autrement en général ce contexte-là. », « mais souvent il est implicite. » (verbatim12).
« Pas directement. Mais si par contre, soit par la connaissance des parents, parce que je connais les parents, et je sais qu'il peut y avoir certains problèmes. Voilà, mais je n'interroge pas les parents pour savoir s'il y a un contexte particulier. » (verbatim13).

a) L'environnement psychologique familial est primordial

« Bien sûr je m'interroge sur le contexte familial. » (verbatim3).
« Beh ouai carrément, c'est sûr que ça joue beaucoup. » (verbatim7).
« Ah toujours ça c'est très important hein. Tout, tout, très important […]. Des fois quand tu as, mais je te jure hein, en examinant des9 petits, ça m'est arrivé de dire il y a un problème avec vous et le mari. » (verbatim11).
« Quand il n'est pas clair oui des fois on pose la question mais souvent il est implicite. » (verbatim12).
« Il est certain que la dimension psychologique *(hésitation)* lors de visites mensuelles que l'on fait à l'enfant, la dimension psychologique vis-à-vis des parents est capitale. » (verbatim13).

b) L'isolement maternel

Les médecins s'interrogeaient sur l'entourage maternel, la présence du conjoint, des parents et grands-parents. L'idée étant de s'assurer que la mère n'était pas isolée.

« L'environnement psychologique aussi, beh (*pff*) je n'en ai vraiment pas eu beaucoup. Mais c'étaient souvent des mamans seules, donc où il y a un stress majoré, de la fatigue. Voilà, des personnes pas trop entourées, en gros. C'est qu'il y a quand même

une part je pense de psychologique entre guillemet même si on ne peut pas parler de psychologique chez un enfant, un nourrisson mais bon quand même donc voilà. » (verbatim1).
« Après je recherche quand même des mamans isolées surtout dans la région avec les maris militaires qui partent en mer longtemps. » (verbatim4).
« Surtout de nos jours où les mères ne sont pas forcément entourées par leur mère et les grand-mères. Elles sont parfois un peu perdues et leur seule source c'est une copine, un livre et internet et dedans il y a tout et n'importe quoi. » (verbatim13).

c) Le stress

Quelques médecins s'interrogeaient sur le stress environnemental.

« Le stress, oui ça c'est sûr. Le stress des parents, oui ça c'est sûr complètement, ça systématiquement. Et on va dire oui, les circonstances favorisantes en dehors du stress des parents, des conditions non optimales à la maison, soit des conditions inconfortables, stressantes. Fin voilà c'est vrai que c'est surtout ça au final. » (verbatim1).
« *(hésitation)* Non je ne m'en interroge pas trop mais on voit vite si les parents sont stressés ou pas. » (verbatim5).
« Comment sont les parents, le stress des parents. » (verbatim6).
« Et puis après je pense que c'est aussi lié, plurifactoriel, au stress, à l'émotion au vécu. C'est souvent le soir alors que, bizarrement, le matin il y en a moins. Ou quand on va se balader avec mamie il y en a moins. Donc bon tu vois le coté émotionnel. » (verbatim7).
« Il y a un peu le contact des parents. Ils arrivent, ils sont un peu stressés. Des fois ça se sent et ça se voit. » (verbatim9).
« Effectivement l'ambiance générale, le stress, etc. Aussi fin voilà le contexte dans lequel est l'enfant et tout ça. » (verbatim12).

3. L’alimentation

Ensuite les différents médecins s’interrogeaient sur l’alimentation. Il semblait intéressant de s’assurer de bonnes règles hygiéno-diététiques.

a) Type d’alimentation

« Dépend aussi de ce qu’ils prennent comme lait. » (verbatim1).
« L’absence ou présence d’allaitement. » (verbatim2).
« Le mode d’alimentation et celui de la maman quand elle allaite. » (verbatim4).
« Le type d’alimentation donc même s’ils sont allaités l’alimentation de la mère etc. » (verbatim12).
« En cas d’allaitement maternel beh savoir si la mère n’a pas fait des écarts au niveau de son alimentation. Si elle n’a pas pris de médicament. Si elle n’a pas fait quoi que ce soit de ce type-là. En cas d’allaitement artificiel s’il y a eu un changement de lait parce que parfois les parents, aujourd’hui, ont parfois tendance à changer le lait parce qu’il est moins cher en supermarché. Voilà, et ce qui fait qu’on peut avoir des changements de lait intempestif chez un enfant. » (verbatim13).

b) Alimentation excessive

Deux médecins évoquaient la recherche d’une alimentation trop excessive.

« Oui si elle gave son petit, s’il est trop nourri, s’il a pris beaucoup de poids. » (verbatim3).
« Beh tu vois moi les facteurs favorisants c’est vraiment ceux qui s’alimentent de façon, après je l’ai expérimenté, j’en ai eu deux moi, avec des coliques et tout. Donc si tu veux j’ai pu un peu, après je pense vraiment que plus ils mangent de façon rapprochée et c’est vraiment un facteur qui aggrave. Parce qu’après ça ballonne et tout ça. » (verbatim7).

c) Alimentation rapide

Un médecin évoquait la durée de la prise alimentaire. Elle ne devait pas être trop rapide.

« Par exemple l'alimentation rapide. Si c'est au biberon, s'il ne mange pas trop rapidement. S'il est allaité voir en combien de temps il mange. » (verbatim6).

d) La position

« La position de l'allaitement. » (verbatim6).

e) Une intolérance associée

« Alors oui parce qu'on dit la colique, mais alors comme c'est un diagnostic d'exclusion, il faut faire attention aux intolérances. Tu sais les intolérances au lait. » (verbatim11).
« Et après à terme je me méfie des allergies aux protéines de lait de vache, au moins des intolérances. Mais tu as souvent d'autres petites choses avec. » (verbatim12).

f) Les croyances et habitudes

Un des médecins se méfiait des pratiques des patients. Souvent les conseils étaient donnés par l'entourage et non pas par des professionnels de santé.

« On peut trouver des facteurs favorisants avec certaines pratiques qui peuvent se faire parce que ' ah on m'a dit que comme il était constipé je lui ai donné un peu du jus de pruneau'. Ou alors 'j'ai mis, comme il était constipé, j'ai mis de l'Hépar dans le

biberon'. Donc parfois j'interroge bien sur les circonstances favorisantes. » (verbatim13).

4. Les antécédents personnels

a) La prématurité

L'analyse du carnet de santé à chaque consultation est nécessaire pour voir les antécédents personnels et notamment une prématurité.

« Alors euh la prématurité en fait partie. » (verbatim1).
« Si la prématurité mais j'ai déjà demandé avant. » (verbatim4).
« Beh il y a l'histoire au niveau de la grossesse aussi. S'ils sont préma aussi. S'ils ont eu justement le temps de faire tout leur microbiote. Après ce n'est pas au moment où ils ont des coliques où je refais toute une checklist avec plein de truc. Mais comme dans la consultation ce sont des choses qu'on a déjà demandés etc. Des fois on complète par d'autres questions. » (verbatim12).

b) Les consultations répétées

Les différents motifs de consultation étaient analysés dans le carnet de santé par l'un des médecins.

« On regarde aussi le carnet de santé. Et des fois ils vont souvent aux urgences parce que l'enfant il pleure. » (verbatim9).

5. Les troubles du sommeil

Pour finir le sommeil faisait également parti des éléments présents dans la recherche de facteurs favorisants :

« S'il dort bien. Voilà c'est tout. » (verbatim 3).

F. *L'examen clinique*

1. Développement général

a) *Un examen clinique normal*

Les médecins généralistes confrontés à ce type de consultation réalisaient un examen général complet qui était normal.

« Plus bien sûr un examen complet, qui pourrait éventuellement trouver autre chose, mais là l'examen clinique normal. » (verbatim2).

« Une bonne couleur cutanée, fin bon voilà. Un examen général qui est au final correct. » (verbatim5).

« Avec un examen normal, c'est plus pour éliminer autre chose. » (verbatim6).

b) *Une courbe staturopondérale normale*

La courbe staturopondérale montrait une bonne croissance et un bon développement.

« Alors euh je recherche s'il y a une anomalie au niveau du poids, au niveau de la taille, s'il grandit bien. » (verbatim1).

« Beh déjà une bonne croissance staturopondérale. » (verbatim5).

« La prise de poids, tu vois si elle est vraiment excessive. S'ils prennent trop de poids ou contraire s'ils ne mangent pas bien. » (verbatim7).

« Après c'est clair que j'ai dit je palpe le ventre. Mais c'est clair, je n'ai pas pensé au poids mais ça fait partie de l'examen standard. Je cherche cliniquement une cause digestive à des douleurs abdominales. Mais après c'est clair que la prise de poids est un facteur, un signe qui pourrait faire penser qu'il y a autre chose que des coliques du nourrisson. » (verbatim8).

« *(hésitation)* A l'examen clinique *(hésitation)* s'il est en bon état général, s'il est souriant, s'il bouge bien, s'il a un bon développement. Voir si le poids, la courbe de poids qui est normale. » (verbatim9).
« Une rupture de la courbe de poids, un enfant amaigri déshydraté où le poids stagne. Donc ça c'est tous les éléments objectifs. Dans 99 ,9 % des cas il n'y aucune pathologie associée. » (verbatim13).

c) Eliminer un diagnostic différentiel

L'examen clinique étant normal dans le cadre des coliques du nourrisson, il est réalisé dans sa totalité pour éliminer un diagnostic différentiel pouvant être plus grave.

« Des signes de reflux gastrooesophagien, de reflux avec pharyngite. » (verbatim6).
« Au final j'élimine un diagnostic différentiel. » (verbatim8).
« Après examen cardiorespiratoire aussi. Normalement il n'y a pas de pathologie sous-jacente à l'examen. » (verbatim9).
« Et bien tous les diagnostics différentiels. » (verbatim11).
« Voir si ce n'est pas autre chose en fait, un diagnostic différentiel clairement. » (verbatim12).

2. Examen abdominal

Il était évident que le tableau de colique entrainait un examen spécifique au niveau abdominal.

a) La palpation abdominale

« Je palpe l'abdomen pour savoir si j'ai une anomalie. » (verbatim1).
« A l'examen clinique *(hésitation)*, beh c'est surtout quand même effectivement la palpation abdominale essentiellement hein. Ils ont à la limite un ventre, on sent que

quand on les examine ils se mettent à pleurer, souvent des choses comme ça au niveau du ventre. On sent que ça travaille on va dire. » (verbatim2).
« Je ne sais pas un problème à la palpation abdominale. » (verbatim3).
« Ballonnement, météorisme abdominal. » (verbatim4).
« *(hésitation)* Et puis un examen abdominal assez simple. Vérifier qu'il y a un ventre bien souple. » (verbatim5).
« Un abdomen, vérifier s'il est souple, s'il est sensible, s'il déclenche des pleurs. » (verbatim6).
« Je recherche une défense. » (verbatim8).
« Si le ventre il est bien souple quand même, s'il n'est pas douloureux. » (verbatim9).
« Je fais une palpation voilà. Je recherche surtout un ventre dur. » (verbatim10).
« D'abord le ballonnement, même au niveau de l'estomac du pylore des choses comme ça. Après c'est tout hein. Voilà chercher, moi ce que j'aime bien écouter c'est, c'est bête, mais c'est s'il y a des bruits hydroaériques. Ça j'aime bien écouter mais c'est tout, après je ne fais pas grand-chose de plus. Et ça en systématique. » (verbatim11).
« Beh une défense voir si ce n'est pas autre chose en fait. » (verbatim12).

b) La recherche ganglionnaire

« Je regarde si je n'ai pas de ganglion. » (verbatim1).
« *(hésitation)* toujours les ganglions. » (verbatim4).

c) La recherche d'une masse abdominale

« Rechercher des masses abdominales bien sur. » (verbatim2).
« Pas de masse. » (verbatim5).
« Je recherche s'il n'y a pas une olive, une tuméfaction. » (verbatim8).
« Au niveau de l'examen bien évidement une invagination intestinale. » (verbatim13).

d) Les orifices herniaires

« Palper les orifices herniaires. » (verbatim6).
« Après les orifices herniaires, ça il faut toujours jeter un petit coup d'œil. Voir s'il n'y a pas une hernie ou des choses qu'on va palper. » (verbatim11).

e) Le transit

Il semblait important de s'assurer du bon transit de l'enfant.

« S'il n'y a pas des diarrhées *(hésitation).* » (verbatim4).
« Et puis la constipation, le transit quoi. Parce qu'il y a des bébés qui ont un transit ralenti,et ça c'est clair qu'ils sont ballonnés, ils ont mal, ils ont des spasmes donc voilà. Ceux qui sont au lait maternel ont moins ces soucis-là. Mais ceux qui sont au lait artificiel dans ces cas-là je propose de l'Hépar, tu vois des trucs comme ça, des régulateurs naturels du transit. » (verbatim7).
« À l'interrogatoire je recherche s'il y a des constipations, s'il y a des gaz, *(hésitation)* la fréquence du transit et des vomissements. » (verbatim8).
« Demander aux parents le transit aussi. S'il n'est pas constipé, s'il n'y a pas des diarrhées. » (verbatim9).
« Je demande quand même s'il y a des selles régulières, voilà. » (verbatim 10).
« Ou même la constipation, l'enfant il peut se tortiller car il est constipé. Oui effectivement oui. » (verbatim11).
« Alors le trouble du transit associé c'est ce que je vais rechercher. » (verbatim12).
« Après à l'interrogatoire la nature des selles est importante. Savoir s'il s'agit d'un enfant constipé, diarrhéique fin voilà. Dans 99 ,9 % des cas il n'y aucune pathologie associée. » (verbatim13).

Il fallait également éliminer la présence de sang dans les selles.

« Sang dans les selles. » (verbatim3).

G. Les examens complémentaires

Tous les différents médecins interrogés s'accordaient sur le fait qu'aucun examen complémentaire ne doit être réalisé.

« Non pas d'examen complémentaire en première intention du tout. » (verbatim1).
« Non pas d'examen complémentaire. » (verbatim2).
« Non pas d'examen complémentaire. » (verbatim3).
« Non. » (verbatim4).
« Non. » (verbatim5).
« Non. » (verbatim6).
« Non. » (verbatim7).
« Non. » (verbatim8).
« Normalement dans le cadre des coliques non c'est plutôt d'élimination. Parce qu'à cet âge-là on ne va pas forcément faire des prises de sang chez les petits s'il n'y a rien. L'échographie ça n'a pas vraiment d'intérêt. » (verbatim9).
« Non. » (verbatim10).
« Jamais. » (verbatim11).
« Alors pour les coliques jamais, si j'ai un doute sur autre chose, oui. Si j'ai une anomalie à l'examen, ou une histoire qui n'est pas très claire, ou un truc qui me fait penser à une invagination machin oui mais sinon jamais. » (verbatim12).
« Sauf si je soupçonne quelque chose de grave en raison d'un examen clinique. Je veux dire une diarrhée, un boudin d'invagination à la palpation ou un enfant avec une rupture, une déshydratation. Aucun examen complémentaire. » (verbatim13).

H. La prise en charge

Un des médecins interrogés soulignait le fait qu'il n'y avait pas de prise en charge type et que la prise en charge dépendait du contexte.

« Bon après ça va crescendo, ça va dépendre. Après je ne peux pas te donner de checklist, c'est ce que je dis à Chloé tout le long. C'est-à-dire tu ne peux pas dire on

fait comme si, comme si, comme ça. Ça va tellement dépendre du contexte. Donc déjà c'est effectivement une situation du contexte. » (verbatim12)

Les différents entretiens avaient permis de faire ressortir les principaux axes suivants.

1. Les règles hygiéno-diététiques

Les règles hygiéno-diététiques faisaient parties de la base de la prise en charge des coliques du nourrisson. Il fallait d'abord s'assurer d'une bonne hygiène alimentaire avant de proposer une autre prise en charge.
Les différentes questions concernaient :

a) Le type de lait

Il paraissait certain qu'il fallait favoriser un allaitement maternel et s'assurer d'avoir un lait adapté à l'âge.
« Beh déjà quel lait ils donnent. Est-ce que c'est un allaitement maternel ? Est-ce qu'il y a de l'artificiel ? Si oui comment ? Est-ce qu'il régurgite ? Est-ce qu'il y a d'autres symptômes ? etc. Pour savoir si on doit changer de lait, pas de lait etc. » (verbatim1).
« Il faut toujours favoriser l'allaitement maternel. Car ça aussi une fois, j'ai une mère qui m'a dit ' peut-être mon fils est allergique à mon lait'. Ah oui mais on m'a sorti ça une fois, allergique à mon lait. Mais bon j'ai dit là, s'il est allergique à votre lait, on ne va pas y arriver. » (verbatim9).
« Je fais d'abord toutes les mesures qu'on peut faire avec le lait. Les trucs comme ça et si vraiment ça ne marche pas, mais j'ai l'avantage je fais des sms mais du coup, je suis vachement réactif avec les parents tu vois. Essayez ça si ça ne marche pas bam au bout de 3 jours ils envoient un sms, essayez ça. » (verbatim11).
« En premier ça passe par l'alimentation le rythme, le type etc. Après voilà ça dépend de l'âge. Après s'il est allaité, c'est l'alimentation de la maman. Ce sont des conseils là-dessus etc. » (verbatim12).

« Et dans les 50% des cas où il semblerait que l'enfant, beh on utilise des laits qui sont adaptés à l'enfant qui ont des problèmes digestifs. » (verbatim13).

b) La reconstitution

Dans chaque boîte de lait artificiel se trouve une cuillère mesure qui permet de reconstituer le lait. La quantité d'eau doit être adaptée à l'âge de l'enfant et chaque quantité d'eau correspond à un nombre de mesures de lait en poudre. Il fallait bien s'assurer que les parents composaient bien le biberon avec l'eau d'abord puis le nombre de cuillère mesure rase nécessaire.

« Je lui demande comment elle prépare le biberon. Si elle ne se trompe pas au niveau de la prise d'eau, des cuillères rases, en fonction de l'eau qu'elle utilise. » (verbatim8.)
« Peut-être leur dire aussi de revoir comment faire la reconstitution, bien faire la dose plate. Parce que mine de rien, si tu fais un peu pas bien le truc plat ou s'il y en a un peu trop. » (verbatim9).*
« Comme j'ai dit tout à l'heure des parents à qui on n'a pas bien expliqué comment donner à manger à son enfant. Des parents qui parfois mélangent des eaux, ou qui parfois n'utilisent pas des bonnes eaux, fin voilà. » (verbatim13).

c) Le rythme

Il fallait être vigilant sur le rythme des prises. Elles ne devaient pas être trop fréquentes ou bien trop espacées.

« Les rythmes aussi à laquelle il donne les biberons etc. Réévaluer ça. » (verbatim1).
« Ce que je dis vraiment, c'est d'essayer au mieux de répartir, au mieux, l'alimentation quitte à rajouter un biberon, de ne pas donner trop. » (verbatim3).
« Après en général, normalement, j'essaie quand même en restant avec un allaitement à la demande d'espacer un peu la tétée. » (verbatim4).

« Dans un premier temps, pour la première consultation, d'essayer de mettre des règles hygiéno-diététiques. Alors voilà la vitesse du biberon. » (verbatim6).
« En premier conseil je vais peut-être le dire 10 fois mais c'est toujours par rapport à l'alimentation qu'on écarte. » (verbatim7).
« En donnant des conseils, en variant sur le calibre de la tétine des fois ils se trompent les parents. Ils mettent la tétine trop petite trop faible tu vois. On leur dit il faut commencer fort après diminuer. » (verbatim11).
« Gérer les heures de repas, les heures de coucher ça aussi, des fois, il y a une différence qui joue. » (verbatim12).
« Souvent on trouve une cause ou des parents qui donnent à manger de façon trop fréquente, de manière trop importante ou des fois pas assez importante et l'enfant il a faim *(rire)*. Parfois on se retrouve avec des gros qui ont faim et les parents on leur a tellement expliqué qu'il ne fallait pas trop donner qu'ils ne donnent pas. » (verbatim13).

d) Le changement de lait

Le changement de lait était souvent utilisé comme une solution.

« Rapidement on est obligé de changer de lait car ça rassure tout le monde. Pour les mamans qui allaitent et beh c'est leur faute *(rigolant)*. » (verbatim3).
« Sinon j'essaye de passer à des laits anti-reflux, à air tout ça. » (verbatim4).
« Alors moi je demande de changer de lait déjà. » (verbatim8).
« Et après changer le lait ou ça peut même aller à changer de lait HA (hypoallergénique) ou des laits à base d'autres choses que du lactose. » (verbatim11).
« Alors si je ne trouve pas de cause évidente à la colique du nourrisson, j'allais presque dire en dernier lieu je fais un changement de lait mais avant de changer de lait souvent on trouve des petites causes. » (verbatim13).

Mais d'autres médecins ne le préconisaient pas.

« Puis après non, changement du lait pas forcément. Après des fois quand il régurgite on peut mettre les lait antirégurgitations. S'ils disent qu'il régurgite beaucoup on peut mettre un lait un peu épaissi. Après voilà pour les coliques partir sur des laits, partir sur des trucs genre hydrolysat non. En plus ils ont un goût assez spécial les

hydrolysats. Ce n'est pas facile à donner donc il n'y a pas vraiment de raison. Bon après s'ils veulent changer la marque du lait ils peuvent essayer si jamais si ça les rassure. » (verbatim9).

« Pour le lait j'évite au maximum. Ça peut arriver, sauf si j'ai quelque chose, sauf si j'ai une temporalité qui me parait assez évidente tu vois. Sur un changement de lait ou sur un truc ou vraiment on n'avance pas avec d'autres choses, on peut essayer de changer de lait. Au moins essayer le lait anti-colique. En essayant de garder la même gamme mais voilà. Souvent quand tu as des grosses coliques et que rien ne fonctionne au bout d'un moment j'y vais mais je n'essaye pas facilement de changer de lait. Ou à la limite même gamme en anti-colique ça oui facilement. Pareil c'est dans les premiers trucs ça rassure les parents mais plus tu changes de lait plus tu crées des coliques. » (verbatim12).

« Je fais une alimentation mixte. Ou j'essaie de voir ce qu'il ne va pas. Les enfants, souvent ils vont à la selle avec l'allaitement maternel. Souvent c'est plus de l'irritation et quand je parle d'alimentation mixte c'est la façon de faire passer à l'enfant quelque chose qui peut être moins irritant sur un plan digestif. » (verbatim13).

e) L'alimentation de la mère

Dans le cadre de l'allaitement maternel le questionnement se faisait sur l'hygiène alimentaire de la maman.

« Je demande aux mamans de manger varié mais de limiter quand même trop de légumes, pas épicé avec l'allaitement. » (verbatim4).

« Si la maman allaite, je vois au niveau de l'alimentation de la maman. » (verbatim8).

« Si on change de lait justement *(rire)*, il faut déjà demander à la maman ce qu'elle mange. Faire un peu attention à ce qu'elle mange. Et vraiment si on n'y arrive pas j'ai tout essayé et tout ça m'est arrivé de donner un peu de débridat. » (verbatim11).

« Sur l'allaitement maternel ça va être les conseils à la maman. Tout ce qui va être fenouil par exemple ça marche très bien. Limiter tout ce qui va être épicé, l'alcool bon en général elles ne le font pas. Eviter les choses acides, les choux tout ce qui est classique pour la digestion. » (verbatim12).

« Et si c'est une maman qui allaite je suis emmerdé *(rire).* Alors dans l'allaitement maternel s'il y a une colique, on va bien interroger la mère. Pour savoir si sans s'en rendre compte, il y a des habitudes qui sont tellement encrées profondément chez elle ; qu'elle ne se rend pas compte qu'elles existent et parfois on arrive à trouver un petit quelque chose qui fait que. On peut essayer de modifier l'alimentation de la mère mais dans ces cas-là bien souvent ça débouche sur une prescription de médicament. » (verbatim13).

f) La prise en charge des troubles du transit

D'autres proposaient s'il y a une constipation associée de la prendre en charge afin d'améliorer les coliques.

« Vraiment faire attention au transit. S'il est constipé pas de suppo à la glycérine, voilà j'évite au maximum, plutôt l'Hépar puis éventuellement ça dépendant de quel âge ils ont, car en général les moins de 3 mois je ne leur mets pas de laxatif bien évidement. » (verbatim7).
« Surtout ne pas être constipé, que l'enfant ne doit pas être constipé. Parce que ça favorise le ballonnement. » (verbatim11).

g) Les mesures comportementales

Certains médecins évoquaient des postures permettant de soulager la douleur.

« Ne pas hésiter à les faire changer de position, parce que souvent ça les aide aussi. » (verbatim1).
« Alors après il y a des techniques de position, les mettre sur le ventre. » (verbatim3).
« Leur dire que quand le bébé est douloureux, beh d'essayer déjà de le prendre bien dans les bras. Essayer de lui recroqueviller les jambes un peu sur lui. » (verbatim5).
« Deuxième chose ce sont vraiment les postures qui soulagent le bébé. La façon dont on le porte, le ventre sur le bras. Le fait aussi de faire autre chose avec lui, se

promener. Tout ça pour aussi enlever l'attention sur la douleur. Donc vraiment les mesures comportementales. » (verbatim6).
« On leur conseille les petits massages, les portés. » (verbatim12).

D'autres médecins évoquaient la réalisation d'un massage abdominal.

« Les massages du ventre ça marche aussi sur les coliques. Voilà la plupart du temps c'est ça. » (verbatim1).
« Leur masser le ventre, les faire péter, fin tout ce qu'on veut qui peut aider. » (verbatim3).
« Peut-être faire un peu des massages. » (verbatim5).
« Et puis après le massage de l'abdomen. Un petit peu le masser. » (verbatim7).
« On leur conseille les petits massages. » (verbatim12).

h) Le sommeil

« Les heures de coucher ça aussi des fois il y a une différence qui joue. » (verbatim12).

2. Les traitements médicamenteux

a) Les antispasmodique : DEBRIDAT et SPASFON

En termes de traitement il avait été évoqué par de nombreux médecins l'utilisation ancienne du DEBRIDAT (trimébutine).

« J'en ai eu mis, des litres et des litres de débridât nourrisson qui n'existe plus. » (verbatim3).
« C'est un petit peu de débridat quand même en petite dose en sirop mais pas pour cet âge je crois c'est les plus de 6 mois. » puis l'investigateur l'informa que c'est contre indiqué aux moins de 2 ans. « *(étonnement)* Ah ouai, ouai, ouai, ce n'était pas le cas il n'y a pas si longtemps. Après c'est comme tout, dans ces cas-là, s'il n'y a pas d'AMM ça va être compliqué pour se le faire délivrer. » (verbatim7).

« Et éventuellement si les douleurs sont importantes éventuellement débridat. » puis quand l'investigateur l'informa de la contre-indication chez les moins de 2 ans. « Je n'étais pas au courant que ça avait changé, même les pipettes. Ah ouai on peut plus même en pipette poids ? *(Regarde dans le vidal)* Ah beh j'apprends quelque chose là je ne savais pas. Bon après franchement le débridât j'en met rarement. » (verbatim8).
« Traitement très souvent avant je mettais le débridât. » (verbatim10).
« Ça m'est arrivé de donner un peu de débridât à la maman. Je sais que ça va passer un peu dans le lait et des fois ça fait du bien au petit. » (verbatim11).
Le Spasfon était, malgré le doute sur son efficacité, utilisé de façon extrêmement rare par l'un des médecins.
« Après avant il y avait le débridât qu'on peut plus. Spasfon pfff voilà quoi. Tu peux donner du Spasfon lyoc à faire fondre dans un petit peu d'eau mais je ne suis pas sûr que ça soit très efficace. Le débridât marchait bien, c'est une connerie de l'avoir enlevé par ce que ça dépannait pas mal pour les grosses grosses coliques quand rien ne marchait. » (verbatim12).

b) Traitement anti-reflux

Un des médecins interrogés proposait l'essai d'un traitement anti-reflux.

« Eventuellement, après j'essaie parfois de traiter un reflux si c'est l'allaitement. » (verbatim4).

c) L'abstention médicamenteuse

Enfin une partie des médecins avouaient s'abstenir et ne pas donner de traitement médicamenteux.

« Fin, souvent, je n'en ai pas eu forcément besoin en premier intention des médicaments chez le nourrisson. » (verbatim1).

« Alors là je crois que je propose rarement des médicaments, j'essaye justement de pas rentrer un peu dans ce truc de médicaliser quelque chose qui n'a pas besoin d'être médicalisé. » (verbatim2).
« Des traitements je n'en mets plus. » (verbatim3).
« Haha *(rir*e) c'est vrai qu'on a tellement de chose hein hein *(ton ironique)*. Parce que c'est vrai hein qu'il n'y a pas grand-chose en même temps. C'est vrai qu'il y en a des fois pfff. Après ce sont plus des fois *(hésitation)*, des traitements *(hésitation)* symptomatiques mais selon l'âge car quand ils sont tout petit on ne peut pas avant 3 mois on ne peut pas. » (verbatim9).

3. Le soutien de la mère

Dans les entretiens il était ressorti comme mot clé le soutien de la mère comme un mot clé de la prise en charge avec la nécessité d'insister sur le fait qu'il s'agit d'une pathologie sans gravité et qui va passer avec le temps.
L'accompagnement de la maman permettait de la réconforter sur sa prise en charge.

a) La réassurance

« Surtout la réassurance. » (verbatim2).
« Beh la maman il faut la rassurer, lui dire que ce sont des coliques et que beh voilà. On lui dit que ce n'est pas grave. » (verbatim3).
« Après j'essaye de rassurer les parents en leur disant qu'il faut, avant de médicaliser, déjà de faire des gestes simples. De rassurer le bébé, le prendre dans le bras fin voilà, favoriser plus le lien. Bon beh du coup on rassure les parents car c'est quand même très fréquent. On leur explique que ça ne va pas durer. Et il ne faut pas non plus s'inquiéter là-dessus, lui donner des pistes pour essayer de soulager son enfant. Oui, oui, on s'occupe surtout d'essayer de rassurer la maman et de lui donner des outils quoi. » (verbatim5).
« Essayer de rassurer les parents et surveiller la courbe de poids taille. » (verbatim6).

« Après c'est vrai que des fois, quand tu regardes, souvent ce qui est écrit, c'est plutôt rassurer les patients. Ce qui est plus facile à dire : conseiller, rassurer les patients voilà. Déjà les rassurer, leurs dire que ce n'est rien de grave, qu'il grandit bien, que tout va bien. Essayer de soulager. La plupart du temps les écrits disent de rassurer les parents, leur dire que tout va bien. Sauf que les parents ils te disent : le bébé il pleure, il n'est pas bien. Ils consultent. Voilà c'est vrai que c'est un peu compliqué quoi de dire beh ouai mais on n'a rien pour. » (verbatim9).

« Puis après tu as le temps. Déjà en premier je les rassure en leur disant que c'est normal etc. On ne les traite pas tous. Des fois pour les rassurer on peut juste donner un peu de CALMOSINE comme ça tu vois ils ont quelque chose à donner et ils ne se sentent pas impuissant et en même temps voilà. On dit ce n'est pas grave. On leur dit que ça va passer. Parfois il y en a qui te disent 'oh il a un peu mal ' et ça passe après. Si on a des coliques qui durent 2 heures, le soir ou ils ne sont pas bien etc, la souvent je tape un peu plus fort. » (verbatim12).

b) L'accompagnement et le soutien

« Un contexte psychologique un peu particulier, je pense que c'est important de prendre en charge la relation mère-enfant. Et en général c'est ça qui marche le mieux d'ailleurs sur mes patients que j'ai eu moi. » (verbatim1).

« *(hésitation)* donc du coup pas hésiter aussi à les faire revoir par la sage-femme, pour qu'il y ait une discussion etc avec la maman. » (verbatim1).

« Après je recherche quand même des mamans isolées surtout dans la région avec les maris militaires qui partent en mer longtemps. Dès que je sais ça, je veux quand même savoir l'entourage de la famille, si elle a des voisins, des amis, de la famille sur place pour pouvoir faire une pause. » (verbatim4).

« S'ils sont stressés, d'être plus cool. Ne faut pas se presser pour donner le truc, faut donner le bibi volontiers des fois il faut savoir. Souvent les mamans qui sont stressées qui ne dorment pas beaucoup faites-vous faire aider, faites-vous aider par la famille. *(sourire)* J'utilise beaucoup les mamies en disant faites-vous aider par les mamies elles ont élevé votre mari ou vous elles savent faire. » (verbatim11).

4. Autres thérapeutiques

a) Les probiotiques

Les probiotiques étaient prescrits par de nombreux médecins. Le produit le plus ressorti lors de nos entretiens était le BIOGAIA. Il s'agit d'un complément alimentaire à base de probiotique Lactobacillus reuteri Protectis.

« Après ça m'arrive effectivement de prescrire du BIOGAIA. Mais c'est vraiment quand je sens que les paroles ne suffisent pas et que je sens qu'il y a besoin d'un petit truc. Pour quand même que les parents se sentent moins impuissants et qu'ils aient l'impression qu'on les aide et qu'eux même fassent quelque chose pour leur enfant. » (verbatim2).
« Je ne suis pas sûr si ça marche mais bon on ne prend pas de risque. Je lui mets Biogaïa, fin je l'ai dit tout à l'heure, presque en systématique. » (verbatim4).
« Et puis après moi j'essaye les probiotiques, un peu de BIOGAIA. » (verbatim5).
« Après éventuellement je peux proposer des produits probiotiques. » (verbatim8).
« Ça m'est déjà arrivé deux trois fois de mettre des probiotiques type BIOGAIA. » (verbatim9).

b) Homéopathie/phytothérapie

Peu de médecins utilisaient l'homéopathie. Les molécules qui étaient ainsi ressorties sont le colocynthis, le carbo vegetalis, le magnésia carbonica et le magnésia phosphorica.

« Comme je suis homéopathe je mets de l'homéopathie. » (verbatim10).
« Euh après en termes de thérapeutique, c'est pareil ça dépend aussi des parents que j'ai en face de moi, de aussi leur demande, leurs habitudes etc. Souvent je passe par l'homéopathie et ça, ça dépend si c'est des familles qui l'utilisent ou pas. Alors ça dépend du type de douleur. En général il y en a classiquement deux. S'ils sont pliés en deux, se recroquevillent, ils replient les jambes et tout c'est du colocynthis. S'ils ont

pas mal de gaz tu vas rajouter du carbo vegetalis ou tu peux rajouter un magnésia carbonica ou un magnesia phosphorica en même temps. Ça c'est parmi les choses que je conseille. Mais plus classique, en gros tu vas voir dans 80 % des cas tu as du colocynthis après le reste ce sont des détails que tu rajoutes. » (verbatim12).

La CALMOSINE est un complément alimentaire à base de plantes qui était également utilisé. On retrouve dans sa composition du fenouil, du tilleul ainsi que de la fleur d'oranger. Le fenouil améliore le confort digestif tandis que le tilleul a des vertus calmantes et apaisantes au niveau digestif.

« Ou bien un peu CALMOSINE sinon pour soulager. » (verbatim5).
« Après à voir si la consultation se répète et que le motif persiste, à ce moment-là, peut être essayer d'autres choses : julep gommeux, CALMOSINE. » (verbatim6).
« Après des fois aussi un peu au début je leur conseille le CALMOSINE. Après bon voilà ça dépend de l'importance. » (verbatim12).

Le julep gommeux, vieux remède à base d'eau de chaux, de gomme arabique et de fleur d'orangée était également évoqué chez certains médecins. Il s'agit d'une préparation officinale qu'ils utilisaient souvent en dernier recours.

« Et après j'essaye le julep gommeux après chaque tétée. » (verbatim4).
« Après à voir si la consultation se répète et que le motif persiste, à ce moment-là, peut être essayer d'autres choses : julep gommeux. » (verbatim6).
« Et après j'ai le julep gommeux. Je l'utilise beaucoup c'est une énorme prescription pour moi. » (verbatim11).
« Et après, à terme, je vais au julep gommeux. C'est limite ma thérapeutique maximum. » (verbatim12).
« Le julep gommeux il faut le faire à la chaux. Un vrai julep gommeux, en général, il faut le prescrire en préparation. C'est le pharmacien qui le prépare. En général si tu n'as pas réussi avant, parce que moi je l'utilise un peu à près, sauf si les parents en ont déjà entendu parler avant, je le donne tout de suite. En général ça me fait 95% des cas, c'est rare qu'après, puis après tu as le temps. » (verbatim12).

D'autres médecins le prescrivaient à la demande des parents sans réelle conviction.

« Ça me dit quelque chose ce mot-là. J'ai peut-être entendu parler de ça une fois. J'ai peut-être prescrit parce qu'on me l'a demandé justement. Mais comme ça spontanément justement, j'ai dû en entendre parler une fois. » (verbatim2).
« Il y a le julep gommeux *(rire)*. Ça pour moi c'est une mesure comportementale. C'est vraiment comme l'homéopathie. Tu vois je suis complètement pas du tout homéopathe mais en fait finalement parfois les mamans ont tellement besoin d'une prescription. Alors j'essaye vraiment toujours de faire autrement, mais il y en a qui sont tellement accrochés ou alors ' ma mère m'a dit que', ' je sais que c'est ça ', ' ma copine l'a fait c'est génial'. Je suis amenée à le prescrire plutôt par rapport à des demandes, des requêtes spécifiques des parents, parce que je ne suis pas très convaincu de l'efficacité. » (verbatim7).

Un des médecins évoquait son vécu personnel avec une préparation réalisée par la pharmacie sans se souvenir de son nom précisément, probablement du julep gommeux.

« Alors un vieux pédiatre faisait faire, car mon fils il avait ça il y a 30 ans, des biberons avec de l'eau de je ne sais pas de la chaux. Je ne sais pas ça puait, c'était dégueulasse mais ça ne marchait pas du tout. Mais c'était il y a 30 ans donc on essayait quoi. Je sais plus ce que c'était mais c'était voilà. » (verbatim3).

Mais certains médecins ne connaissaient pas cette préparation magistrale.

« Je ne connais pas du tout. Je n'en ai jamais donné. Je n'en ai pas eu beaucoup finalement. » (verbatim1).
« Je ne connais pas le julep gommeux. » (verbatim9).
« Je ne connais pas le julep gommeux. » (verbatim13).

c) Kinésithérapie/Ostéopathie

Ces mesures étaient peu utilisées.

« Je n'ai jamais eu besoin d'aller jusque-là mais l'ostéo marche bien de ce que je sais sur les coliques. De ce qu'on m'a dit mais je n'ai jamais eu besoin d'aller jusque-là. » (verbatim1).

« Je n'utilise pas d'autres thérapeutiques. Après en général c'est un motif pour lequel on vient me voir une fois ou deux puis après ça rentre dans l'ordre. » (verbatim5).
« Je n'utilise pas de kinésithérapie ou d'ostéopathie. » (verbatim13).

Ou alors ces mesures étaient introduites à la demande des parents.

« L'ostéo, oui oui ça m'arrive des fois de proposer de l'ostéo. Bien que c'est pareil, c'est plus un peu histoire de rassurer tout le monde, de montrer qu'on s'en occupe. Spontanément je ne le fais pas je le fais quand je sens que je suis dans une impasse et que l'angoisse est très forte. » (verbatim2).
« Tout ce qui est kinésithérapie, ostéo je n'y crois pas trop. Alors quand on me demande j'envoie, je n'y crois pas trop fin je ne connais pas surtout je n'ai pas appris *(rire)*.» (verbatim4).
« C'est rare, kinésithérapie non. Ostéo, c'est souvent parce qu'eux m'en parle, alors oui je leur dis oui vous pouvez. Spontanément je sais que l'ostéo peut faire des choses sur les coliques, mais je ne crois pas que spontanément ça soit quelque chose que je leur propose tu vois. Mais c'est certainement une erreur. Après vu qu'ils ne sont pas tous pareils ouverts entre guillemet sur l'ostéo. Des fois s'ils le voient déjà pour le crâne et tout j'ai pu leur dire demandez-lui pour le ventre etc. Mais ça n'a jamais été pour le ventre tient allez voir l'ostéo. Je pense que je n'ai jamais eu cette démarche-là. J'ai peut-être tors probablement. » (verbatim12).

L'utilisation des différentes mesures telles que kinésithérapie, ostéopathie, homéopathie n'ayant pas de réelles preuves d'efficacité, était perçue par l'un des médecins comme une décharge de la maman/des parents. Elle mettait ainsi sa responsabilité pour la prise en charge de son enfant dans les mains d'un spécialiste.

« Une mère qui emmène son petit quand il a 10 jours chez l'ostéo et qui commence à lui donner de l'homéopathie pour tout et n'importe quoi. Qui commence à l'emmener à droite à gauche. C'est, je pense, une mère je pense en souffrance dans la prise en charge de son enfant et qui aujourd'hui confit son enfant à d'autres parce qu'elle n'arrive pas. Ça témoigne de quelque chose. Donc je suis beaucoup plus attaché à ces signes-là. Mais dans la colique spécifiquement ce problème-là a déjà été évacué. » (verbatim13).

I. La place de la mère dans la prise en charge

1. Primordiale

La plupart des médecins s'accordaient sur le fait que la place de la mère dans la prise en charge des coliques du nourrisson était fondamentale.

« La place de la mère primordiale. » (verbatim1).
« La place de la mère centrale. » (verbatim2).
« La mère est la partie prenante. Jusqu'à preuve du contraire aujourd'hui c'est encore la mère qui donne le biberon dans notre pays *(rire)*. C'est elle qui s'occupe du nourrisson surtout. » (verbatim 3).
« Oui, alors après, par contre je demande toujours en fait en début d'examen comment va votre moral ? comment se passe les nuits ? Je veux savoir si les parents sont à bout ou pas. Parce que c'est vrai qu'après parfois un bébé qui n'arrête pas de pleurer et tout. Oui il n'arrête pas de pleurer mais c'est que les parents n'en peuvent plus donc ça fausse un peu. » (verbatim4).
« Beh de toute façon c'est la maman qui va devoir s'en occuper donc oui. Elle est primordiale. Mais il faut essayer de la rassurer déjà. Ce n'est pas grave, ce sont des pleurs et le bébé il a que des pleurs pour s'exprimer. Et il ne faut pas non plus s'inquiéter là-dessus. » (verbatim5).
« On prend en charge les deux, voire plus la mère, voire les parents. Oui, clairement totalement, est ce que des fois on utilise ce terme parfois un peu de façon extrême quand on ne sait pas pourquoi le bébé pleure. Est-ce qu'il n'y a pas une autre cause des coliques du nourrisson ? C'est surtout la prise en charge globale qui compte. » (verbatim6).
« Beh c'est 90 % maman. » (verbatim7).
« C'est toujours la numéro 1. C'est l'élément essentiel, c'est tout, tout grâce à la mère. » (verbatim11).
« Comme celle du père déjà car c'est une famille et comme celle des grands frères et des grandes sœurs. Elle est 50/50 bien sûr, bien sûr. Ça passe par la réassurance des parents en premier lieu. C'est le premier truc tu les rassures en leur disant que ce n'est pas grave et leur donner des conseils comment gérer. » (verbatim12).

« La place de la mère dans 90 % de la prise en charge. Je suis extrêmement vigilant aux enfants qui ne dorment pas. A tous ces enfants qui pleurent souvent parce que je sais que ça va entrainer chez la mère ou chez les parents en général une réaction. » (verbatim13).

D'ailleurs ils évoquaient, pour la plupart, en premier lieu la réassurance dans la prise en charge.

Un des médecins précisait mettre en place des consultations pédiatriques plus longues. Afin justement de prendre le temps d'évaluer la maman et la prendre en charge.

« Après justement les consultations, tu vois par exemple dans un emploi du temps, moi mes consultations pédiatriques c'est 30 minutes hein. Voilà, donc après il faut que maman quand elle prenne rendez-vous il faut qu'elle prenne consultation nourrisson.. Mais les moins de deux ans, je prends 30 minutes parce que *(soupire)*. Je parle beaucoup déjà tu te rends compte *(rire)*, et avec les mamans beh voilà en fait oui très souvent ça permet beh voilà de prendre le temps. N'hésitez pas si papa est rentré que ça soit lui qui porte votre bébé, qu'il l'emmène faire un tour en poussette. Il ne faut vraiment pas focaliser sur le moment de pleurs et de douleur qui est assez dur émotionnellement quand même. » (verbatim7).

Un autre médecin conseillait plutôt que la mère soit revue pour une consultation dédiée à la mère.

« *(hésitation)* donc du coup pas hésiter aussi à les faire revoir par la sage-femme, pour qu'il y ai une discussion etc avec la maman. » (verbatim1).
« Mais peut être si je la revoie pour ça, revoir un petit peu plus avec elle. » (verbatim9).

2. Absente

Peu étaient les médecins qui disaient ne pas prendre en charge, voir oublier la maman.

« Peut-être qu'on oublie un petit peu la maman. » (verbatim4).
« Je ne la prends pas en charge systématiquement lorsque je vois un nourrisson pour des coliques. » (verbatim 9).

« J’avoue que pfff, non je ne m'en occupe pas. » (verbatim10).

Et l’un d’entre eux n’éprouvait même pas la nécessité de prendre en charge la maman dans le cadre des coliques du nourrisson.

« Je ne prends pas en charge la maman, pas systématiquement. Moi jusqu’à présent je n’ai jamais ressenti euh une réelle détresse ou ras le bol de maman vis-à-vis des coliques du nourrisson. Je n’ai jamais senti à me dire ‘ j’en peux plus’, ‘je le supporte plus ‘, ‘ il n’arrête pas de pleurer ‘, je n’ai jamais eu. » (verbatim8).

J. L’impact sur la relation parents/mère-enfant

Un réel retentissement des coliques du nourrisson sur la relation parents/mère-enfant était ressenti.

1. Une source de stress

Elles étaient perçues comme un cercle vicieux source de stress.

« Complètement et c’est d’autant plus compliqué à faire entendre en général parce que c’est souvent la cause et le rejet en même temps. Donc du coup c’est un peu un cercle vicieux. » (verbatim1).

« Ça peut angoisser la maman, parce que si elle est réveillée en pleine nuit parce qu’elle a son enfant qui pleure ça peut la stresser. *(hésitation). C*omme on dit toujours le nourrisson est une éponge et il perçoit le stress et l’angoisse de la mère. L’angoisse du nourrisson peut se présenter par des douleurs abdominales aussi. » (verbatim8).

« Oui, beh il pleure, les parents après ils sont désemparés parce qu’ils ne savent pas pourquoi il pleure. Ils ne savent pas quoi faire. Ils sont stressés. Ils sont fatigués. Ça peut voilà, ça peut faire aussi un stress de manger. Parce qu’il va dire, il va manger beh voilà il va pleurer. Ça peut faire une espèce de stress, d’engrenage. » (verbatim9).

2. Baby blues et dépression du post partum

Elles étaient perçues comme un facteur pouvant influencer le baby blues ou la dépression du post partum.

« Oh oui complètement ça c'est sûr. Beh déjà maintenant j'essaye de voir s'il y a un baby blues en ce moment je suis assez focalisé dessus. Puis vraiment en ce moment il y en a beaucoup. J'ai l'impression que les parents de maintenant se posent pleins de questions, tellement l'impression de ne pas y arriver. » (verbatim2).
« S'il crie toute la nuit oui. Ça n'arrange pas le moral de la maman. La dépression du post partum doit être encore plus prévalente en cas de colique sévère prolongée commençant très très tôt. » (verbatim3).
« Et puis euh ça peut aggraver des baby blues ou des dépressions du post partum ou des terrains instables. » (verbatim4).
« Ah oui clairement, clairement. Au contraire moi j'ai une histoire en tête d'une petite que je viens de confier à un pédiatre parce que la maman ça n'allait plus. Je pense que même, elle a fait une petite dépression du post partum. A cause aussi du fait que son bébé pleurait tout le temps. Donc évidemment que ça altère toute la relation. » (verbatim7).
« Ça va aggraver une situation préexistante je pense, ou ça peut être un déclencheur mais la créer non. » (verbatim12).

3. Un épuisement physique et moral

Les médecins interrogés avaient l'impression que les coliques entrainaient un épuisement. Ils percevaient les parents/la mère comme dépassés et submergés.

« *(hésitation)* Oui parce que la maman peut se sentir dépassée, avoir l'impression d'être inutile. Fin voilà se sentir un peu impuissante et *(hésitation)* donc c'est important de ne pas la négliger justement et de ne pas négliger son angoisse par rapport à ça. » (verbatim5).
« Après je recherche quand même des mamans isolées surtout dans la région avec les maris militaires qui partent en mer longtemps. Dès que je sais ça, je veux quand

même savoir l'entourage de la famille, si elle a des voisins, des amis, de la famille sur place pour pouvoir faire une pause. » (verbatim4).
« Mais bien sûr qu'en théorie tu n'as pas forcément le même lien. Le même truc que quand tu as un bébé qui gazouille tout le long et qui est super chou […]. Mais est-ce qu'elle l'aime moins pour autant ? Plus fatiguée, moins tolérante. » (verbatim12).

4. Un sentiment de culpabilité

Deux médecins observaient des mamans/parents impuissants et un sentiment de culpabilité.

« Bien sûr mais tu sais comment ? à cause de nous, c'est-à-dire que quand on fait un mauvais diagnostique, on va et je te jure c'est vrai, on va demander pleins d'examens. Qui c'est qui tient le bébé ? C'est la maman. Quand on demande une prise de sang c'est qui qui tient le bébé ? C'est la maman. Une écho ? C'est la maman et à un moment l'enfant il réagit. Beh c'est moyen. J'ai déjà vu des troubles à cause de ça. Une hospitalisation que je ne voulais pas pour une patiente pour explorer un reflux gastroesophagien. La petite a eu des trucs terribles contre la maman. […] On culpabilise, c'est vrai et tout ça nous rend fou. On culpabilise à mort de penser ça. Parce qu'il faut leur dire c'est normal ce que vous vivez c'est l'enfer quoi. Terrible. » (verbatim11).
« S'Ils ont quelque chose de prescrit à donner, ils ne se sentent pas impuissants. » (verbatim12).

5. Un retentissement sur la vie de couple

Deux médecins trouvaient que les coliques avaient un retentissement sur la vie de couple.

« Surtout si le minot il commence à pleurer toutes les nuits, les parents ils commencent à en avoir marre. Je pense aussi que ça gène le couple dans sa globalité. » (verbatim10).

« Ça peut faire séparer des parents. Fin voilà mais ce n'est pas la colique qui fait divorcer les parents. C'est parce qu'ils étaient déjà très chauds et que c'est la goutte d'eau. » (verbatim12).

6. Un rejet de l'enfant

Un médecin avait évoqué le rejet de l'enfant.

« Altérer je ne sais pas, influer forcément dans un sens comme dans l'autre. Mais oui bien sûr parce que souvent les parents peuvent être plus fatigués, plus énervés. Il peut y avoir un rejet, ça peut arriver. Après en pratique je l'ai rarement constaté quand même. Après c'est vrai qu'en théorie oui. Après je pense c'est très compliqué d'en faire une loi. Les parents en ont ras le bol mais comme un enfant qui ne dort pas pour X raison. Mais heureusement que tous les parents qui ont des enfants qui ont des coliques, ou qui ne dorment pas, ne se mettent pas à rejeter leur gamin. Il y a quelques histoires aussi de maman qui ont laissé tomber le gamin. Et c'est le papa qui s'en occupait quelque temps parce qu'elle voulait plus du tout et qu'elle a fait un rejet mais bon heureusement c'est rare. » (verbatim12).

7. Une maltraitance

La maltraitance a été soulignée par certains médecins comme une complication possible.

« Je pense que c'est une des principales pathologies qui peut faire que les parents ne dorment pas, qu'ils sont à bout. Et ça peut en venir à secouer des bébés, à faire de la maltraitance. Alors que ce n'est pas voulu même chez des gens chez qui on ne soupçonne pas. » (verbatim4).

« Même ça peut aller jusqu'à de la maltraitance des choses comme ça, du bébé secoué. De la maltraitance parce qu'ils sont épuisés. » (verbatim9).

« Et à la maman moi j'aime bien toujours envoyer un truc qui va les choquer, pour après faire passer un message. Des fois ça m'est arrivé plein de fois de dire ' vous auriez envie de le ou la jeter par la fenêtre quand elle/il pleure hein ? '. Et tous les

parents me disent ‘ah ouai franchement ouai ‘. Il y a un couple ça m’a marqué à vie. D’un coup les deux ils pleurent. Je leur ai dit ça c’est intolérable. C’est un truc de fou et c’est là où je t’avais dit ils avaient un pédiatre qui leur disait de donner tant et pas plus. Ils ne donnaient pas assez à manger donc l’enfant tout le temps il pleurait, tout le temps, tout le temps. Il avait faim. Les deux je leur ai dit vous avez envie de le jeter par la fenêtre, les deux ont pleuré. On culpabilise, c’est vrai et tout ça nous rend fou. On culpabilise à mort de penser ça. Parce qu’il faut leur dire c’est normal ce que vous vivez c’est l’enfer quoi. Terrible. » (verbatim11).

Un médecin terminait son entretien sur l’importance du rôle du médecin généraliste dans la naissance de la relation parents/mère-enfants.

« Une mère qui se décharge et qui n’a pas compris, ou alors il y en a d’autres ; des mères avocates, médecins ou n’importe quoi qui sont cultivées, universitaires, qui veulent absolument donner un cadre ; qui parlent dans une langue étrangère et ce genre de chose en oubliant que la première chose à faire c’est donner de l’amour. Et faire naitre une relation mère-enfant, nous médecin on est impliqué dedans. » (verbatim13).

K. Formation

Il a été demandé aux différents médecins s’ils estimaient leur formation suffisante sur le sujet des coliques du nourrisson.
3 d’entre eux estimaient leur formation suffisante.

« Oui, globalement, je dirais oui. Parce que moi dans mon esprit il n’y a pas grand-chose à savoir ni à faire en fait. Il faut surtout savoir rassurer en fait. C’est sûr que quand on ne sait pas vraiment expliquer etc *(hésitation)* c’est pas rassurant. » (verbatim2).
« Oui. » (verbatim5).
« Oui étant donné qu’il n’y pas de recommandation actuelle. Je ne vois pas ce qu’on pourrait faire de plus. » (verbatim6).

Les autres estimaient leur formation insuffisante sur le sujet du fait de leur cursus universitaire ainsi que leur formation continue.

« *(En rigolant)* Je pense que je pourrais me remettre à jour c'est possible. » (verbatim1).
« Oh j'ai bien dû avoir il y a 30 ans une demi-heure de cours sur le sujet *(rire)* donc non. » (verbatim3).
« Beh non il y a pleins de trucs genre la physiopathologie qui m'intéressent. Mais je ne suis pas sûr tu vois, j'ai lu beaucoup et je n'ai rien appris de plus que ce que je sais déjà. Je pense qu'en fait c'est assez limité pour l'instant. » (verbatim7).
« Non. » (verbatim8).
« Non, parce qu'en pédiatrie on te parle de pas mal de choses un peu sortie de l'espace que tu ne verras jamais. Par contre des trucs que tu vois tous les jours on ne t'en parle pas. Ça ou pleins d'autres choses que tu vois tout le temps et qu'au final on t'en a parlé 30 secondes même pas. » (verbatim9).
« Non. » (verbatim10).
« Non. » (verbatim11).
« Pas du tout, la formation fac machin non, non non pas du tout zéro formation. » (verbatim12).
« Non formation insuffisante. » (verbatim13).

L'un d'entre eux estimait avoir des connaissances du fait de son expérience et de son vécu personnel.

« Ma formation s'est faite sur le terrain par mon expérience. 2011 je suis arrivée je n'y connaissais rien, si parce que j'avais des enfants. » (verbatim12).

IV. Discussion

A. *Forces et faiblesses de l'étude*

1. Les forces de l'étude

La pratique de la médecine générale entraine la prise en charge de patients dès la naissance jusqu'à la fin de leur vie. Le sujet des coliques du nourrisson est un problème de santé publique qui concerne donc tous les médecins généralistes.
Il semblait intéressant de s'interroger sur le sujet car à ce jour il n'y a pas de réelle recommandation. De nombreux travaux de recherche ont été réalisés sur le sujet, malgré ça peu de données restent objectives et significatives. Leur niveau de preuve est souvent faible ou moyen. De nos jours de réelles interrogations persistent quant au mode d'action, aux facteurs favorisants, à la prise en charge et au retentissement de ces coliques du nourrisson sur la relation parents/mère-enfant.
Afin d'analyser ce sujet, il était intéressant de réaliser une étude qualitative permettant ainsi d'analyser des données non quantifiables. Cette étude permet d'avoir un avis subjectif sur la perception, l'opinion et la pratique des médecins généralistes.

L'échantillon final était hétérogène ce qui permet de limiter les biais de sélection. Il se composait de 5 femmes et 8 hommes disposant à 84,6% d'une patientèle variée. Aucun des médecins interrogés ne disposaient d'une formation spécialisée, ce qui permet d'avoir des réponses représentatives de la formation et de la pratique du médecin généraliste. La répartition en âge de l'échantillon était équilibrée avec 7 médecins ayant moins de 40 ans et 6 médecins ayant plus de 40 ans. Aussi 7 d'entre eux exerçaient depuis 10 ans ou plus et 6 exerçaient depuis moins de 10 ans.
Le guide d'entretien semi dirigé permettait de donner un axe et ne pas perdre le fil du sujet.
Les entretiens réalisés ont tous été enregistrés à l'aide d'une application dictaphone. Cela a permis qu'ils soient retranscrits au mot près. La lecture répétée des différents entretiens a permis de réaliser une analyse de données la plus adaptée.

La réalisation des différents entretiens a permis d'arriver à une suffisance de données. Les 13 entretiens ont fait ressortir des divergences mais également des idées communes sur de nombreuses données.
Le codage des données a été réalisé sur le logiciel Excel. Aucun logiciel de codage n'a été utilisé.
La présence du directeur de thèse ainsi que le guide d'entretien détaillé a permis de limiter les biais.

2. Les faiblesses de l'étude

Etant moi-même maman, j'ai choisi ce sujet, en partie, à la suite d'un vécu personnel. J'ai donc ma propre perception et mes idées sur le sujet. Mes représentations ne sont pas neutres et ont pu influencer les réponses. De même le choix d'un guide semi dirigé entraine inévitablement une orientation dans leurs discours.
J'élabore une étude qualitative pour la première fois. De plus étant la seule auteure et investigatrice le risque de biais d'analyse est plus important.

Il a été difficile de trouver des médecins généralistes disponibles. Il persiste un biais de sélection puisque l'échantillon est composé uniquement de médecin généraliste travaillant dans un cabinet de groupe. La plupart des médecins interrogés exerçaient en milieu semi rural.
La fluidité des entretiens était divergente en fonction du médecin interrogé. Au cours des différents entretiens réalisés, il a été nécessaire au fur et à mesure de faire des questions de relance ou des reformulations afin d'avoir une réponse plus détaillée. Cependant en fonction du médecin interrogé il était plus ou moins facile d'engager une discussion. Un des médecins interrogés avait des réponses extrêmement succinctes et il a alors été difficile pour l'investigateur d'avoir des réponses plus complètes.

B. *Mise en perspective des résultats avec la littérature*

1. Les coliques du nourrisson : une pathologie bénigne

Dans notre étude, il est ressorti « les pleurs » comme principal élément permettant d'évoquer les coliques du nourrisson. Des pleurs persistants rythmés par le repas et décrits comme étant associés à un inconfort du nourrisson.
L'examen clinique réalisé retrouve un nourrisson en bonne santé avec un bon développement staturo-pondéral. Il n'y a aucune cause organique alors retrouvé à l'origine de ces pleurs. Comme ont pu le souligner les différents médecins lors de l'étude, il est fondamental de réaliser un examen clinique complet avec une évaluation du développement psychomoteur du nourrisson. Il est strictement normal. Le but étant d'éliminer un diagnostic différentiel.
Comme l'avaient remarqué tous les médecins interrogés, il n'y a pas d'examen clinique spécifique ou d'examen complémentaire permettant de confirmer le diagnostic de colique du nourrisson. Une revue systématique de la littérature a été réalisée en Espagne en 2017 afin d'analyser les différents outils d'évaluation diagnostique des coliques du nourrisson(14). La recherche réalisée sur différentes sources scientifiques a permis de mettre en valeur 4 échelles permettant d'évaluer les coliques du nourrisson : le journal parental des pleurs et agitations du nourrisson, le questionnaire sur les pleurs, l'échelle des coliques infantiles et la version turque de l'échelle des coliques infantiles. Cette revue conclue que ces différentes échelles ont leurs limites. Ces limites sont dues au fait qu'elles se basent essentiellement sur le critère « pleurs et irritabilité » du nourrisson. Ce critère étant principalement un critère subjectif, il n'y a pas de critère objectif permettant d'avoir une échelle diagnostique reproductible et réalisable à grande échelle.
Il est très intéressant de voir que ces différentes échelles, bien qu'ayant leurs limites, n'ont été évoquées par aucun des médecins interrogés.

Très souvent comme on peut le voir dans l'étude rétrospective de M.Goldman et al.(15) le diagnostic de colique du nourrisson est posé par les parents. Dans sa revue il démontre que le diagnostic est fait par les parents dans 2729 cas sur 4004 parents

interrogés. Il est effectué soit du fait de leurs connaissances, soit du fait de leurs recherches sur internet.

Le Docteur BELLAICHE gastro pédiatre à l'hôpital de Paris a réalisé une étude comprenant 1298 mamans. Le but de l'étude était d'élaborer une échelle standardisée permettant ainsi d'évaluer les coliques du nourrisson(16). Cette échelle est constituée d'un questionnaire en deux parties. Une centrée sur le nourrisson et l'autre sur la mère. Il permet de diagnostiquer et suivre à la fois le nourrisson atteint de coliques (10 questions sur les signes cliniques avec 26 items) mais également l'impact que ces pleurs peuvent avoir sur les parents (6 questions avec 35 items). C'est la première échelle d'évaluation dans le cadre des coliques permettant d'avoir un score.
Un site internet a été mis en place www.coliq.net (17). Il a été réalisé et développé par des experts pédiatres, généralistes et psychologues.
Ce site, à l'aide du questionnaire, est un outil de consultation. Il faut environ 15 à 20 minutes pour qu'il soit réalisé en consultation avec un professionnel de santé. L'accès au site internet par la mère peut être autorisé par un professionnel de santé pour permettre le suivi. La mère peut réaliser le questionnaire en 5 à 6 minutes.
Cet outil permet d'inclure la maman en lui permettant de devenir actrice de la prise en charge.

2. Une pathologie plurifactorielle

Les différents entretiens réalisés permettent de conclure à une origine peu connue et incertaine de la physiopathologie des coliques. Pour autant de nombreux facteurs ont pu ressortir des entretiens comme : une immaturité du tube digestif, une altération du microbiote, des mauvaises règles hygiéno-diététiques ainsi qu'un environnement psychologique favorisant ces troubles.

Les hypothèses étiologiques ont été évaluées dans une étude réalisée par le CENTER (Clinical Enteric Neuroscience Translational and Epidemiological Research) dans le Minnesota en février 2018 par Camilleri et al(18). Elle étudie l'implication de trois mécanismes d'action suivant dans les coliques du nourrisson : l'immaturité de la synthèse des acides biliaires, altération du microbiote, l'immaturité du tube digestif. L'analyse de la littérature a permis de conclure à une réelle corrélation des différents

mécanismes d'action entre eux à l'origine des coliques. Ainsi l'immaturité des acides biliaires entraine une mauvaise absorption des graisses au niveau du tube digestif pouvant altérer la flore microbienne. Il en résulte une fermentation des nutriments modifiant la contractilité du colon à l'origine des coliques.

D'autre part le Docteur BOIGE Nathalie gastro pédiatre à Paris aborde le sujet des pleurs du nourrisson dans le cadre des troubles du sommeil. Elle s'interroge sur l'approche psychosomatique dans son article *Le nourrisson en pleurs : reflux, coliques ou colère ?* Elle suggère les hypothèses suivantes : les douleurs digestives entrainent des troubles du sommeil ; le reflux gastroœsophagien, les coliques et les troubles du sommeil correspondent à la même maladie mais qui s'exprime de façon différente. Il y aurait une intrication entre les troubles du sommeil, les reflux et les coliques. Elle résiderait sur un trouble des acquisitions des rythmes biologiques qui seraient directement corrélées à une cause psychosomatique(19).

Finalement il y a probablement une intrication entre les différentes pathologies digestives liées à une immaturité durant les premiers mois de vie du nourrisson. Et une majoration de ces troubles en rapport avec le contexte psychosomatique environnant.

3. Les traitements des coliques du nourrisson

Les coliques du nourrisson étant une pathologie plurifactorielle, comme vu précédemment, le traitement se base donc sur plusieurs options thérapeutiques.

a) L'alimentation de la mère

Dans les premiers mois de vie, il est primordial de favoriser l'allaitement maternel. Cet allaitement maternel peut être compromis dans le cadre des coliques du nourrisson car beaucoup de questionnement et de culpabilité peuvent se mettre en place. Pour éviter cela, il a été étudié les bienfaits d'un changement de régime alimentaire chez la mère dans une étude randomisée en double aveugle avec bras croisés sans washout réalisée en Australie(20). Cette étude réalisée entre 2014 et 2016 a recruté des

mamans allaitantes de nourrissons de moins de 9 semaines ayant des coliques du nourrisson (selon critère de Wessel). Les mères devaient faire un régime alimentaire pendant 10 jours avec une diminution des FODMAPs(Fermentable Oligosaccharides, Disaccharide, Monosaccharide et Polyols) qui sont des glucides fermentescibles. Dans un second temps, il y a eu un croisement des groupes sans washout. Le critère principal de jugement était d'analyser la durée moyenne des pleurs. L'objectif secondaire était de voir la concentration en lactose dans le lait maternel, la calprotectine fécale, l'anxiété et le stress maternel. Les auteurs observaient une diminution de la durée moyenne des pleurs du nourrisson sans pour autant avoir de retentissement sur l'état psychologique, la composition du lait maternel ou des matières fécales du nourrisson. Le mécanisme d'action n'étant pas clairement prouvé, des études supplémentaires doivent être réalisées.

La question du changement de lait a été soulignée par différents médecins lors des entretiens. De nombreuses études ont été réalisées sur le sujet. La revue de la littérature *Management of infantile colic* en analyse certaines. Ces essais ont montré une diminution des pleurs lors de l'utilisation de lait hypoallergénique, de lait partiellement hydrolysé et le lait de soja. Le niveau de preuve reste faible. De plus le lait de soja ne peut pas être recommandé du fait du risque allergène mais également de sa teneur en phyto oestrogènes. De même le lait riche en fibres n'a pas démontré d'amélioration(21).

b) L'utilisation de probiotiques

Le groupe francophone d'hépatologie-gastroentérologie et nutrition pédiatrique réalise une fiche de recommandation en 2018(2). Il est discuté de l'efficacité des probiotiques dans la prise en charge des coliques du nourrisson. Elle est réalisée avec le soutien institutionnel du laboratoire Pedi Act. Elle conclue sur un effet prophylactique et une efficacité thérapeutique des probiotiques, notamment ceux contenant du lactobacillus reuteri, principalement chez les enfants allaités. Cependant le laboratoire Pedi Act est le producteur de Biogaia, et comme il a été constaté dans nos résultats, il est le principal probiotique utilisé par les médecins. Il est même recommandé par les

pharmaciens lors de conseil en automédication. Il faut alors se poser la question d'un possible conflit d'intérêt du laboratoire quant à cette recommandation.

Cette efficacité a aussi été analysée dans une méta analyse où il est regroupé 4 essais en double aveugle portant sur une totalité de 345 nourrissons ayant des coliques du nourrisson(22). L'objectif principal de cette analyse était de déterminer si Lactobacillus reuteri réduit efficacement le temps de pleurs et/ou d'agitation chez le nourrisson avec des coliques. L'objectif secondaire était de voir si les effets variaient en fonction du type d'alimentation. L'analyse de ces 4 essais permet de conclure à une efficacité des probiotiques sur les coliques du nourrisson allaité, mais ne permet pas de faire une conclusion chez les nourrissons au lait infantile. Chez le nourrisson allaité la composition du microbiote est moins diversifiée et différente de celle du nourrisson au lait infantile. Cette méta analyse a malgré tout des limites non négligeables du fait de l'utilisation dans chaque essai d'un critère de définition des coliques du nourrisson différent. De plus elle ne permet pas de conclure à l'impact des probiotiques sur les autres facteurs tels que : l'utilisation avec un IPP ; l'utilisation d'une formule hypoallergénique ; un régime sans lactose chez la mère qui allaite ; la dépression ; la qualité de vie ; les effets indésirables ; la colonisation des selles et la composition en calprotectine fécale. Ces différents facteurs n'étant pas présents dans les 4 essais analysés dans cette méta analyse, on ne peut pas faire de conclusion.

L'organisation Cochrane a publié une revue systématique de la littérature réalisée en 2019 par Ong et al.(23) sur l'utilisation de probiotique pour prévenir et réduire les coliques du nourrisson. Cette revue de littérature réalisée de Juin 2016 à Janvier 2018 inclue finalement 6 essais. L'analyse ne permet pas de conclure quant à l'efficacité des probiotiques à visée prophylactique sur les coliques du nourrisson. En revanche, il y a une diminution de la durée des pleurs du nourrisson qui est mise en évidence. La présence de nombreux biais et l'hétérogénéité des études ne permettent pas pour autant d'en faire une réelle recommandation pour la pratique clinique. Des études complémentaires doivent donc être réalisées avec un consensus sur la définition des coliques du nourrisson.

Plus récemment en 2020 il a été réalisé, par Karkhanaeh et al, une revue rapide de la littérature (24) se basant sur des revues systématiques ainsi que sur des essais randomisés. Elle évalue également l'efficacité des probiotiques en analysant 9 essais cliniques. En ce qui concerne le traitement des coliques du nourrisson de nombreux

essais montrent une diminution du temps de pleurs. Cependant des biais sont présents sur la sélection notamment et sur le double aveugle. De plus il y a une participation de laboratoire produisant des probiotiques pour 7 essais sur 9 pouvant avoir un conflit d'intérêt même si 4 d'entre eux assurent ne pas avoir été aidés par le laboratoire. Enfin les grades d'efficacité sont de qualité faible pour 4 d'entre eux et de qualité moyenne pour 5 d'entre eux. Le rôle préventif de Lactobacillus reuteri a également été analysé. Sur 6 essais seuls 2 essais ont démontré une réduction de temps de pleurs. Cependant les essais étaient trop hétérogènes pour pouvoir conclure sur l'efficacité. L'hétérogénéité était sur le type de probiotique utilisé, la population étudiée et l'analyse des mesures. Cette dernière revue récente conclue comme les précédentes sur un effet favorable mais non significatif des probiotiques sur les coliques du nourrisson chez les enfants allaités. Du fait de la faiblesse des études il ne peut pas y avoir de consensus et de recommandation sur l'utilisation des probiotiques. Cependant devant le rapport bénéficie et l'absence de risque, il peut être conseillé par les médecins. Cette étude ne permet pas de conclure non plus sur l'efficacité des probiotiques chez les nourrissons au lait infantile.

c) Les traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux sont très peu utilisés par les médecins interrogés. Ils évoquent principalement l'utilisation ancienne du DEBRIDAT (trimebutine). Ce traitement autrefois utilisé comme antispasmodique n'a plus sa place de nos jours du fait des effets indésirables spécifiés en 2017(25). Le DEBRIDAT chez l'enfant de moins de 2 ans expose à des risques cardiaques, cutanés, allergiques et surtout neurologiques (convulsion et somnolence)(26). Il est donc contre indiqué pour la prise en charge de ces douleurs.
L'efficacité des antispasmodiques DEBRIDAT, SPASFON et de l'antalgique PARACETAMOL ne semble pas avoir été étudiée dans la littérature.

L'efficacité du glucose par voie orale à visée antalgique a été analysée dans une étude en double aveugle randomisée de 2015 à 2017 dans un hôpital en Iran(27). Elle incluait 72 nourrissons. L'impact du glucose sur le soulagement de la douleur a été comparé à l'utilisation du SIMETICONE dans le groupe contrôle. Il a été donné du glucose 25%

ou 30% en fonction du poids du nourrisson. La durée de traitement était de 28 jours. Il a été observé une diminution significative de la durée des pleurs du nourrisson dans les deux groupes. Le temps de pleurs avait diminué de 50% chez 25% des nourrissons ayant reçu du glucose contre 44% de ceux traités par du SIMETICONE. Cependant il diminue chez 47,3% les enfants ayant reçu du glucose 30%. Dans le groupe de nourrissons, seulement 14 d'entre eux avaient une alimentation mixte ou au lait infantile. Dans cette étude le glucose par voie orale peut être considéré comme antalgique chez les nourrissons allaités ayant des coliques du nourrisson.

Le SIMETICONE a été évalué dans une étude rétrospective réalisée incluant 4004 patients(15). 1891 patients utilisaient le SIMETICONE seul contre 2113 en association avec d'autres thérapeutiques. 93,2 % estimaient avoir une amélioration voire une disparition des symptômes des coliques du nourrisson après l'utilisation du SIMETICONE. Il n'y avait pas de différence sur l'efficacité entre ceux ayant été traités uniquement par SIMETICONE et ceux qui avaient eu une autre association thérapeutique. Il était ainsi suggéré que l'amélioration des symptômes était due principalement au SIMETICONE.
En France aucune spécialité pharmaceutique à base de SIMETICONE n'est commercialisée pour le nourrisson et l'enfant de moins de 6ans(20).Il n'est donc pas recommandé en pratique.

Hjern et al réalisent en 2020 une revue systématique de la littérature sur la prévention et les traitements des coliques du nourrisson(28). Cette revue analysait les études sorties sur 10 ans de 2007 à 2017. Elle soulève finalement l'absence de preuves concluantes sur l'efficacité du glucose et du SIMETICONE. Il est conclu qu'avec ou sans traitement la durée des pleurs diminue avec le temps au cours des 3 mois.

d) Les mesures comportementales

L'acuponcture a été explorée par Landgren et Hallström (29) dans une étude randomisée multicentrique en simple aveugle avec 3 groupes. Le premier groupe A et le deuxième groupe B ont bénéficié chacun d'une méthode d'acuponcture différente. Le groupe C n'a pas bénéficié d'acuponcture mais de soins de référence seulement.

Les soins de référence sont définis par les consultations de suivi avec pesée et mensuration du bébé. Il a été remarqué une diminution des pleurs dans les 3 groupes avec le temps. On retrouvait une diminution significative de la durée des pleurs dans les groupes A et B par rapport au groupe C. A noter qu'au cours de cette étude, les parents ont alors bénéficié d'un suivi régulier avec une puéricultrice. L'écoute et les conseils donnés par la puéricultrice permettent la réassurance des parents. Ce qui peut être un facteur de confusion. Ainsi l'efficacité de l'acuponcture dans cette étude est biaisée.

La revue de la littérature réalisée en 2020 par Hjern et al (28) montre qu'il y a une douleur associée à ces séances d'acuponcture. Alors il n'est pas recommandé d'utiliser l'acuponcture comme traitement.

De nos jours les parents sont constamment à la recherche d'informations et de solutions. Les coliques du nourrisson déstabilisent les parents qui ne souhaitent qu'une seule chose : calmer leur enfant. L'accessibilité à l'information par le biais d'internet est cruciale. Mais comme l'avait souligné un médecin dans notre étude, elle doit être utilisée à bon usage car il n'y a pas que des informations et sources fiables. L'académie américaine des médecins de famille a réalisé un site internet familydoctor.org (30) permettant d'avoir des informations médicales fiables. Elle définit les coliques du nourrisson et donne des mesures comportementales pouvant améliorer les symptômes. Par exemple : tenir le bébé sur le bras ou le genou et lui masser le dos, marcher avec bébé dans les bras, le bercer, l'emmailloter, le balader en poussette ou en voiture... Ces mesures simples à appliquer et sans risque pour le nourrisson permettent aux parents d'agir pour essayer de prendre en charge leur bébé. Ces mesures devraient faire partie de l'éducation thérapeutique lors des consultations de médecine générale.

e) La prise en charge familiale

Il est constamment recherché à traiter les coliques du nourrisson. Cependant peu de résultats sont probants quant à l'efficacité d'une thérapeutique. Dans les différents entretiens réalisés, un élément évoqué par les médecins est le soutien familial et la réassurance. Fakhri et al (31) se sont intéressés à la relation entre le soutien social et

le stress perçu par les mamans d'enfants ayant des coliques du nourrisson. Il était demandé à 200 mamans de répondre aux questionnaires suivants : le questionnaire démographique, le questionnaire du soutien social de Vaux et le stress perçu par Cohen. Cette étude transversale a observé que le stress perçu augmente avec l'augmentation du soutien social (familial, amical et autres) ; mais qu'il diminue significativement avec la présence et le soutien du conjoint. Cependant les résultats sont biaisés car le conjoint n'apparaissait pas explicitement dans le questionnaire du soutien social. Il apparaissait indépendamment dans le questionnaire démographique.

Gordon et al (32) ont réalisé une revue de la littérature publiée en 2019 dans Cochrane. L'intérêt de cette revue était d'évaluer l'efficacité et la sécurité de programmes de formation parentale pour faire face aux coliques du nourrisson. Le deuxième objectif était d'identifier le contenu de ces programmes de formation. Les programmes utilisés étant mal définis et le niveau de preuve des études étant faible, l'efficacité n'a pas pu être démontrée. Elle souligne l'absence de consensus ou de formation spécifique codifiée qui puisse être reproductible. Il est donc nécessaire de définir clairement une formation spécifique afin d'évaluer son efficacité et son impact, en limitant les biais.

Mouangvong Anny a réalisé une thèse sur le sujet en février 2019(33). L'objectif était de déterminer les conseils non médicamenteux pouvant être inclus dans une fiche conseil pour aider les parents à prendre en charge les pleurs excessifs de leur nourrisson. Cette étude était basée sur l'utilisation de la méthode Delhi et a permis de mettre en place 24 conseils non médicamenteux. Ces conseils sont issus de l'expérience des médecins participants. Elle a ainsi réalisé un prototype de fiche qui devra dans un autre travail être validé auprès des parents et d'autres professionnels de santé.

Actuellement il existe des associations comme Courlygones (34) ou Pediasante (35) qui sont constituées de professionnels de santé pluridisciplinaires. Leur but étant de diffuser des messages de santé aux parents d'enfants de moins de 6 ans et aux professionnels de santé prenant en charge des enfants de moins 6 ans. On retrouve ainsi une fiche de conseil sur leur site internet sur les pleurs du nourrisson(36).

Aussi le site Santé Publique France a développé un site internet permettant de faire de la prévention. Il est nommé les 1000 premiers jours. L'intérêt est de pouvoir

accompagner les parents dans leurs interrogations quotidiennes de la grossesse aux 2 ans de vie de leur enfant(37).

La réassurance est la clé du traitement et de la prise en charge (12). Malgré l'absence de preuve significative, il semble fondamental d'associer une prise en charge de la famille dans sa globalité avec une réassurance des parents(38).

4. Le retentissement des coliques du nourrisson

Les médecins savent qu'il s'agit d'une pathologie bénigne sans gravité et d'évolution favorable en 3 mois généralement. Le temps permet le plus souvent à lui seul une amélioration de la symptomatologie. Les coliques du nourrisson ont donc tendance à être négligées.
On sait pourtant que les pleurs restent un facteur favorisant les maltraitances comme celle du bébé secoué(39).
Il est donc fondamental de mettre la mère et les parents au centre de notre prise en charge afin de limiter les risques de dépression et de maltraitance du nourrisson. Pour cela il devrait y avoir davantage de recherches pour cette pathologie qui peut pousser à une altération de la relation parents/mère-enfant(40).

Dans notre étude il est ressorti un risque certain de retentissement sur la mère avec épuisement, culpabilité et même baby blues voire dépression. Vik et al (41) ont remarqué que les coliques et pleurs du nourrisson étaient associés à des scores élevés de dépression chez la mère. Il faut donc être vigilant dès les premiers mois suivant l'accouchement sur l'état psychologique de la maman.
Le soutien familial est donc le pilier de la prise en charge par le médecin généraliste, qui en est l'acteur principal. Il est celui qui va suivre à la fois l'enfant et les parents et va pouvoir ainsi les accompagner pour passer ce cap (13)(42).

V. Conclusion

Le médecin généraliste se retrouve du fait de la démographie actuelle au centre de la prise en charge pédiatrique.

Les coliques du nourrisson font parties des différentes pathologies bégnines qui peuvent être rencontrées dans les premiers mois de vie.

Dans le cadre de cette étude tous les médecins généralistes interrogés percevaient les coliques du nourrisson comme des pleurs inexpliqués. L'agitation accompagnant les pleurs avait été évoquée par plusieurs d'entre eux. Tous s'accordaient sur le fait qu'il s'agit d'une pathologie sans gravité.

Les médecins recherchaient tous des facteurs favorisants à l'interrogatoire comme l'environnement psychologique familial et l'alimentation.

Pour poser le diagnostic, il avait été souligné la nécessité d'éliminer un diagnostic différentiel. Cependant tous les médecins s'accordaient sur le fait qu'aucun examen complémentaire ne devait être réalisé pour le confirmer.

Les différents médecins interrogés étaient tous hésitants concernant la physiopathologie. Le mécanisme d'action parait donc peu connu.

Il n'y a actuellement aucune recommandation ou consensus concernant la prise en charge ; ce qui explique la diversité des réponses observées dans les entretiens. Il y avait cependant certaines idées communes ; comme l'utilisation ancienne du DEBRIDAT par les différents médecins. Par ailleurs ils s'accordaient sur le fait qu'aucun traitement médicamenteux n'est à donner et qu'il s'agit d'une pathologie d'évolution spontanément favorable avec le temps. C'est pour cela qu'elle est souvent négligée par les médecins. Les mesures utilisées dépendent du contexte. Elles reposent sur : des règles d'hygiène, des probiotiques, de l'homéopathie, de la phytothérapie, ainsi que des mesures comportementales (massage, portage...).

Finalement la majorité des médecins s'accordaient sur l'importance du soutien et de la réassurance des parents, principalement de la mère qui reste au cœur de cette prise en charge. Le rôle du médecin généraliste, comme défini par le Conseil National des Généralistes Enseignants dans la marguerite des compétences génériques, est de prévenir, dépister et prendre en charge toute détresse psychologique des parents et de la mère. Le risque étant, du fait de l'épuisement familial et de terrains instables,

d’en arriver à un rejet de l’enfant voire une maltraitance. Le médecin généraliste doit donc sécuriser la relation parents/mère-enfant.

VI. Bibliographie

1. Fauchier-Magnan E, Fenoll PB. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. :185.

2. 5-sept-18Fiche-recommandations-COLIQUE.pdf [Internet]. [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: https://www.gfhgnp.org/wordpress/wp-content/uploads/2018/09/5-sept-18Fiche-recommandations-COLIQUE.pdf

3. 421.full.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: https://pediatrics-aappublications-org.lama.univ-amu.fr/content/pediatrics/14/5/421.full.pdf

4. 594.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: https://theromefoundation.org/wp-content/uploads/594.pdf

5. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. Gastroenterology. mai 2016;150(6):1262-1279.e2.

6. Cours [Internet]. [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/douleurs_abdomino_lombaires/site/html/2.html#2

7. Frédérique DS. URGENCES EN CHIRURGIE VISCERALE PEDIATRIQUE. :11.

8. Zohra DSF, Ahmed B. Les pathologies du Canal Les patholoPgiéesrdituoCnaion-aVl Paégriitnonailo-Vaginal. :37.

9. RGO du nourrisson - Prise en charge - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: https://evidal-vidal-fr.lama.univ-amu.fr/recos/details/1716/rgo_du_nourrisson/prise_en_charge

10. APLV : l'Allergie aux Protéines du Lait de Vache [Internet]. mpedia.fr. [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: https://www.mpedia.fr/art-aplv-allergie-proteines-lait-vache/

11. Binet É. Les pleurs de la petite enfance : une question d'attachement ? Impacts et accompagnement (2/2). Métiers Petite Enfance. oct 2014;20(214):22-5.

12. Rogovik AL, Goldman RD. Treating infants' colic., Treating infants' colic. Can Fam Physician Med Fam Can Can Fam Physician. 10 sept 2005;51, 51(9):1209, 1209-11.

13. Approach to infantile colic in primary care - Europe PMC Article - Europe PMC [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: http://europepmc.org/articles/PMC6351691;jsessionid=E3FB148DD8F109B3425AF06301E9D98A?fromSearch=singleResult&fromQuery=DOI:10.11622/smedj.2019004

14. Marques SG, Martinez RC, Zapata SG, Salas MR, Rejano JJJ. Tools assessment and diagnosis to infant colic: a systematic review. Child Care Health Dev. juill 2017;43(4):481-8.

15. johv.2017.5.3.pdf [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdfplus/10.12968/johv.2017.5.3.134

16. Assessment of the severity of infant crying and its impact on parents: Development and validation of the ColiQ Questionnaire in France | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 14 nov 2021]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0929693X2100035X?token=E11F5962F21AC558851A91892586A1995515457980A2F14F8848D7DBE2B369D315D1E834C7F2514DB121ECE4A76E7834&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211114144005

17. ColiQ [Internet]. [cité 20 nov 2021]. Disponible sur: https://coliq.net/

18. Camilleri M, Park S-Y, Scarpato E, Staiano A. Exploring Hypotheses and Rationale for Causes of Infantile Colic. Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc. févr 2017;29(2):10.1111/nmo.12943.

19. Boige N. Le nourrisson en pleurs : reflux, coliques ou colère ?: Une approche psychosomatique. Médecine Sommeil. 1 sept 2008;5(17):5-11.

20. Siméticone : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/substances/simeticone-1275.html

21. Drug and Therapeutics Bulletin. Management of infantile colic. BMJ. 10 juill 2013;347(jul10 3):f4102-f4102.

22. Sung V, D'Amico F, Cabana MD, Chau K, Koren G, Savino F, et al. Lactobacillus reuteri to Treat Infant Colic: A Meta-analysis. Pediatrics. 1 janv 2018;141(1):e20171811.

23. Ong TG, Gordon M, Banks SS, Thomas MR, Akobeng AK. Probiotics to prevent infantile colic. Cochrane Database Syst Rev. 13 mars 2019;2019(3):CD012473.

24. Karkhaneh M, Fraser L, Jou H, Vohra S. Effectiveness of probiotics in infantile colic: A rapid review. Paediatr Child Health. avr 2020;25(3):149-59.

25. CT-15992_DEBRIDAT_PIS_RI_Avis2_CT15992.pdf [Internet]. [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15992_DEBRIDAT_PIS_RI_Avis2_CT15992.pdf

26. Contre-indication chez l'enfant de moins de 2 ans des spécialités à base de trimébutine (Débridat et génériques) - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Contre-indication-chez-l-enfant-de-moins-de-2-ans-des-specialites-a-base-de-trimebutine-Debridat-et-generiques-Point-d-Information

27. Shahramian I, Moradi M, Afshari M, Delaramnasab M, Ebrahimi M, Sargazi A, et al. Glucose Oral Solution as A Pain-Relieving Agent In Infantile Colic: A Double Blinded Randomized Clinical Trial. Int J Pediatr-Mashhad. déc 2017;5(12):6529-37.

28. Hjern A, Lindblom K, Reuter A, Silfverdal S-A. A systematic review of prevention and treatment of infantile colic. Acta Paediatr. 2020;109(9):1733-44.

29. Landgren K, Hallström I. Effect of minimal acupuncture for infantile colic: a multicentre, three-armed, single-blind, randomised controlled trial (ACU-COL)., Effect of minimal acupuncture for infantile colic: a multicentre, three-armed, single-blind, randomised controlled trial (ACU-COL). Acupunct Med J Br Med Acupunct Soc Acupunct Med. juin 2017;35, 35(3, 3):171, 171-9.

30. staff familydoctor org editorial. Colic in Babies - How to Treat and Cope With Colic [Internet]. familydoctor.org. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: https://familydoctor.org/condition/colic/

31. Fakhri B, Hasanpoor–Azghady SB, Farahani LA, Haghani H. The Relationship Between Social Support and Perceived Stress in the Mothers of Infants with Colic. Iran J Pediatr [Internet]. [cité 29 oct 2019];29(1). Disponible sur: http://ijp.tums.pub/en/articles/81353.html

32. Gordon M, Gohil J, Banks SS. Parent training programmes for managing infantile colic. Cochrane Database Syst Rev. 3 déc 2019;2019(12):CD012459.

33. Mouangvong A. Coliques du nourrisson, élaboration d'un projet de fiche-conseil destinée aux parents: enquête par méthode Delphi auprès de médecins généralistes et pédiatres. 2019;107.

34. Courlygones - Site réservé aux professionnels de santé [Internet]. Courlygones. [cité 20 nov 2021]. Disponible sur: https://courlygones.net/

35. Qui sommes-nous ? [Internet]. Pedia Sante. [cité 20 nov 2021]. Disponible sur: https://pediasante.net/qui-sommes-nous/

36. Votre-bébé-pleure-beaucoup.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: https://pediasante.net/wp-content/uploads/2018/06/Votre-b%C3%A9b%C3%A9-pleure-beaucoup.pdf

37. Les 1000 premiers jours, là où tout commence [Internet]. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/les-1000-premiers-jours

38. Bruyas-Bertholon V, Lachaux A, Dubois J-P, Fourneret P, Letrilliart L. Quels traitements pour les coliques du nourrisson ? Presse Médicale. juill 2012;41(7-8):e404-10.

39. Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. Child Abuse Negl. janv 2006;30(1):7-16.

40. Sung V. Infantile colic. Aust Prescr. 1 août 2018;41(4):105-10.

41. Vik T, Grote V, Escribano J, Socha J, Verduci E, Fritsch M, et al. Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. Acta Paediatr. 1 août 2009;98(8):1344-8.

42. index.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/266230/index.pdf

43. Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université Paris 7 Diderot [Internet]. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences

VII. Annexe

A- Guide d'entretien

« Bonjour je suis Sabrine SAMAALI, interne en année thèse de Médecine Générale. Je réalise actuellement ma thèse sur les coliques du nourrisson. Il s'agit d'une pathologie bénigne complexe et plurifactorielle qui est un motif fréquent de consultation en soins primaires. Il n'y a, à l'heure actuelle, aucune recommandation concernant la prise en charge des coliques. Pourtant il s'agit d'une maladie bénigne qui peut avoir un réel retentissement sur la mère et sur la relation parents-enfant. Je souhaiterais donc connaître votre perception des coliques du nourrissons et votre prise en charge de cette pathologie.

Nous allons donc procéder à un entretien, êtes-vous d'accord pour que je réalise un enregistrement vocal ?

Quel est votre âge ? Vous exercez depuis combien de temps ? Votre type d'activité est plutôt rural, semi rural ou urbain ? Vous exercez en cabinet de groupe ou seul ? Êtes-vous spécialisé en pédiatrie ou gynécologie ? Est-ce que votre patientèle est variée ? Dans votre journée, sauriez-vous dire combien de nourrisson vous examinez ? Si oui, Combien ?

1) Lors d'une consultation, quand parlez-vous des « coliques du nourrissons » ? Sur quels symptômes vous basez-vous ?

2) Quelle est la fréquence de ce type de consultation ?

3) Quel est selon vous son mécanisme d'action et sa physiopathologie ? Pensez-vous que le microbiote joue un rôle ?

4) Recherchez-vous des facteurs favorisants à l'interrogatoire ? Est-ce que vous vous interrogez sur le contexte familial (stress, angoisse des parents) ?

5) Que recherchez-vous à l'examen clinique ? Faites-vous des examens complémentaires ? Si oui dans quel but ?

6) Que proposez-vous comme prise en charge ? Conseils, traitements, autres thérapeutiques, julep gommeux?

7) Quelle est la place de la mère dans votre prise en charge ?

8) Pensez-vous que les coliques du nourrisson puissent altérer la relation parents/mère-enfant ?

9) Considérez-vous que votre formation soit suffisante sur ce sujet ?

B- Marguerite des compétences



(43)

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime et si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »