



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les pleurs du nourrisson de 0 à 3 mois :
Effet du mode d'alimentation, et prise en charge du Médecin
Généraliste**

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2016 à 18h00
Au Pôle Recherche
Par Camille VIDREQUIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Dominique TURCK

Monsieur le Docteur Jean-Paul DELGRANGE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Thameur RAKZA

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ECG	:	électrocardiogramme
B3	:	3 ^e bruit du cœur
Bpm	:	battements par minute
LCR	:	liquide céphalo-rachidien
ECBU	:	examen cytobactériologique des urines
IC	:	intervalle de confiance
TDM	:	tomodensitométrie
TCI	:	traumatisme crânien infligé
TC	:	traumatisme crânien
SBS	:	syndrome du bébé secoué
HAS	:	haute autorité de santé
SA	:	semaines d'aménorrhées
IPP	:	inhibiteur de la pompe à protons
MMS	:	mini-mental state
IHAB	:	initiative hôpital ami des bébés

Table des matières

RESUME	1
INTRODUCTION	2
A. Définition des pleurs « excessifs » du nourrisson	3
B. Etiologies des pleurs du nourrisson	5
I. Les causes organiques	5
II. Coliques du nourrisson	7
C. Alimentation et pleurs du nourrisson	8
D. Risques liés aux pleurs inexplicables du nourrisson	9
I. Risques pour les enfants : syndrome du bébé secoué	9
II. Risques pour les mamans : dépression du post-partum	13
OBJECTIFS	15
MATERIEL ET METHODE	16
A. Etude des patientes :	16
I. Caractéristiques générales de l'étude :	16
II. Population de l'étude :	16
III. Le questionnaire :	16
IV. Méthode de recrutement :	17
V. Analyse des données	17
B. Etude des médecins généralistes :	18
I. Caractéristiques générales de l'étude :	18
II. Population de l'étude :	18
III. Le questionnaire :	18
IV. Méthode de recrutement :	18
V. Analyse des données	19
RESULTATS	20
A. Résultats patientes	20
I. Population étudiée	21
II. Type d'allaitement	23
III. Durée moyenne des pleurs par jour :	24
1. Durée des pleurs en fonction du type d'allaitement :	24
2. Durée des pleurs par jour en fonction du sexe :	28
3. Durée des pleurs par jour en fonction de la voie d'accouchement	29
IV. Moment maximum des pleurs	30
V. Connaissances et informations des patientes :	32
1. Information des patientes	32
2. Causes des pleurs selon les mamans	33
3. Actions des mamans lors des pleurs	34
4. Conseils lors des pleurs	35
VI. Consultation du médecin traitant	36
B. Résultats médecins traitants	37
I. Population étudiée	37
1. Age des médecins :	37
2. Sexe des médecins	38
3. Lieux d'exercices :	38
4. Répartition géographique :	39
II. Formation des médecins généralistes	39
1. Formation en fonction de l'âge des médecins :	40
2. Formation en fonction du sexe :	41
3. Moyens d'informations des médecins	41

III. Fréquence des consultations	42
1. Motif principal de consultation :	42
2. Motif secondaire de consultation :	43
3. En fonction du sexe du médecin :	43
IV. Définition des pleurs excessifs :	44
V. Pathologies recherchées à l'examen clinique	44
VI. Traitements médicaux prescrits	45
VII. Les coliques du nourrisson	45
1. Raisons du diagnostic de colique du nourrisson	45
2. Traitements des coliques du nourrisson :	46
VIII. Recherche de dépression du post-partum	46
1. Recherche de dépression du post-partum en fonction de l'âge	48
2. Recherche de dépression du post-partum en fonction du sexe :	48
IX. Prévention du bébé secoué	49
1. Prévention du syndrome du bébé secoué, en fonction de l'âge :	49
2. Prévention du syndrome du bébé secoué, selon le sexe des médecins :	50
3. Moyens de prévention du syndrome du bébé secoué :	50
DISCUSSION	51
A. Principaux résultats	51
I. Principaux résultats patientes	51
1. Population étudiée	51
2. Type d'allaitement	52
3. Effet de l'alimentation sur les pleurs :	53
4. Durée des pleurs en fonction du sexe du bébé	55
5. Durée des pleurs en fonction de la voie d'accouchement	55
6. Moment maximum des pleurs	55
7. Connaissances et informations des mamans	56
II. Principaux résultats Médecins traitant	59
1. Population étudiée	59
2. Formation des médecins généralistes	60
3. Définition des pleurs excessifs	62
4. Traitements proposés lors des pleurs du nourrisson	63
5. Recherche de dépression du post-partum	64
6. Prévention du syndrome du bébé secoué	66
B. Forces et biais de l'étude	69
I. Forces de l'étude	69
1. Etude des patientes	69
2. Etude des médecins traitant	69
3. Etude globale	70
II. Biais de l'étude	70
1. Etude des patientes	70
2. Etude médecins traitants	71
CONCLUSION	73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	75
ANNEXES :	78
I. Annexe n° 1 : Echelle de dépression du post-partum d'Edimbourg :	78
II. Annexe n° 2 : Questionnaire Patientes - Maternité	80
III. Annexe n° 3 : Questionnaire Patientes - 1 mois	82
IV. Annexe n°4 : Questionnaire Patientes – 3 mois	84
V. Annexe n°5 : Questionnaire Médecins Généralistes	86
VI. Annexe n° 6 : Dépliant de prévention du syndrome du bébé secoué, du Centre Ressource Francilien du Traumatisme Crânien (20)	89

RÉSUMÉ

Contexte : Les pleurs du nourrisson constituent un problème de santé publique majeur engendrant de nombreuses consultations, avec un risque de dépression du post-partum ou encore de syndrome du bébé secoué. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'effet du mode d'alimentation sur les pleurs et d'étudier leur prise en charge par les médecins traitant, afin d'améliorer les conseils et la formation des patientes et des médecins.

Méthode : Etude prospective par suivi de cohorte sur trois mois, incluant 101 patientes primipares de la maternité de Jeanne de Flandre à Lille, du 1^{er} octobre 2015 au 25 mai 2016. Étude prospective, descriptive incluant 225 médecins généralistes de la France entière, du 1^{er} octobre 2015 au 31 janvier 2016. Le recueil de données s'est fait par questionnaires.

Résultats : En maternité, les bébés, alimentés de manière artificielle, pleurent moins longtemps sur la journée que les bébés allaités au sein ($p= 0.087$). À 1 et 3 mois, il n'y a pas de différence significative de la durée des pleurs selon le mode d'alimentation. Les pleurs sont maximums le soir. À la sortie de maternité, 38% des patientes ne se sentent pas assez informées sur les pleurs de leur bébé. Les causes des pleurs sont, selon elles, tournées vers la sphère digestive. Les patientes cherchent des conseils sur les pleurs en premier lieu (58%) auprès de leur médecin traitant. Mais 73% des médecins ne se sentent pas assez formés à la prise en charge des pleurs du nourrisson. 86,67% des médecins rassurent et donnent des conseils, après avoir éliminé une pathologie organique. Les médecins évoquent à 44,14% le diagnostic de coliques du nourrisson pour rassurer les parents. 48% des médecins recherchent systématiquement une dépression du post-partum. 34% des médecins préviennent systématiquement le syndrome du bébé secoué lors d'une consultation pour pleurs.

Conclusion : Il n'y a pas d'effet du mode d'alimentation sur les pleurs, hormis en maternité. Les pleurs sont probablement physiologiques. Il est nécessaire d'informer les patientes sur les pleurs de leur bébé. Les médecins généralistes, en particulier les jeunes, ont besoin d'être davantage formés sur cette question des pleurs du nourrisson et des risques associés.

INTRODUCTION

Tous les bébés pleurent. Les pleurs sont en effet leur unique moyen de communication, d'interaction avec ses soignants, la plupart du temps ses parents (1). En conséquence, les pleurs jouent un rôle important pour la survie, la santé et le développement de l'enfant (2). Les pleurs sont donc, en premier lieu, physiologiques. Ronald Barr nous dit : « ... nous devons considérer les pleurs non comme le symptôme de quelque chose que les bébés ont mais comme quelque chose que les bébés font » (1). Pourtant, ces pleurs inquiètent souvent les parents, d'autant plus quand ils persistent malgré des soins adaptés. La thèse de C. Largeault-Morain étudie le « ressenti des mamans face aux pleurs de leurs enfants » par une méthode qualitative. Cette thèse a montré que « les mamans ressentent un sentiment de stress et d'angoisse devant des pleurs excessifs. Elles décrivent un sentiment d'exaspération ou de colère contre leur enfant » (3). Les pleurs excessifs du nourrisson peuvent ainsi favoriser les dépressions du post-partum chez la maman, ou encore le passage à l'acte dans le cadre du syndrome du bébé secoué. Les pleurs excessifs des nourrissons constituent ainsi un problème majeur de santé publique.

Dans les sociétés occidentales, 10 à 30% des bébés de moins de 4 mois ont des pleurs considérés comme excessifs ou prolongés (1) ; on note cependant de très grandes variabilités de la quantité des pleurs selon les bébés. On peut donc s'interroger sur les paramètres qui influencent ces pleurs. Ainsi, cette thèse a pour objectif d'évaluer l'influence du mode d'alimentation (maternel ou artificiel) sur les pleurs des nourrissons. L'allaitement maternel apporte en effet beaucoup d'avantages tant chez le bébé, que chez sa maman, mais permet-il également une diminution des pleurs ? On étudiera également les connaissances des patientes sur les pleurs de leur enfant, afin de mieux cibler leurs besoins d'information par les professionnels de santé.

D'autre part, les médecins généralistes sont très souvent les premiers à être sollicités par les parents concernant les pleurs de leur bébé car ces pleurs sont un motif très fréquent de consultation en médecine générale. En tant que médecin généraliste, il n'est pas toujours facile de répondre aux attentes des parents. Si les nourrissons pleurent pour des raisons physiologiques, comment savoir si ces pleurs sont normaux ou excessifs ? Peu de recommandations existent, et la formation sur ce sujet est très peu présente dans le cursus médical. Pourtant les attentes des parents sont fortes. On assiste ainsi à des prises en charge très diverses et pas toujours adaptées. Dans la littérature, aucune évaluation de la prise en charge des médecins généralistes des

pleurs excessifs du nourrisson n'existe. Cette thèse a également pour objectif d'améliorer cette prise en charge.

A. Définition des pleurs « excessifs » du nourrisson

Tous les bébés pleurent. Dans les sociétés occidentales, 10 à 30% des bébés de moins de 4 mois ont des pleurs considérés comme excessifs ou prolongés (1). Mais les pleurs peuvent aussi être simplement physiologiques. Les pleurs sont en effet liés à la maturation cérébrale du bébé, c'est donc un caractère développemental et normal du nourrisson (1). Ceci s'explique historiquement, car chez le bébé humain à la naissance, le cerveau ne fait que 25% de sa taille adulte, du fait de la position bipède. La maturation cérébrale n'est donc pas terminée à la naissance (4). Le bébé est ainsi très dépendant de son entourage et a besoin de communiquer par ses pleurs, son unique moyen d'interaction avec ses soignants (1). Historiquement, les pleurs jouent donc un rôle important pour le bon développement de l'enfant et sa survie (2).

Les pleurs considérés comme physiologiques sont repris dans ce que l'on appelle « la courbe de pleurs » :

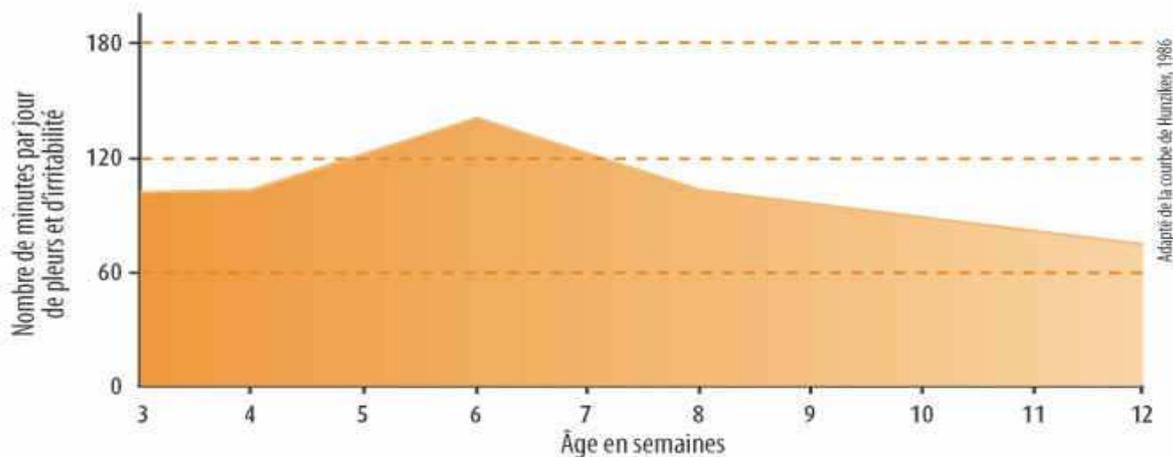


Figure n°1 : Courbe des pleurs du nourrisson, de 0 à 3 mois (1)

La courbe montre une augmentation moyenne des pleurs de la 2^e semaine de vie avec un maximum à l'âge de 6 semaines (1). Ainsi les pleurs augmentent en fréquence et en durée de la naissance jusqu'à l'âge de 6 semaines, avec un pic jusqu'à 3 heures de pleurs par jour. Vers l'âge de 3 mois, les pleurs diminuent à environ une heure par jour (2). Les pleurs sont plus fréquents en fin d'après-midi et le soir (1), ils sont ainsi couramment appelés « les pleurs du soir ».

Winnicott décrit quatre types de pleurs : « de satisfaction, de douleurs, de rage et de chagrin » (5). D'après lui, ces pleurs correspondent à quatre stades de construction psychique du nourrisson. Le cri-pleur aurait selon Winnicott une fonction de stimulus physiologique et régulateur de la respiration, mais serait également un précurseur de la communication verbale : « les cris, en fonction des réponses que donne la mère, expriment bientôt toute une gamme de sensations (colère, impatience, douleurs, satisfaction, plaisir) (5). » Pendant le premier trimestre, les bébés ont tendance à pleurer plus souvent lorsque le contact visuel, auditif ou corporel leur manque. Ils sont ainsi plus efficacement calmés par le contact physique d'un proche (5).

Les pleurs des bébés ne sont cependant pas toujours bien compris, car parfois difficiles à déchiffrer. Malgré les soins appropriés, les bébés peuvent continuer à pleurer de manière excessive et incompréhensible. Le fait de ne pas comprendre les pleurs de leur bébé et de ne pas arriver à le consoler peut inquiéter, angoisser les parents, et ainsi faire naître le sentiment d'être de mauvais parents. Le risque d'épuisement et de mauvais traitements tel que le secouement de leur bébé est alors important (5).

Mais alors comment, pour les parents, faire la différence entre pleurs « physiologiques » et des pleurs « pathologiques » ?

Plusieurs définitions des pleurs excessifs des nourrissons existent dans la littérature :

* Selon St James Robert, en 1991, les pleurs excessifs sont définis par « une moyenne de pleurs supérieure à quatre heures par jour en une semaine ». (6)

* Selon Barr et Al, en 1992, ce sont une « moyenne de trois heures ou plus par jour en une semaine ». (6)

* Selon Caniver et al en 1996, « on parle de pleurs problématiques quand les parents ont recours aux professionnels de santé parce que leur enfant pleure et qu'il n'est pas retrouvé de cause organique ». (6)

* Selon Marc Bellaïche : « On considère les pleurs comme excessifs quand ils surviennent plus de trois fois par jour, plus de trois fois par semaine depuis au moins trois semaines. Ceci porte le nom de règle des trois fois trois. » (7). Ce qui revient à confondre les pleurs excessifs du nourrisson et les coliques du nourrisson, car la définition des coliques du nourrisson selon Wessel et Al en 1954 est : « les coliques du nourrissons sont définis par des pleurs de plus de trois heures par jour, au moins trois jour par semaine depuis au moins trois semaines » (6).

* D'après B.Chevallier (APHP) : « nous considérons les pleurs pathologiques

ceux conduisant l'entourage à venir consulter un médecin. L'appréciation de la tolérance à ce symptôme est une des étapes de la conduite médicale (...). » (8)

* D'autres praticiens utilisent eux, la courbe de pleurs du nourrisson (Figure n° 1) afin d'évaluer leur excessivité.

On voit bien que dans la littérature, il n'est pas retrouvé de définition claire et précise des pleurs excessifs du nourrisson. Ceci peut s'expliquer car d'une part, ils sont trop souvent confondus avec les « coliques du nourrisson », et d'autre part, il persistera toujours un caractère subjectif à la notion d'excessivité, tant chez le praticien que chez les parents.

B. Étiologies des pleurs du nourrisson

Dans la littérature, une cause organique est retrouvée dans seulement 5% des cas environ, contre 95% de causes fonctionnelles (9).

I. Les causes organiques

Les causes organiques sont rares (9). Elles sont cependant les plus graves, il faut donc chercher à les éliminer en premier lieu.

Lors d'une consultation pour pleurs du nourrisson en cabinet médical, le médecin va donc d'abord s'attacher à réaliser un examen médical complet du bébé afin de rechercher une possible cause organique et d'éliminer en premier lieu une urgence thérapeutique. L'examen doit se faire sur un bébé complètement nu. Suivant les données de l'examen clinique, des examens para-cliniques pourront être demandés pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

Le tableau n°1 reprend les principales étiologies organiques des pleurs du nourrisson, les signes cliniques évocateurs, et les examens complémentaires nécessaires pour compléter le bilan clinique, si besoin.

Les courbes de croissance du bébé doivent également être réalisées et évaluées.

Tableau n°1 : étiologies de pleurs du nourrisson (9)

Causes de pleurs		
Causes	Signes évocateurs	Procédure diagnostique
Cardiaques		
Coarctation de l'aorte	Retard ou abolition des pouls fémoraux, Dyspnée, Transpiration, Souffle d'éjection systolique, clic systolique	Radio de thorax ECG Échographie cardiaque.
Insuffisance cardiaque	Galop B ₃	Radio de thorax ECG Échocardiographie
Tachycardie supraventriculaire	Fréquence cardiaque > 180 bpm (habituellement 220–280 bpm chez le nourrisson; 180–220 bpm chez l'enfant plus âgé)	Radio thorax ECG
Gastro-intestinales		
Constipation	Fissures ou lacérations anales. Notion de diminution de la fréquence des selles et selles dures. Distension abdominale	Bilan clinique
Gastro-entérite	Bruits intestinaux hyperactifs. Selles fréquentes, molles	Bilan clinique
Reflux gastro-œsophagien	Antécédents de régurgitations en se cambrant ou en pleurant après les repas	Étude de la déglutition. Étude du pH œsophagien par sonde
Invagination	Douleur abdominale aiguë avec périodes intermittentes de calme et d'absence de douleur. Selles en gelée de groseille	Échographie abdominale Lavement pneumatique
Intolérance aux protéines du lait	Distension abdominale Vomissements Diarrhées	Test de recherche de l'hème dans les selles
Volvulus	Selles sanglantes. Absence de bruits intestinaux. Abdomen sensible	Échographie abdominale
Infection		
Méningite	Fièvre. Inconsolable, comportement irritable Méningisme	Ponction lombaire pour examens du LCR
Otite moyenne	Tympan érythémateux, opaque et bombé	Bilan clinique
Infection respiratoire (bronchiolite, pneumonie)	Fièvre, wheezing, râles, diminution du murmure vésiculaire à l'auscultation	Radio de thorax
Infection urinaire	Fièvre pendant ≥ 3 j sans autres symptômes	ECBU
Traumatisme		
Abrasion de la cornée	Pleurs sans autres symptômes	Test à la fluorescéine
Fracture, abus	Tuméfaction, lésions ecchymotiques, touchant particulièrement un membre	Radio du squelette pour évaluer des fractures récentes et anciennes
Lacet de cheveux : syndrome du Tourniquet	Orteil, doigt ou pénis tuméfiés avec cheveux enroulés autour de la tuméfaction	Bilan clinique
Traumatisme crânien avec hémorragie intracrânienne	Inconsolable, pleurs aigus Tuméfactions localisées sur le crâne avec déformations sous-jacentes	TDM de la tête
Syndrome du bébé secoué (syndrome de Silverman)	Inconsolable, pleurs aigus	TDM de la tête. Examen de la rétine
Autres		
Torsion testiculaire	Bourses tuméfiées érythémateuses asymétriques, absence de réflexe crémasterien	Écho doppler ou scintigraphie du scrotum
Réaction vaccinale	Antécédents de vaccination récente	Bilan clinique

II. Coliques du nourrisson

Les pleurs excessifs du nourrisson sont très souvent associés, parfois même confondus, aux coliques du nourrisson. Cette association est très souvent faite à tort, et la réalité même de l'existence des coliques du nourrisson est controversée.

Les coliques du nourrisson sont la deuxième cause de préoccupations maternelles des premiers mois. Selon Wessel AI en 1954, les coliques du nourrisson sont définies comme « des pleurs dont la durée cumulée sur la journée doit être de plus de trois heures et ce, plus de trois jours par semaine, pendant au moins trois semaines (règle des 3x3x3) (10). » On retrouve une définition similaire dans la classification de ROME : « Pleurs et/ou cris prolongés survenant au moins trois heures par jour, pendant plus de trois jours par semaine, pendant au moins une semaine, sans trouble de la croissance (11) ».

Ces critères ne correspondent en fait qu'à environ 35% des bébés consultants pour des coliques du nourrisson (10). L'examen clinique retrouve des pleurs, plus ou moins stridents, continus et angoissants, persistants plusieurs heures, avec un abdomen souvent tendu, les membres inférieurs repliés sur eux même, parfois agités avec des mouvements saccadés. Le visage est souvent crispé. La plupart du temps, la crise se termine par l'émission de gaz et/ou de selles. Typiquement, ce tableau survient plutôt en fin d'après-midi et principalement vers l'âge de 2 mois. Cependant, comme le dit le Dr J-P Chouraqui (10), « ce tableau n'est en aucun cas spécifique des coliques du nourrisson, cet état clinique pouvant se retrouver chez un bébé indemne de coliques du nourrisson (10). »

La thèse du Dr Sylla Siraba sur la prise en charge des coliques du nourrisson par 14 médecins généralistes d'Ile de France (12), retrouvait que « la plupart d'entre eux se représentaient ces coliques comme des douleurs abdominales, et les stratégies thérapeutiques proposées étaient très souvent tournées vers l'apaisement d'hypothétiques troubles digestifs. » (12). Cependant, dans la littérature, l'étiologie digestive des coliques du nourrisson n'a jamais été démontrée. D'autre part, dans sa thèse, S. Siraba retrouvait que « la plupart des conseils prodigués par les médecins n'avaient pas fait preuve de leur efficacité ou n'avaient même pas été évalués, la source des médecins étant le plus souvent leur expérience personnelle » (12).

Un autre travail de thèse sur « les croyances et ressentis des médecins généralistes charentais à propos des coliques du nourrisson » (13), concluait cependant que « malgré des croyances et ressentis différents, de par leur expérience, les médecins

généralistes s'inscrivaient, face à ce diagnostic bénin et passager, dans une démarche d'écoute et de réassurance des parents, afin de les conforter dans leurs rôles et d'éviter l'installation d'un épuisement parental » (13).

L'incidence des coliques est estimée entre 10 et 45% dans les pays industrialisés (11). Les symptômes seraient maximums vers 6 semaines de vie.

Dans la littérature, aucun traitement n'a fait ses preuves dans la prise en charge des coliques du nourrisson (10) (11). Pourtant, de nombreux traitements sont proposés en consultation de médecine générale, afin d'essayer d'apaiser ces coliques.

L'existence même des coliques du nourrisson est controversée. Il s'agit donc principalement de rassurer les parents sur la nature bénigne et passagère des troubles, afin de les aider à mieux vivre le problème (10).

C. Alimentation et pleurs du nourrisson

L'allaitement maternel présente de nombreux avantages, tant pour le bébé que pour la maman.

Avantages pour le bébé : (14)(15)(16)

- Alimentation adaptée aux besoins du bébé
- Diminution des risques infectieux (notamment ORL, pulmonaires, digestives...)
- Diminution du risque d'asthme et d'eczéma
- Diminution du risque d'allergie
- Diminution du risque de mort inattendue du nourrisson
- Diminution du risque d'obésité
- Diminution du risque de diabète
- Amélioration du lien mère-enfant

Avantages pour la maman : (14)(15)(16)

- Amélioration de la relation mère-enfant
- Perte de poids plus rapide en post-partum
- Diminution de l'incidence du cancer du sein et de l'ovaire
- Diminution du risque de dépression du post-partum
- Diminution du risque de diabète
- Diminution des risques cardio-vasculaires
- Facteur économique

Mais l'allaitement maternel permet-il une diminution des pleurs du nourrisson ?

Quel est l'effet du mode d'alimentation (artificiel ou maternel) sur la durée des pleurs du nourrisson ?

Dans sa revue de littérature, E. Bonvoisin nous apprend que les études réalisées ne retrouvaient pas de différence significative entre la survenue de coliques du nourrisson chez les bébés allaités par lait artificiel ou par lait maternel (17). Ces études sont cependant assez anciennes (1988,1989, 1997, 2002) et n'étudient que le lien entre alimentation et coliques, et non alimentation et pleurs du nourrisson.

Il serait donc intéressant d'analyser ce lien, afin de mieux conseiller et informer les patientes.

D. Risques liés aux pleurs inexplicés du nourrisson

I. Risques pour les enfants : syndrome du bébé secoué

Selon l'HAS, « le syndrome du bébé secoué est un sous ensemble des traumatismes crâniens infligés appelés aussi traumatisme non accidentel dans lequel c'est le secouement qui provoque ce traumatisme. Le syndrome du bébé secoué survient généralement avant l'âge de 1 an (18). »

L'incidence du syndrome du bébé secoué varie entre 15 et 30/100 000 enfants de moins de 1 an, soit environ 120 à 240 nourrissons par an qui pourraient être concernés en France, mais il n'existe pas de données épidémiologiques françaises. Les chiffres publiés sous-estiment certainement la réalité car ils regroupent surtout les cas les plus sévères, eux-mêmes n'étant probablement pas tous répertoriés. L'absence d'autopsie systématique des nourrissons décédés d'une mort inattendue empêche de faire certains diagnostics car il est souvent difficile de différencier TCI et TC accidentels (18) (19).

Le plus fréquemment, le secouement de l'enfant se produit lors de pleurs prolongés du bébé, le parent, excédé, va alors secouer le nourrisson afin de le faire taire (18). L'étude de Barr en 2006 ayant pour but d'évaluer les courbes de répartition par âge de l'hospitalisation dans le cas de syndrome de bébé secoué et la courbe de fréquence des cris des nourrissons, a montré que ces deux courbes ont le même profil avec un décalage des fréquences maximum des pleurs du nourrisson à 6 semaines de vie et du syndrome du bébé secoué à 13 semaines (18). Ces constats ont été confirmés par la suite. Il existe donc bien un lien entre les pleurs et le secouement (18).

Les facteurs pouvant favoriser le syndrome du bébé secoué ont été étudiés lors de plusieurs études :

Facteurs de risques liés à l'enfant : (18) (19)

- Prédominance des garçons (sex ratio garçons/filles entre 1,3 et 2,6)
- Prématurité : les enfants touchés ont un taux de prématurité plus élevé que dans la population générale (11 à 21% versus 7 à 8% dans la population générale).
- Grossesses multiples : elles seraient plus fréquentes (gémellité dans 5% des cas de Mireau, contre 1,5% dans la population générale).
- Les pleurs ne peuvent être considérés comme un facteur de risque à proprement parler, mais ils sont, dans la plupart des cas, un facteur déclenchant de comportement maltraitant envers les nourrissons.

Facteurs de risques liés aux parents : (18) (19)

- Concernant le contexte socio-économique des parents, les études sont très contradictoires. Il n'est donc pas possible d'écarter le diagnostic de syndrome du bébé secoué en raison d'un contexte socio-économique favorable (18) (19).
- Les facteurs de vulnérabilité à tenir compte seraient : (19)
 - . Premier enfant,
 - . Jeune âge des parents,
 - . Grossesses rapprochées,
 - . Reprise du travail,
 - . Méconnaissance des besoins et des comportements normaux de l'enfant,
 - . Isolement social et familial,
 - . Histoire de violences familiales,
 - . Troubles psychiatriques passés ou présents,
 - . Abus de drogue et d'alcool...
- La relation du syndrome du bébé secoué avec un facteur ethnique a été étudiée. Fortin a fait la synthèse des articles et a conclu que l'origine ethnique ne constitue pas un facteur significativement plus associé au syndrome du bébé secoué qu'au TC accidentel. (19)

En résumé, les données disponibles à ce jour suggèrent que les enfants de sexe masculin, premiers-nés, âgés de moins de 6 mois, nés prématurément d'une grossesse compliquée ou multiple, vivant avec des parents ayant des antécédents d'addiction à

l'alcool ou aux drogues, ou encore une histoire présente ou passée de violences familiales, seraient plus à risque d'être victimes du syndrome du bébé secoué. D'autre part, un haut niveau socio-économique n'empêche pas l'apparition de ce syndrome.

Dans tous les cas, «l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant» conformément à l'article premier de la loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, codifié à l'article L. 112-4 du Code de l'action sociale et des familles. (18)

En effet, le syndrome du bébé secoué peut avoir des conséquences très graves pour le bébé.

Conséquences du syndrome du bébé secoué (20)

Les secousses violentes produisent des dommages importants au cerveau telles que des hémorragies intracrâniennes, des hémorragies rétiniennes, de l'œdème cérébral, qui peuvent entraîner la mort du bébé. Ces lésions peuvent être associées à d'autres traumatismes comme des fractures de côtes ou de l'extrémité des os longs, des fractures du crâne, des ecchymoses sur la tête ou sur le corps.

Les deux tiers des enfants qui survivent au syndrome du bébé secoué présentent des séquelles permanentes telles que la paralysie (hémiparésie, hémiplégie, quadriplégie), la cécité, l'épilepsie, des troubles d'alimentation, des troubles du sommeil, des retards de développement (motricité, langage), des déficits cognitifs. Plus récemment, il a été démontré que l'enfant qui ne semble présenter aucune de ces séquelles pourra tout de même, à long terme, s'avérer atteint de troubles d'apprentissage et de socialisation (20).

Prévention primaire du syndrome du bébé secoué

La prévention reste la meilleure arme contre le syndrome du bébé secoué.

Un outil a été créé au CHU Sainte Justine à Montréal, le « Thermomètre de la colère » (20) (21) (voir Figure n°2). Celui-ci a été élaboré à partir de témoignages de parents dans un contexte de pleurs incessants. Le but était de prévenir la violence physique envers les jeunes enfants de 0 à 5 ans par la gestion de la colère. En effet, plusieurs études démontrent la corrélation entre l'émotion de la colère et la maltraitance infantile, particulièrement quant aux violences physiques. (20)

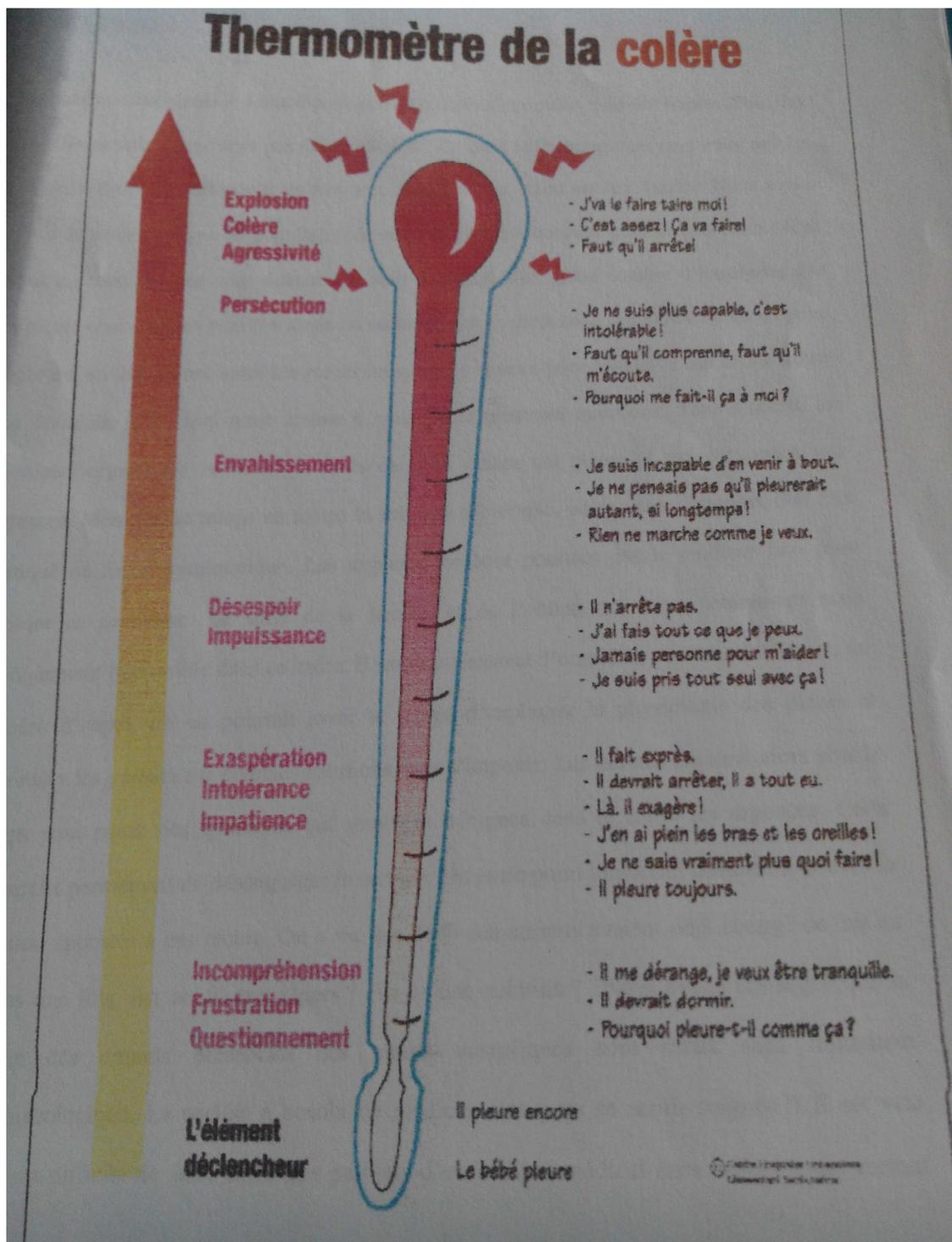


Figure n°2 : le thermomètre de la colère
Centre hospitalier universitaire de Ste Justine de Montréal (20)(21)

La prévention primaire vise à sensibiliser la population générale, et plus particulièrement les nouveaux parents. L'HAS recommande d'organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation et d'information bien adaptées, sous différentes formes, et en tout lieu, en direction de toutes les personnes au contact des bébés sur les dangers du secouement pour l'enfant et les précautions à prendre (18).

II. Risques pour les mamans : dépression du post-partum

Les pleurs du nourrisson peuvent également avoir des répercussions négatives sur les parents, notamment la mère du bébé (1). Le fait de ne pas arriver à faire cesser les pleurs de son bébé peut en effet être vécu comme un échec, et entraîner des sentiments tels que la tristesse, la frustration, la colère, l'inquiétude. Le sentiment d'être un mauvais parent peut alors naître et provoquer une angoisse et une tristesse importante. L'épuisement maternel, associé au sentiment d'être une mauvaise mère peut ainsi entraîner une dépression maternelle avec possiblement une diminution des soins en direction du bébé, avec ainsi des risques de maltraitance (5).

Dans sa thèse, C. Largeault-Morain a étudié le ressenti des mamans face aux pleurs de leur enfant, par une méthode qualitative (3). Son étude a montré que « les mamans ressentaient un sentiment de stress et d'angoisse devant des pleurs excessifs, difficilement supportables. Elles décrivaient un sentiment d'exaspération ou de colère contre leur enfant » (3). L'étude a également montré que les patientes ne se sentaient pas assez écoutées et conseillées par les professionnels de santé, et souvent incomprise par leur entourage. Les patientes auraient souhaité une meilleure information sur les pleurs inexplicables du nourrisson et sur leur caractère bénin (3).

Dépistage de la dépression du post-partum

On a vu que les pleurs du nourrisson pouvaient être un élément favorisant la dépression du post-partum. D'ailleurs, dans leur étude, Papousek et Von Hofacker (1998) ont pu constater que les mères de bébé souffrant de pleurs excessifs du nourrisson présentent plus d'humeurs dépressives que les autres ($P=0,00001$) (22).

L'échelle de dépression du post-partum d'Edimbourg est un outil pour aider les professionnels de la santé à identifier les mères souffrant de dépression post-partum. Elle a été développée dans les centres de santé de Livingston et Edimbourg. Elle consiste en 10 courts énoncés. La mère souligne laquelle des quatre réponses possibles est la plus proche de ce qu'elle a ressenti durant la dernière semaine. Cette échelle se complète rapidement en moins de 5 minutes. L'étude de validation a démontré qu'une notation au-dessus du seuil était une indication possible de dépression. Mais, le jugement clinique reste le plus important. Une évaluation clinique plus poussée devrait être effectuée pour confirmer le diagnostic. L'échelle ne détectera pas les mères avec des névroses d'angoisse, des phobies ou des troubles de la personnalité (23) (annexe 1).

Des conséquences néfastes de la dépression du post-partum sur les pleurs du nourrisson

Pleurer chez les nourrissons est lié à la dynamique de la relation mère-enfant, y compris l'anxiété maternelle et la dépression. L'anxiété post-natale ou dépression du post-partum peuvent nuire à la communication mère-enfant : la mère sera moins réceptive aux signaux envoyés par son bébé, et les réponses à ses pleurs seront moins adaptées. Cela peut conduire à des actions déphasées avec l'état de l'enfant, et une réponse émotionnelle émoussée à l'enfant.

Il existe donc une interaction en double sens, entre les pleurs de son bébé et l'humeur de la maman, comme le montre très bien le modèle interactionnel de la détresse mère-enfant, d'après Von Hofacker N, Papousek M. (Figure n°3). Il est ainsi important d'évaluer l'état émotionnel de la mère et de la relation mère-bébé (24). Au professionnel de santé de valoriser et de conforter pères et mères dans leurs fonctions parentales et ainsi de diminuer la culpabilité liée à l'échec dans la consolation de leur enfant (25).

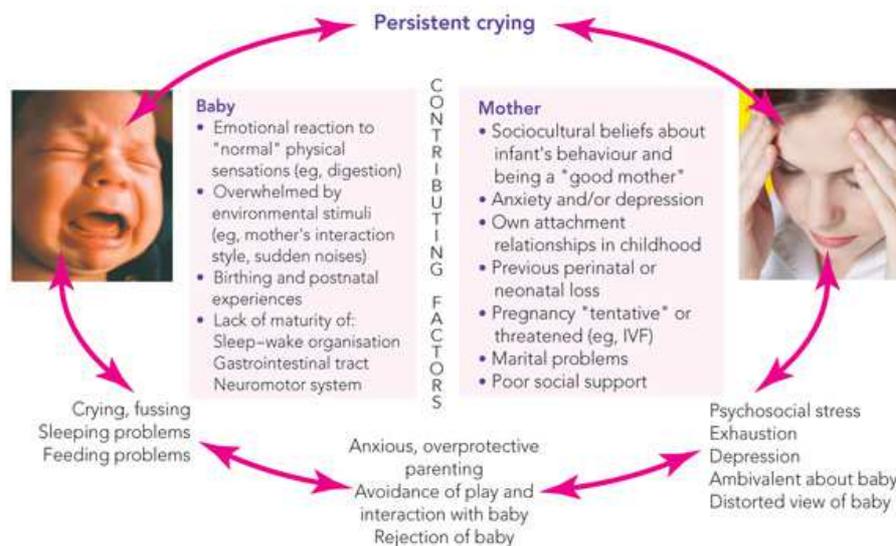


Figure n°3 : Modèle interactionnel de la détresse mère-enfant, d'après Von Hofacker N, Papousek M. (6)(24)

OBJECTIFS

- Évaluer l'effet du mode d'alimentation (artificiel ou maternel) sur la durée des pleurs du nourrisson de moins de 3 mois, chez les patientes primipares, afin de pouvoir mieux conseiller et informer les patientes sur l'alimentation de leur bébé, ou les rassurer si besoin.

- Cibler les lacunes d'information des patientes concernant les pleurs des nourrissons, afin d'améliorer l'information et les conseils à leur donner tant en sortie de maternité qu'en consultation de médecine générale.

- Décrire la prise en charge des médecins généralistes de France, lors des consultations pour des pleurs excessifs du nourrisson, afin de cibler les points d'amélioration possible et de savoir quelle est la population de médecins généralistes à viser particulièrement (sexe, tranche d'âge ...).

Le but étant de permettre ensuite une amélioration de la formation des médecins généralistes afin qu'ils puissent mieux prendre en charge les patientes consultant pour pleurs, et également de prévenir au maximum les risques liés aux pleurs excessifs des nourrissons (tels que le syndrome du bébé secoué et la dépression du post-partum).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Étude des patientes

I. Caractéristiques générales de l'étude

Notre étude est prospective avec suivie de cohorte. Elle est de type quantitative, transversale. Le recrutement initial des patientes s'est déroulé à la maternité de Jeanne de Flandre de Lille, du 1^{er} octobre 2015 au 29 février 2016.

II. Population de l'étude

Ont été incluses dans l'étude, les patientes **primipares**, de 15 à 45 ans, donnant naissance à un bébé de sexe masculin ou féminin, à la maternité de Jeanne de Flandre au CHRU de Lille, du 1^{er} octobre 2015 au 29 février 2016, quelque soit le mode d'allaitement ou le terme de naissance.

III. Le questionnaire

(cf : annexe n°2, 3 et 4)

- La première partie regroupait les informations générales : l'âge, la catégorie professionnelle, la situation familiale, la date d'accouchement, le mode d'accouchement, le terme, le sexe du nourrisson, et le mode d'allaitement, afin de caractériser au mieux la population étudiée.
- La seconde partie visant à répondre à la question de recherche : *quel est l'effet du mode d'alimentation sur les pleurs du nourrisson, à la maternité, à 1 mois et à 3 mois ?* Mais aussi à la question secondaire : *quelles sont les connaissances des patientes concernant les pleurs de leur bébé ?*

Pour cela des questions fermées ont été utilisées, à réponse unique ou réponses multiples.

Un premier questionnaire a été réalisé sous forme papier. Ce questionnaire était distribué par les puéricultrices ou les pédiatres de Jeanne de Flandre, lors de la sortie de la maternité de la patiente et de son bébé.

À la fin de ce questionnaire, la patiente acceptait, ou non, de poursuivre l'étude à 1 mois et à 3 mois de vie de son enfant. En cas d'accord, elle nous communiquait son mél et/ou son numéro de téléphone, sur le questionnaire. En cas de refus, la patiente terminait le questionnaire de maternité, mais le suivi s'arrêtait là.

Les deux autres questionnaires, réalisés à 1 mois et 3 mois de vie des bébés, excluaient la partie administrative, déjà remplie lors du 1^{er} questionnaire, pour se concentrer sur la partie analytique.

Ceux-ci ont été réalisés de deux manières : sous forme papier afin de le remplir avec la patiente par téléphone, et également sous forme de questionnaires GoogleForms, lorsque les patientes préféraient répondre aux questionnaires par mél.

IV. Méthode de recrutement

Durant la période du 1^{er} octobre 2015 au 29 février 2016, les puéricultrices, ainsi que les pédiatres de Jeanne de Flandre, distribuaient le questionnaire de sortie de maternité aux patientes primipares correspondant aux critères d'inclusion de l'étude. Les patientes remplissaient alors le questionnaire sur la base du volontariat. Si les patientes acceptaient de poursuivre l'étude, je les recontactais, par mél ou téléphone selon le mode de choisi, à 1 mois puis à 3 mois de vie des bébés pour remplir le 2^e et 3^e questionnaires de l'étude. Le recueil de données s'est ainsi poursuivi 3 mois après la dernière inclusion de l'étude, soit jusqu'au 25/05/2016.

V. Analyse des données

Les réponses aux questionnaires ont été mises en forme à l'aide du logiciel tableur Microsoft Excel. L'analyse de données a été réalisée également à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Pour les variables quantitatives, une moyenne, un écart-type, ainsi qu'une médiane ont été calculés. Concernant les variables qualitatives, leurs effectifs et pourcentages ont été calculés, ainsi que l'intervalle de confiance.

Pour les analyses bivariées, les effectifs, pourcentages, et p-value ont été calculés. Le p a été calculé grâce au test de Fisher, à l'aide du site internet biostaTGV.com. Le p était considéré comme significatif quand $p \leq 0,1$ (10%).

B. Étude des médecins généralistes

I. Caractéristiques générales de l'étude

Notre étude est de type descriptive observationnelle prospective. Elle est de type quantitative, transversale. Elle s'est déroulée dans la France entière, du 1^{er} octobre 2015 au 31 janvier 2016.

II. Population de l'étude

Tout médecin généraliste, homme ou femme, exerçant et installé en tant que médecin généraliste, en France, pouvait répondre à notre questionnaire du 1^{er} octobre 2015 au 31 janvier 2016. Les médecins de tout âge étaient acceptés dans l'étude.

III. Le questionnaire

(cf : annexe n°5)

- La première partie regroupait les données générales : l'âge, le sexe, le département, et le mode d'exercice (urbain, semi-rural ou rural), afin d'évaluer la diversité de la population étudiée.

- La seconde partie visant à répondre à la question de recherche : quelle est la prise en charge des médecins généralistes en France des pleurs inexplicables du nourrisson ?

Pour cela des questions fermées ont été utilisées, à réponse unique ou réponses multiples.

Le questionnaire a ensuite été mis à forme sur le site de GoogleForms.

IV. Méthode de recrutement

Pour faciliter la diffusion du questionnaire, et atteindre le maximum de médecins généralistes, dans toute la France, j'ai contacté plusieurs associations de médecine générale telles que :

- MG (médecins généralistes) France,
- SNJMG, **Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes**,
- Troc un doc,
- SFMG, Société Française de médecine générale,
- Ordre des médecins, qui n'a malheureusement pas pu répondre positivement.

Les associations ayant accepté notre requête ont mis un message sur leur site internet, dans la rubrique « annonce » ou « thèses », dans lequel j'expliquais rapidement l'objectif de ma thèse, en terminant par le lien vers le questionnaire (anonyme) Google Form, afin qu'ils puissent y répondre.

J'ai également utilisé la liste, constituée par l'université de Lille 2, des médecins généralistes acceptant de répondre aux questionnaires de thèse. Environ 80 praticiens faisaient partie de cette liste. Le questionnaire a également été envoyé par mél.

V. Analyse des données

Les réponses aux questionnaires ont été mises en forme à l'aide du logiciel tableur Microsoft Excel. L'analyse de données a été réalisée également à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

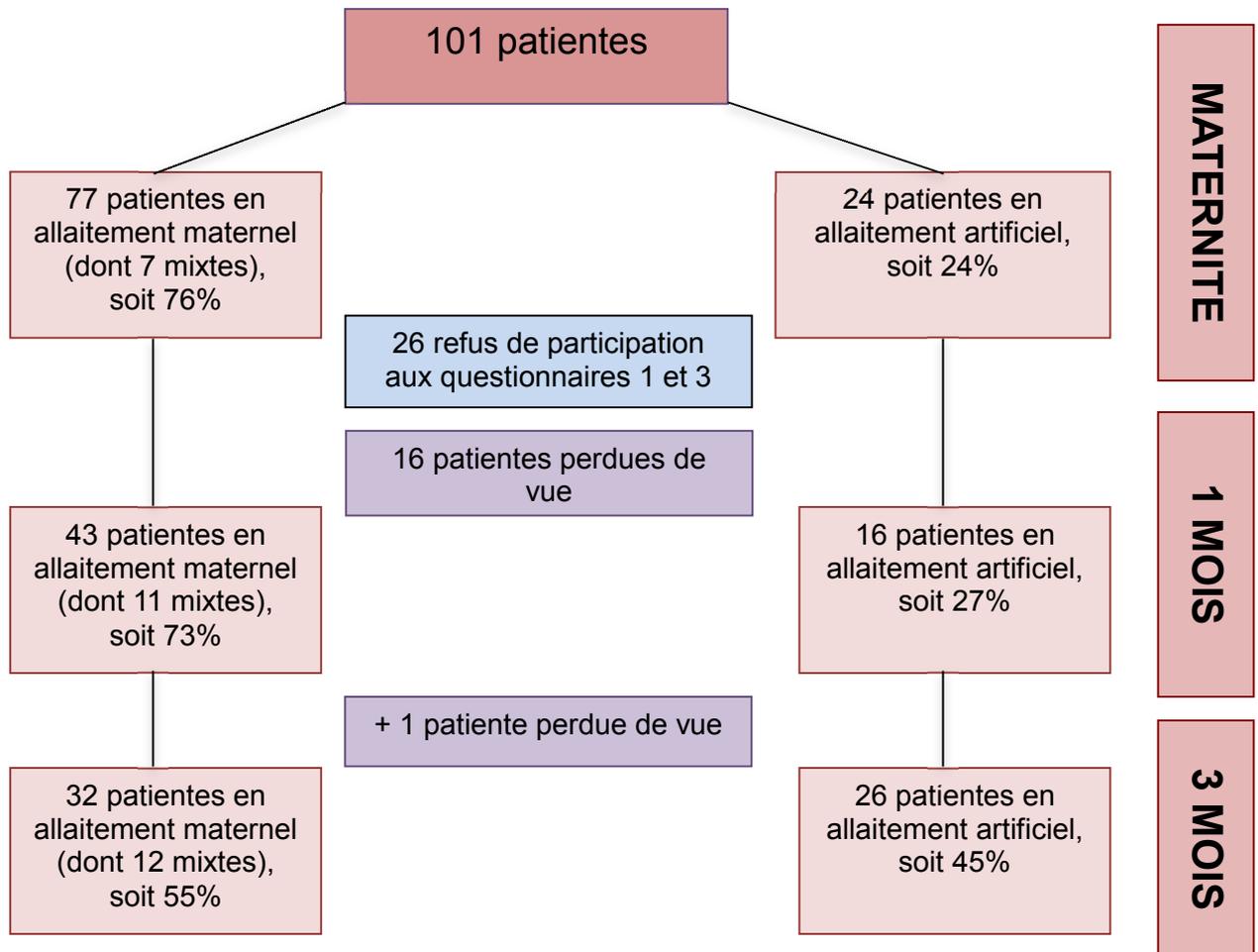
Pour les variables quantitatives, une moyenne, un écart-type, ainsi qu'une médiane ont été calculés. Concernant les variables qualitatives, leurs effectifs et pourcentages ont été calculés, ainsi que l'intervalle de confiance.

Pour les analyses bivariées, les effectifs, pourcentages, et p-value ont été calculés. Le p a été calculé grâce au test de Fisher, à l'aide du site internet biostaTGV.com. Le p était considéré comme significatif quand $p \leq 0,1$ (10%).

RÉSULTATS

A. Résultats patientes

Figure n° 4 : Organigramme de la répartition des patientes de l'étude



I. Population étudiée

101 patientes ont été incluses dans l'étude, du **1^{er} octobre 2015 au 29 février 2016**, à la maternité de Jeanne de Flandre, au CHRU de LILLE.

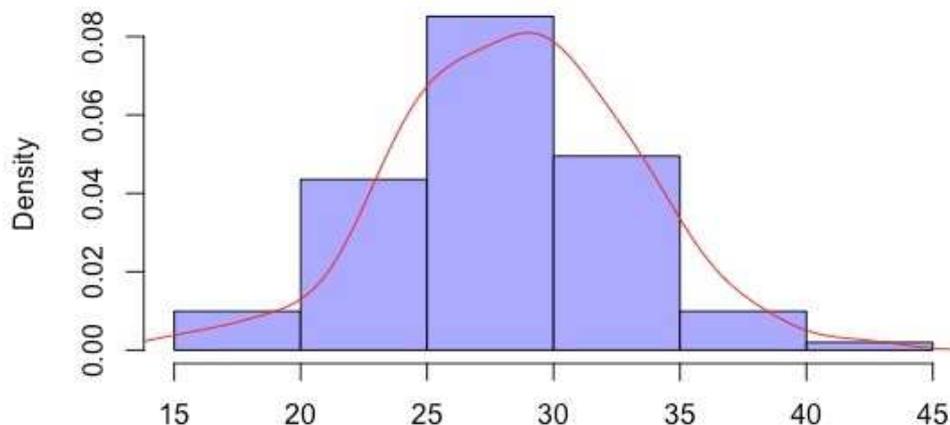
Participation :

75 patientes, parmi les 101 (soit 74,26% IC 95% [64.6% ; 82.44%]), ont accepté de poursuivre l'étude à 1 et 3 mois, sur le questionnaire de sortie de maternité.

16 patientes (soit 15,84% IC 95% [8,71% ; 22,96%]), ont été perdues de vue au 1^{er} mois (total de **59 réponses**). **17 patientes** (soit 16,83% IC 95% [9,53% ; 23,13%] personnes au total ont été perdues de vue entre la sortie de maternité et le 3^e mois (soit **58 réponses** au 3^e mois).

* Âge des patientes

Age des patientes en années



Graphique n° 1 : Âge des patientes en années

Effectif	101
Minimum	15
Maximum	42
Moyenne	28.52
Médiane	29
Ecart-type	4.709
Valeur manquantes	0
Moyenne et intervalle de confiance à 95 %	28.52 [27.61 ; 29.44]

Tableau n° 2 : Caractéristiques de la population étudiée

		Effectif	Pourcentage	Intervalle de confiance
Situation familiale	Couple	96	95,05%,	[88,82% ; 98,37%]
	Célibataire	5	4,95%,	[1,63% ; 11,18%]
	Agricultrice	1	1%	[0,03% ; 5,45%]
	Artisan	2	2%	[0,24% ; 7,04%]
	Cadre	26	26%	[17,74% ; 35,73%]
Profession	Employée	45	45%	[35,03% ; 55,27%]
	Etudiante	2	2%	[0,24% ; 7,04%]
	Prof.	5	5%	[1,64% ; 11,28%]
	Intermédiaire	19	19%	[11,84% ; 28,07%]
	Sans activité	19	19%	[11,84% ; 28,07%]
Terme bébé	>38 SA	82	81,19%	[73,5% ; 88,8%]
	34 - 38 SA	19	18,81%	[11,34% ; 26,65%]
	Césarienne	14	13,86%	[7,79% ; 22,16%]
Voie d'accouchement	Voie basse	25	24,75%	[16,7% ; 34,33%]
	VB déchirure	38	37,62%	[28,18% ; 47,82%]
	VB épisiotomie	24	23,76%	[15,86% ; 33,26%]
Type d'alimentation en maternité	Maternel	70	69,31%	[59,34% ; 78,1%]
	Mixte	7	6,93%	[2,83% ; 13,76%]
	Artificiel	24	23,75%	[15,86% ; 33,26%]
Sexe du bébé	Fille	57	56,44%	[46,2% ; 66,28%]
	Garçon	44	43,56%	[33,72% ; 53,8%]

Caractéristiques des patientes perdues de vue :

17 patientes perdues de vue sur les 3 mois.

Moyenne d'âge des patientes perdues de vue : 28,9 ans, IC [27,35 ; 30,45] .

Tableau n° 3 : Caractéristiques des patientes perdues de vue

		Effectif	Pourcentage	Intervalle de confiance
Situation familiale	Couple	16	94,12%	[82,94%; 100%]
	Célibataire	1	5,88%	[0% ; 17,06%]
	Cadre	5	31%	[8,33%; 53,66%]
	Employée	5	31%	[8,33%; 53,66%]
Profession	Prof.	2	13%	[0% ; 29,48%]
	Intermédiaire	4	25%	[3,78% ; 46,22%]
	Sans activité	4	25%	[3,78% ; 46,22%]
Terme bébé	>38 SA	14	82,40%	[64,30% ; 100%]
	34 - 38 SA	3	17,60%	[0% ; 35,70%]
	Césarienne	3	17,60%	[0% ; 35,70%]
Voie d'accouchement	Voie basse	2	11,80%	[0% ; 27,14%]
	VB déchirure	6	35,30%	[12,58% ; 58,02%]
	VB épisiotomie	6	35,30%	[12,58% ; 58,02%]
Type d'alimentation en maternité	Maternel	12	70,60%	[48,94% ; 92,26%]
	Mixte	2	11,80%	[0% ; 27,14%]
	Artificiel	3	17,60%	[0% ; 35,70%]
Sexe du bébé	Fille	14	82,40%	[64,30% ; 100%]
	Garçon	3	14,60%	[0% ; 31,39%]

II. Type d'allaitement

À la sortie de maternité :

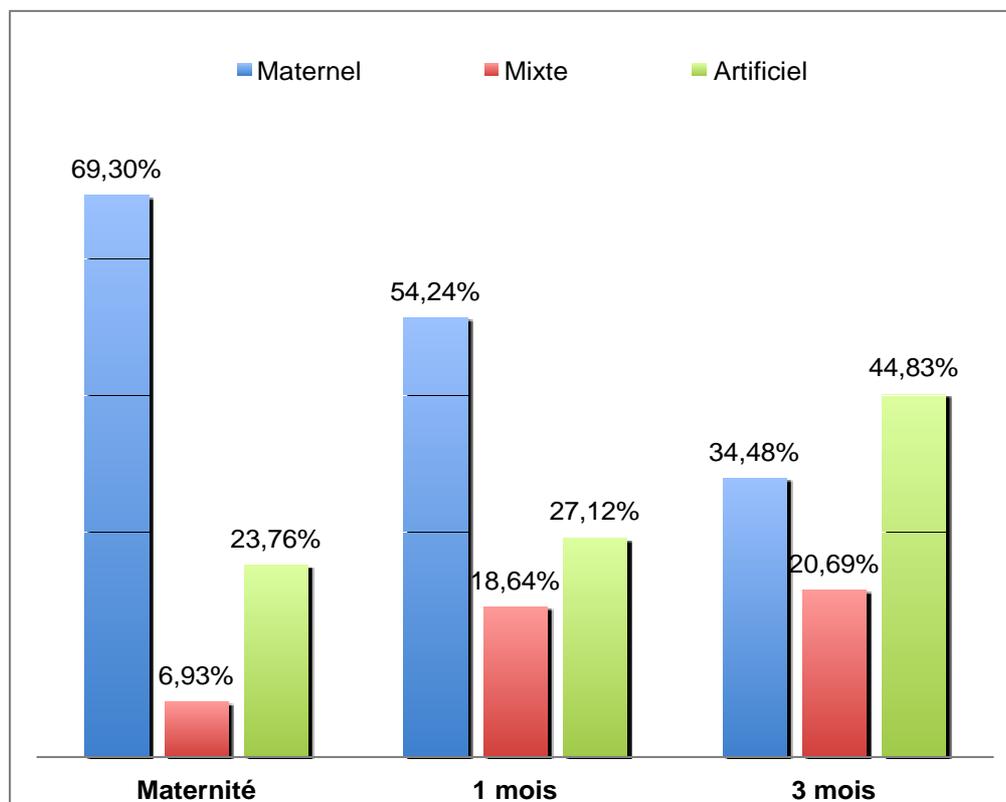
70 patientes, soit 69%, allaitent de manière exclusive,
7 patientes, soit 7%, sont en allaitement mixte,
et 24 patientes, soit 24%, sont en alimentation artificielle.

À 1 mois :

32 patientes, soit 54%, sont en allaitement maternel,
11 patientes, soit 19% sont en allaitement mixte,
et 16 patientes, soit 27% sont en alimentation artificielle.

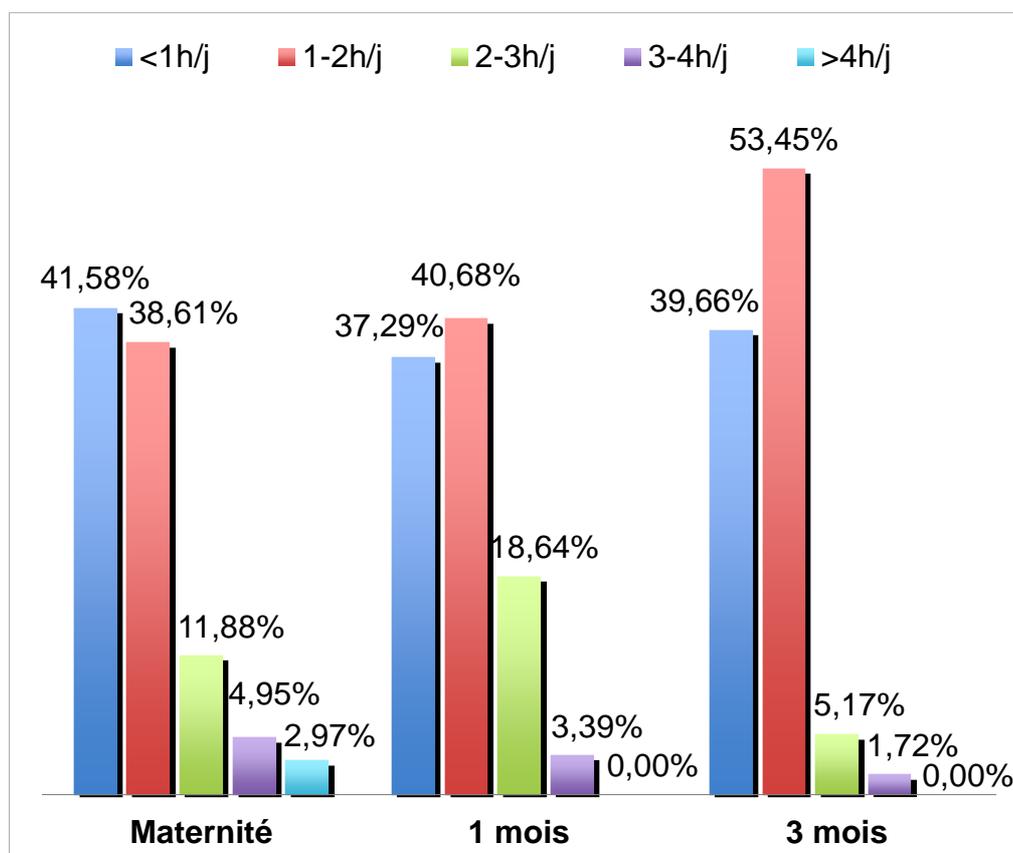
À 3 mois :

20 patientes, soit 34%, sont en allaitement maternel,
12 patientes, soit 21% sont en allaitement mixte,
et 26 patientes, soit 45% sont en alimentation artificielle.



Graphique n° 2 : type d'allaitement en maternité, à 1 mois et 3 mois

III. Durée moyenne des pleurs par jour

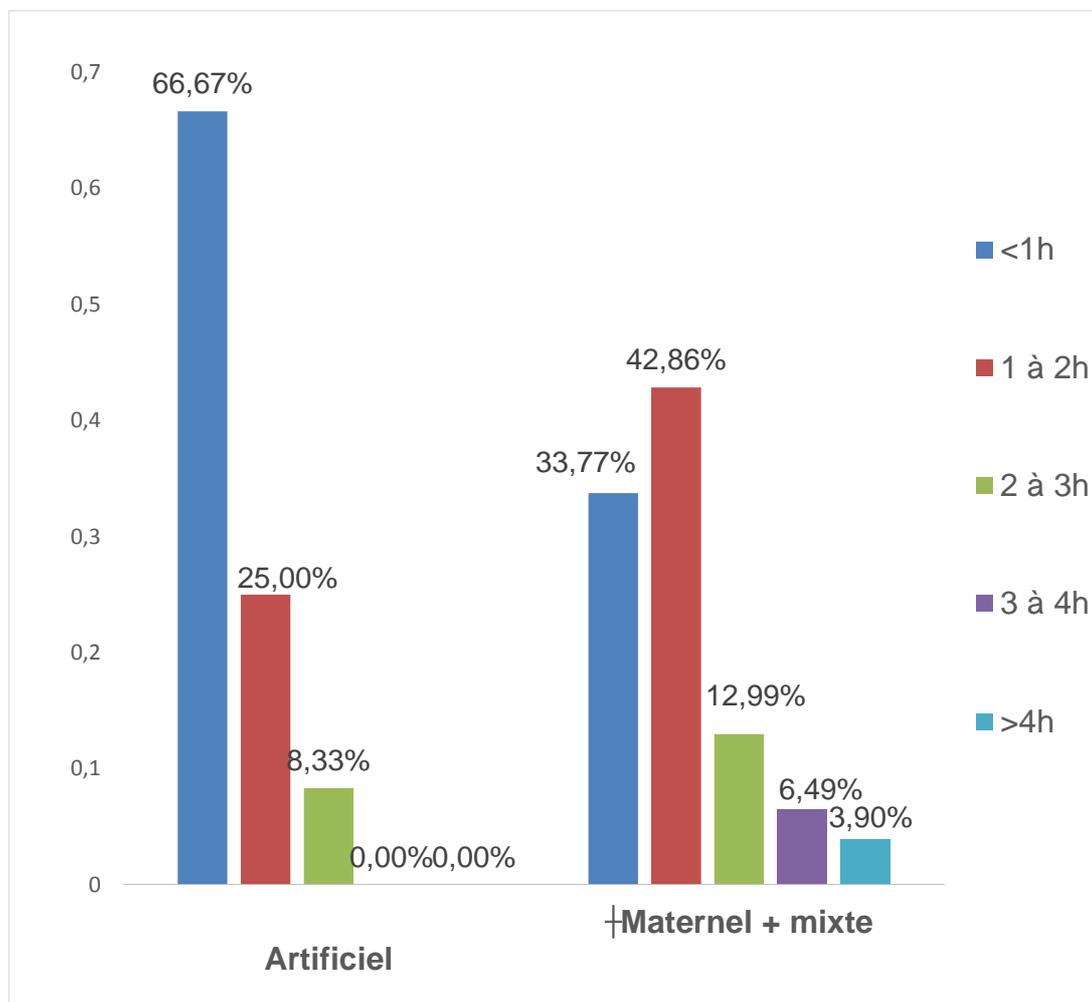


Graphique n° 3 : durée moyenne des pleurs par jour, en maternité, à 1 mois et 3 mois
La durée des pleurs est plus importante à 1 mois de vie avec des pleurs supérieurs à 2h/j à 22%.

1. Durée des pleurs en fonction du type d'allaitement :

Tableau n° 4 : Durée des pleurs en fonction du type d'alimentation :

Allaitement		Durée des pleurs					Effectifs
		<1h	1 à 2h	2 à 3h	3 à 4h	>4h	
Maternité	Artificiel	67%	25%	8%	0%	0%	24
	Maternel (9,1% mixte)	34%	43%	13%	6%	4%	77
	Total	42%	39%	12%	5%	3%	101
1 mois	Artificiel	38%	44%	19%	0%	0%	16
	Maternel (25,6% mixte)	37%	40%	19%	5%	0%	43
	Total	37%	41%	19%	3%	0%	59
3 mois	Artificiel	35%	54%	8%	0%	4%	26
	Maternel (37,5% mixte)	44%	41%	6%	9%	0%	32
	Total	40%	47%	7%	5%	2%	58

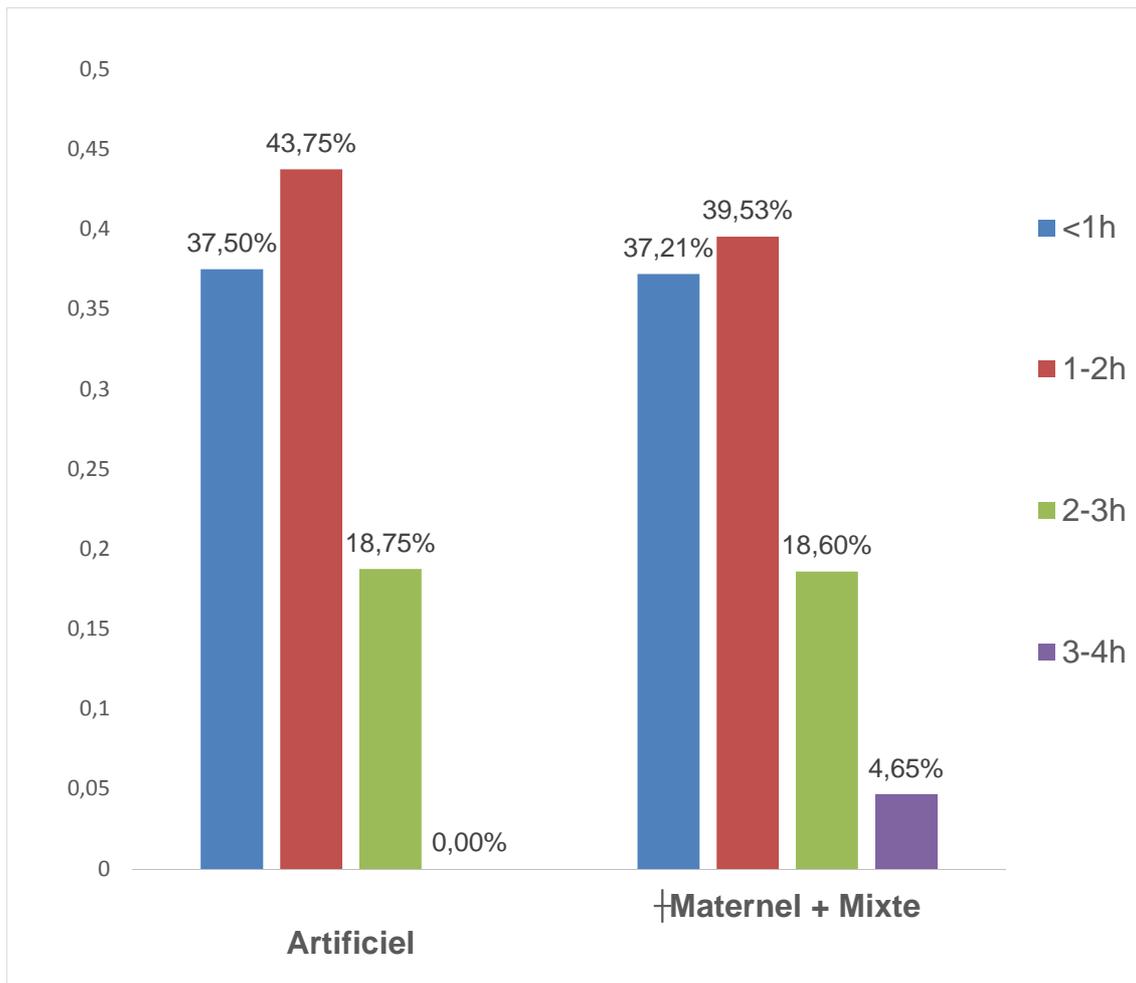
- Maternité

Graphique n° 4 : durée des pleurs en fonction de l'alimentation, en maternité

p = 0.087

On voit ainsi que, de manière significative ($p= 0,087$), les bébés alimentés de manière artificielle, pleurent moins longtemps sur la journée que les bébés allaités au sein, en maternité. En effet, la proportion de pleurs <1h/j est plus importante (66,67% des patientes) chez les bébés alimentés artificiellement que chez les bébés qui bénéficient d'un allaitement maternel ou mixte (33,77%). De plus, la quantité de pleurs supérieure à 2h/j est nulle en lait artificiel alors qu'elle représente 10,39% des bébés au lait maternel.

- 1 mois :

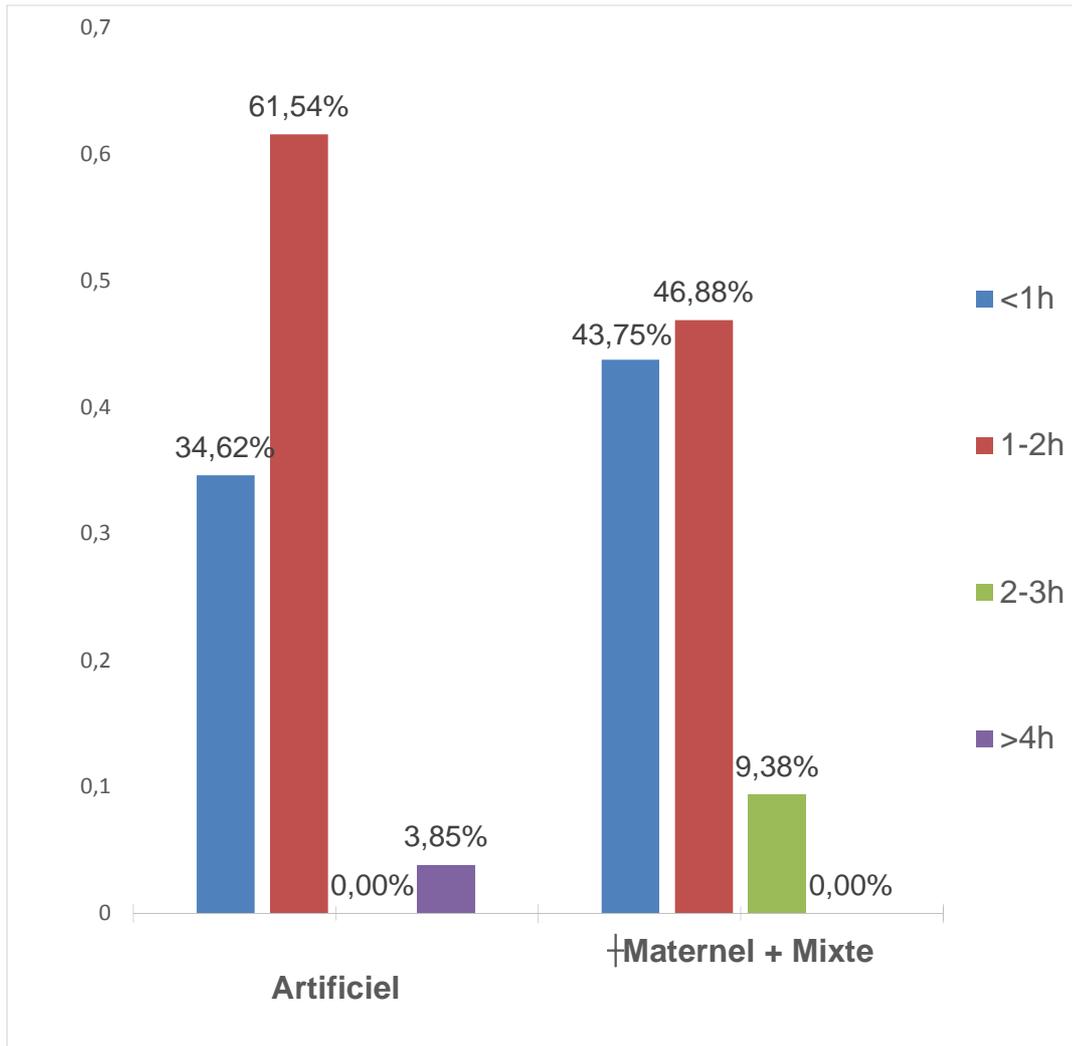


Graphique n° 5 : durée des pleurs en fonction de l'alimentation, à 1 mois

$p = 1$

La durée de pleurs est sensiblement la même, à 1 mois, entre allaitement maternel et alimentation artificielle. La différence n'est pas significative.

- 3 mois :

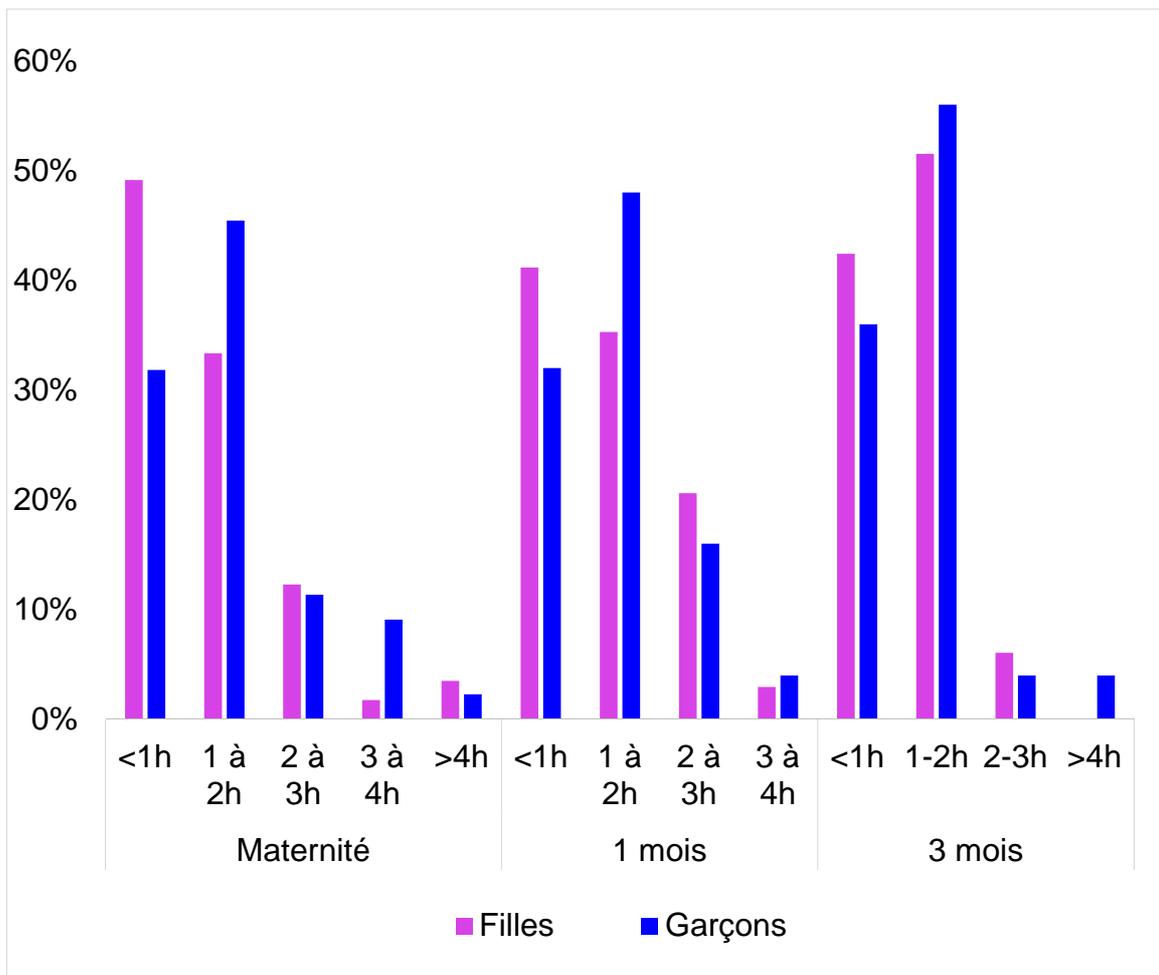


Graphique n° 6 : durée des pleurs en fonction de l'alimentation, à 3 mois

$p = 0.332$

À 3 mois, on ne retrouve pas de différence significative de la durée des pleurs en fonction du mode d'alimentation.

2. Durée des pleurs par jour en fonction du sexe :



Graphique n° 7 : durée des pleurs en fonction du sexe, en maternité, à 1 mois et 3 mois

Maternité : $p = 0.222$

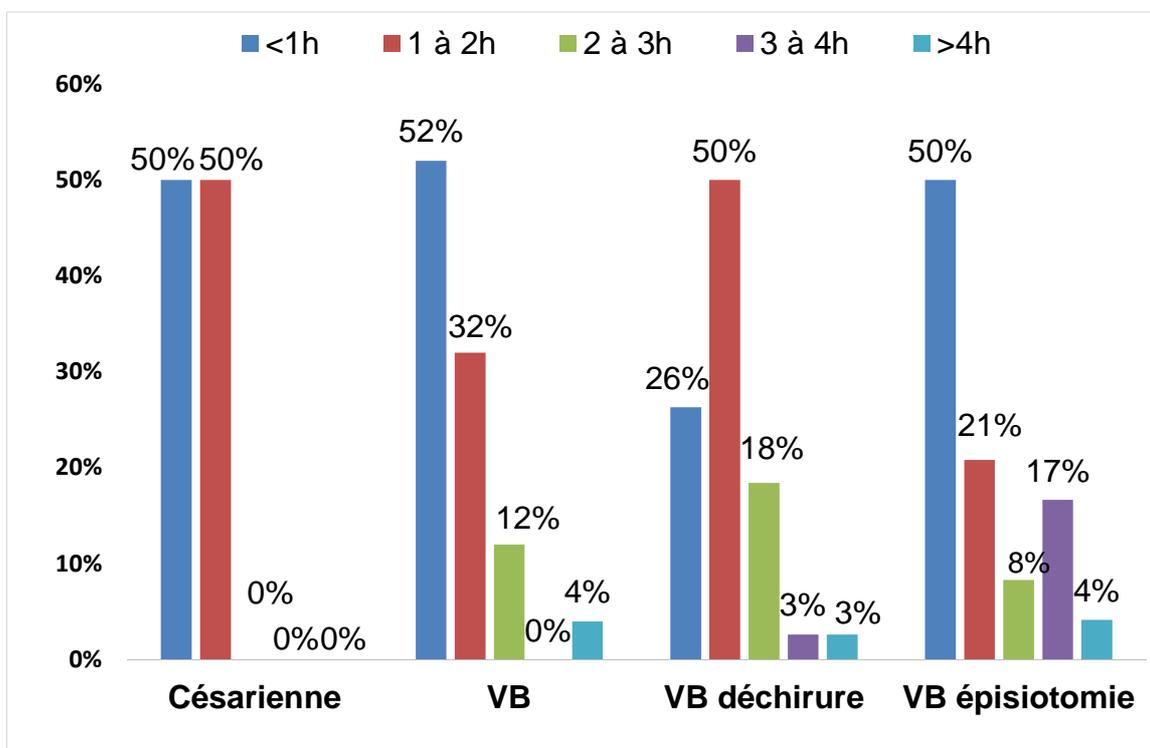
1 mois : $p\text{-value} = 0.768$

3 mois : $p\text{-value} = 0.776$

On peut voir que globalement, les garçons pleurent plus longtemps dans la journée, que cela soit en maternité, à 1 mois ou à 3 mois. Cependant, le p n'est pas significatif.

3. Durée des pleurs par jour en fonction de la voie d'accouchement

- Maternité



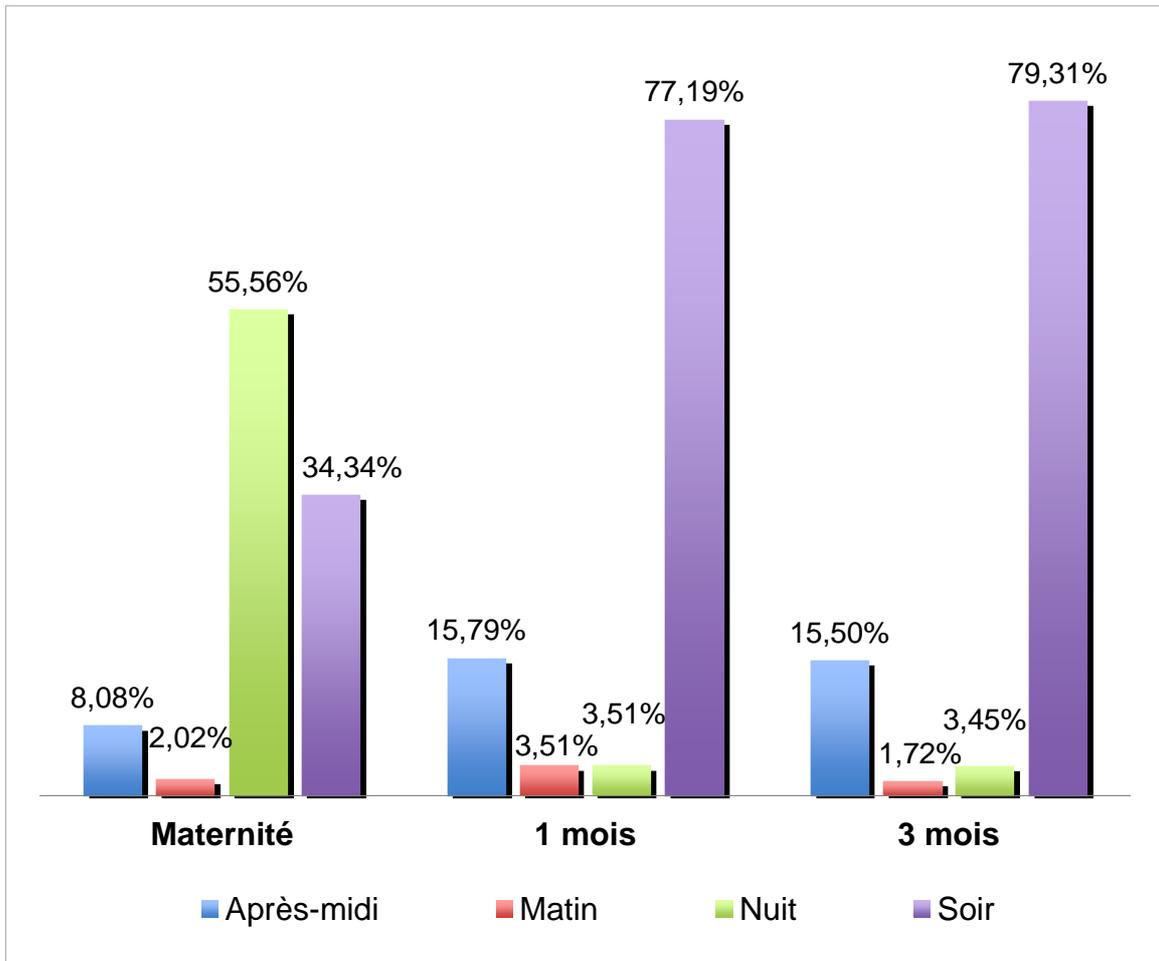
Graphique n° 8 : durée des pleurs en fonction de la voie d'accouchement, en maternité

$p = 0.065$

On note une diminution significative de la durée des pleurs par jour des bébés nés par césarienne par rapport aux bébés nés par voie basse que ce soit avec déchirure ou avec épisiotomie. En effet, les bébés issus de césarienne pleurent entre 0 et 2h par jour (aucun pleurs de plus de 2h par jour), alors que la durée des pleurs peut aller jusqu'à plus de 4h par jour chez certains bébés, pour les autres voies d'accouchement.

A 1 mois et 3 mois, il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant la durée des pleurs par jour, suivant la voie d'accouchement.

IV. Moment maximum des pleurs

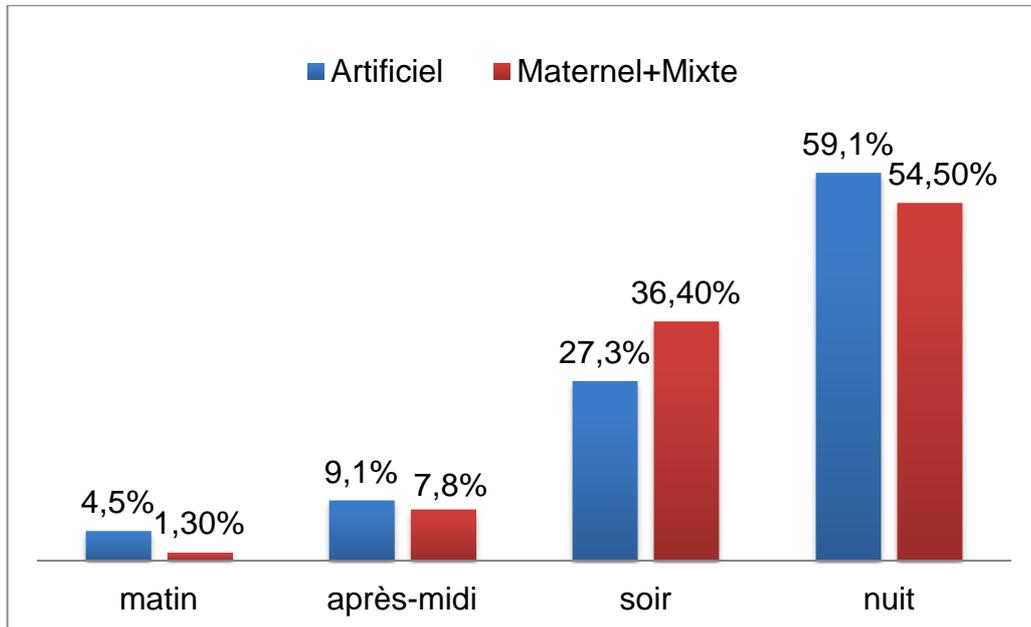


Graphique n° 9 : moment maximum des pleurs, en maternité, à 1 mois et 3 mois

Les pleurs sont ainsi plus importants la nuit, en maternité, alors qu'ils sont nettement plus importants le soir au cours du 1^{er} et du 3^e mois de vie des bébés.

* **Moment maximum des pleurs, en fonction du type d'alimentation :**

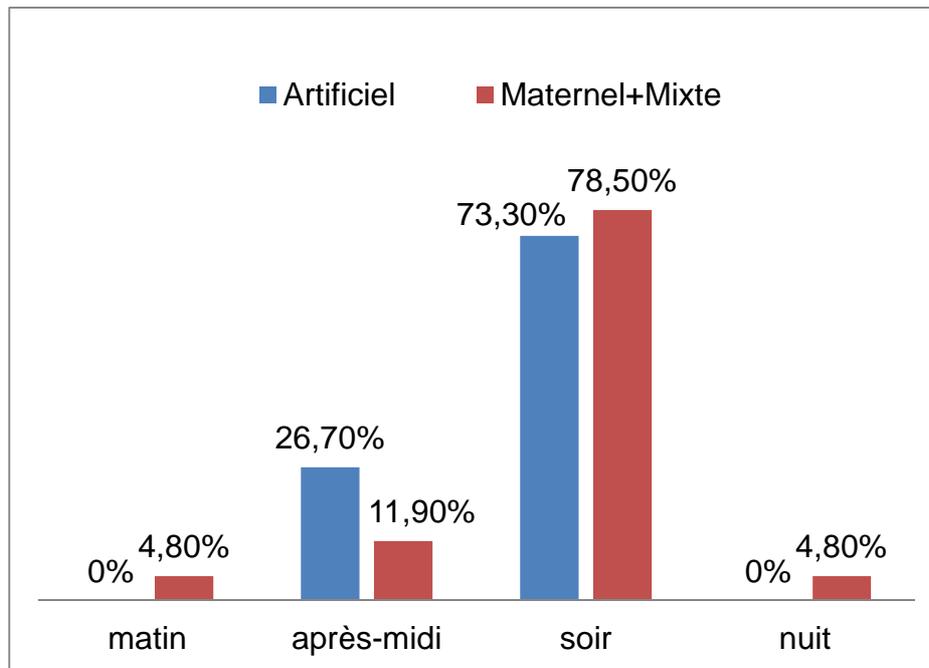
- **En maternité :**



Graphique n° 10 : moment maximum des pleurs, en fonction de l'alimentation, en maternité

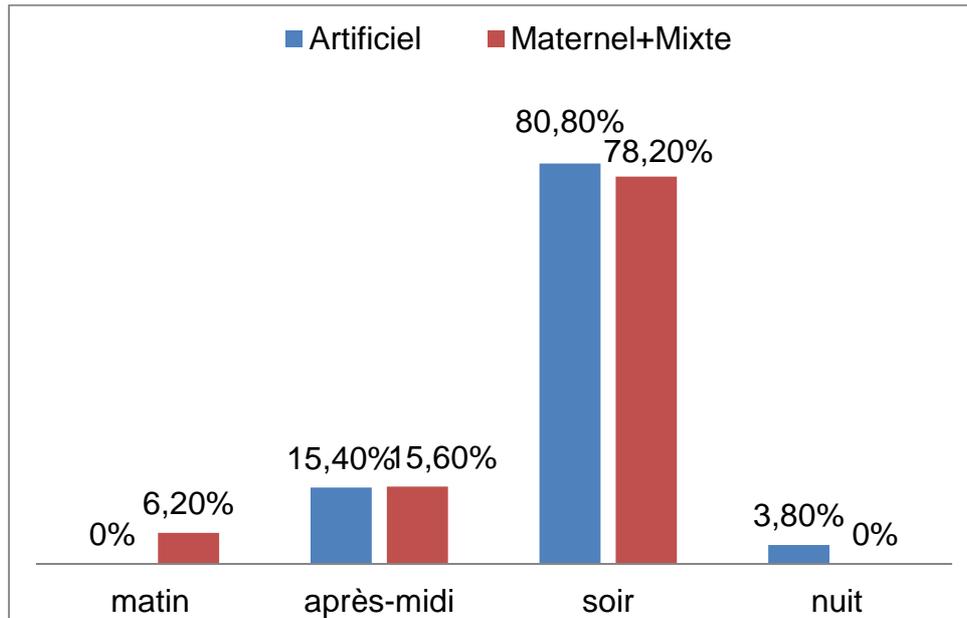
p = 0.58

- **A 1 mois :**



Graphique n° 11 : moment maximum des pleurs, en fonction de l'alimentation, à 1 mois

p = 0.48.

- **A 3 mois :**

Graphique n° 12 : moment maximum des pleurs, en fonction de l'alimentation, à 3 mois

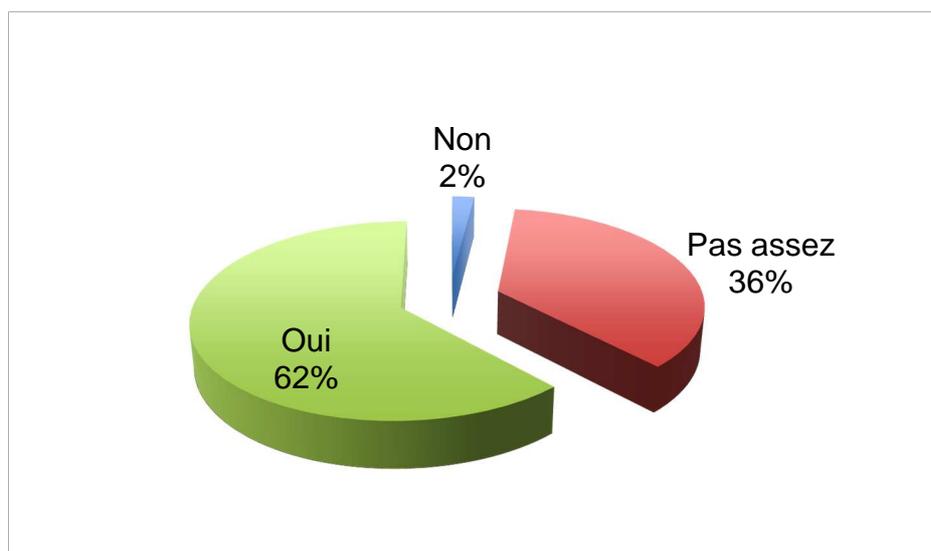
p = 0.59

A la maternité, à 1 et 3 mois, on ne retrouve donc pas de différence significative du moment maximum des pleurs, selon le mode d'alimentation.

V. Connaissances et informations des patientes

1. Information des patientes

Les patientes se sentent-elles suffisamment informées sur les pleurs de leur bébé ?



Graphique n° 13 : information des patientes, en maternité

On note ainsi que presque 40% des patientes ne se considèrent comme pas, ou peu, informées sur les pleurs de leur bébé, à la sortie de la maternité.

2. Causes des pleurs selon les mamans

Tableau n° 5 : Causes des pleurs, selon les patientes :

	Effectif	Proportion	IC 95%
Faim	54	91,53%	[81.32% ; 97.19%]
Pleurs normaux	12	20,34%	[10.98% ; 32.83%]
Besoin d'attention	12	20,34%	[10.98% ; 32.83%]
Colère	4	6,78%	[1.88% ; 16.46%]
Douleurs	12	20,34%	[10.98% ; 32.83%]
Caprice	0	0%	0
Coliques	33	55,93%	[42.4% ; 68.84%]
Couche sale	29	49,15%	[35.89% ; 62.5%]
Fatigue	30	50,85%	[37.5% ; 64.11%]
Tristesse	1	1,69%	[0.04% ; 9.09%]
Ennui	4	6,78%	[1.88% ; 16.46%]
Autre	13	22,03%	[12.29% ; 34.73%]

Les principales causes de pleurs citées par les patientes sont ainsi :

- la faim (91,53%)
- les coliques du nourrisson (55,93%)
- la fatigue (50,85%)
- les couches sales (49,15%)

3. Actions des mamans lors des pleurs

Tableau n° 6 : Actions des patientes lors des pleurs :

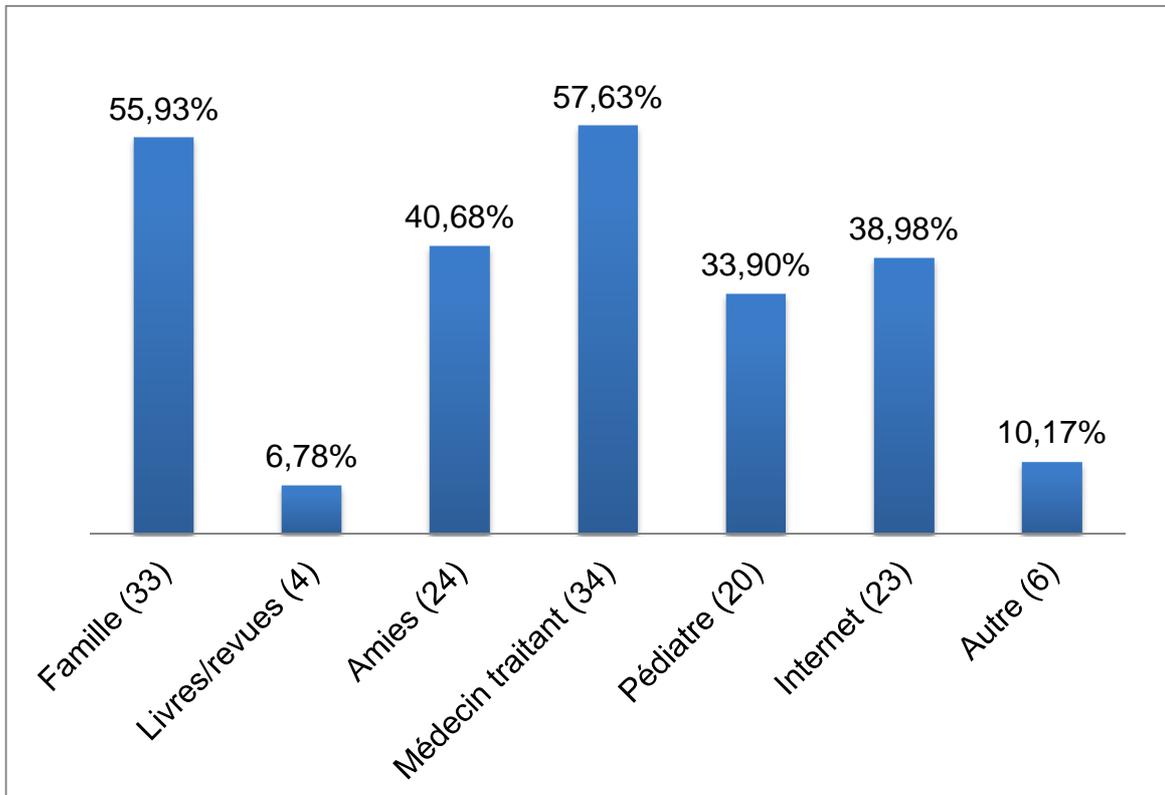
	Effectif	Proportion	IC 95%
Donne à manger	57	96,61%	[88.29% ; 99.59%]
Change la couche	42	71,19%	[57.92% ; 82.24%]
Le couche	10	16,95%	[8.44% ; 28.97%]
S'inquiète	6	10,34%	[3.89% ; 21.17%]
Peau à peau	13	22,41%	[12.51% ; 35.27%]
Donne un médicament	1	1,69%	[0.04% ; 9.09%]
Laisse pleurer	5	8,47%	[2.81% ; 18.68%]
Le prend dans les bras	58	98,31%	[90.91% ; 99.96%]
Laisse faire le papa	21	35,59%	[23.55% ; 49.13%]
Autre	12	20,34%	[10.98% ; 32.83%]

Les principales actions des mamans sont ainsi :

- le prend dans les bras (98,31%)
- donne à manger (96,61%)
- change la couche (71,19%)

4. Conseils lors des pleurs

Auprès de qui les patientes cherchent-elles des conseils lors des pleurs ?



Graphique n° 14 : conseils aux patientes sur les pleurs

Plus d'une patiente sur deux recherche donc des conseils chez son médecin traitant. Celui-ci est ainsi la **première source de conseils aux patientes**.

En 2^e position, on voit que les patientes se tournent encore beaucoup vers leur famille (à 56% environ).

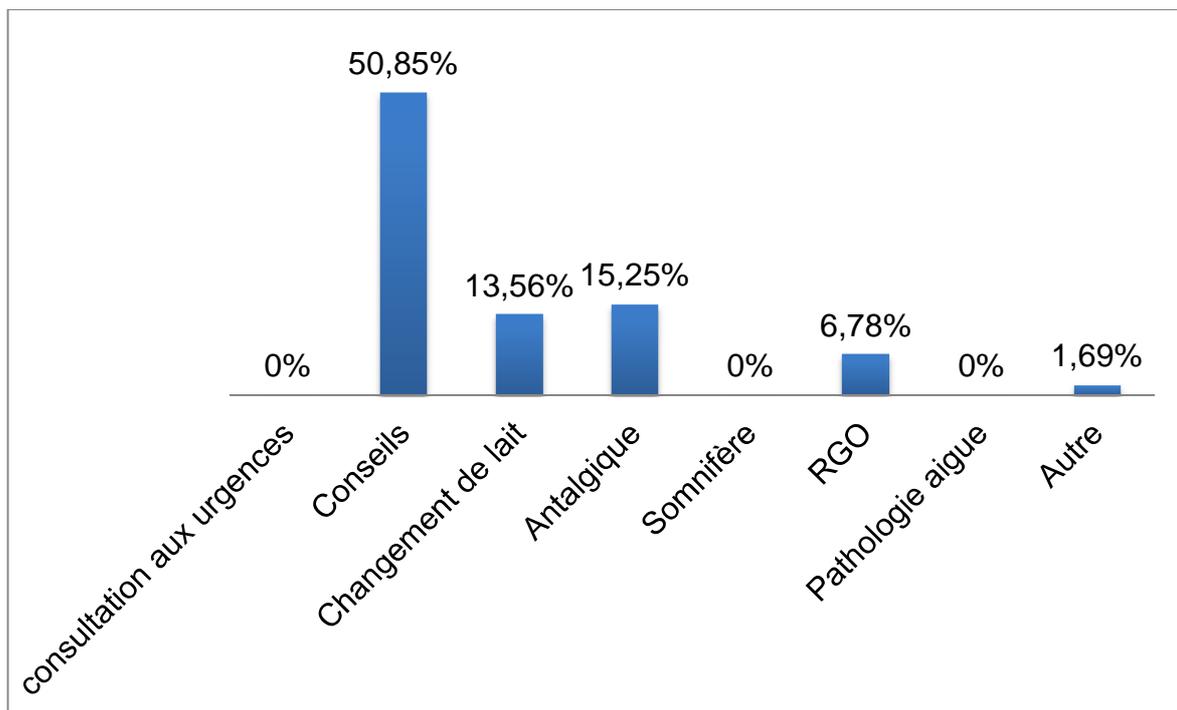
VI. Consultation du médecin traitant

A 1 mois, 17 patientes, soit 28,81% des patientes ayant répondu, ont consultées leur médecin traitant concernant les pleurs de leur bébé.

A 3 mois, 13 nouvelles patientes ont consultées leur médecin traitant à propos des pleurs.

30 patientes au total ont consultées leur médecin traitant pour des pleurs excessifs de leur bébé, entre 1 et 3 mois, soit 50,85% des patientes ayant répondu.

42 consultations au total sur les 3 mois, pour ces 59 patientes.



Graphique n°15 : traitements proposés par les médecins traitant lors des consultations pour pleurs

On note que la majorité des médecins traitant (50,85%), donnent des conseils aux patientes.

57,63% des patientes interrogées recherchent les conseils de leur médecin traitant quant aux pleurs excessifs de leur bébé. 1 patiente sur 2 a consulté son médecin durant les 3 mois qu'a duré notre étude.

Nous allons ainsi maintenant nous intéresser plus particulièrement à la prise en charge, par les médecins généralistes de France, des pleurs inexplicables du nourrisson.

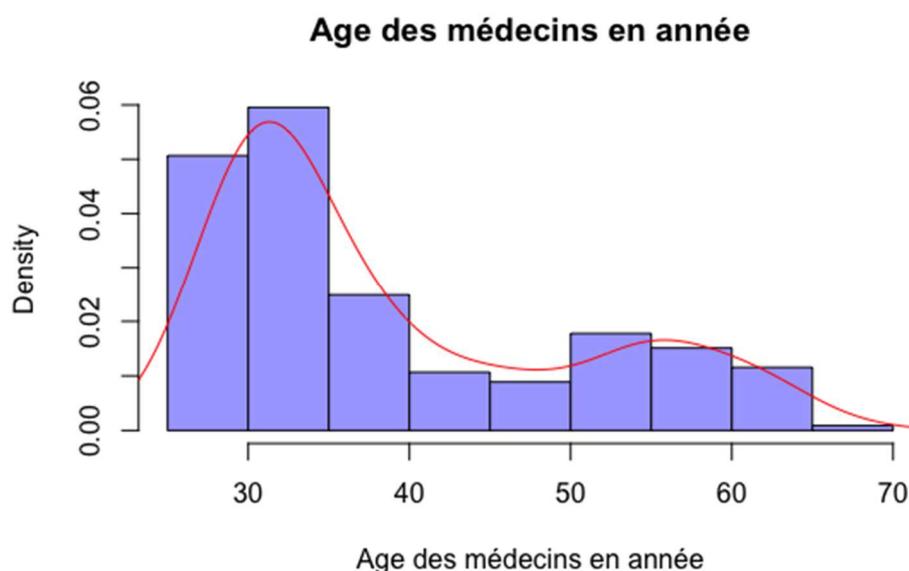
B. Résultats médecins traitants

I. Population étudiée

225 médecins traitants ont répondu à notre enquête, dans toute la France, durant la période du **1^{er} octobre 2015 au 31 janvier 2016**.

1. Age des médecins :

L'âge moyen des médecins est de 39,03 ans. La médiane est de 34. L'écart type est de 11,114.



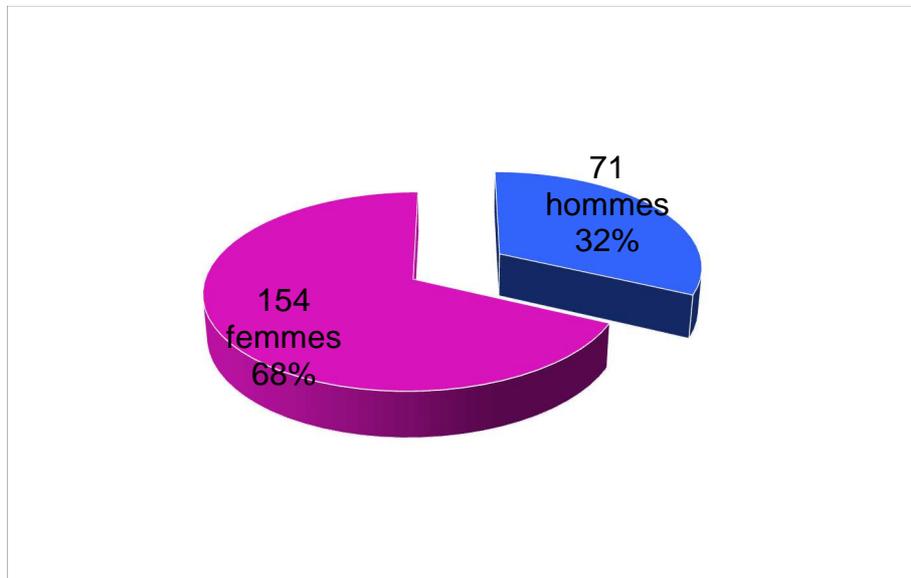
Graphique n°16 : âge des médecins en années

Effectif	225
Minimum	26
Maximum	68
Moyenne	39.03
Médiane	34
Ecart-type	11.11
Valeur manquantes	0
Moyenne et intervalle de confiance à 95 %	39.03 [37.57 ; 40.48]

2. Sexe des médecins

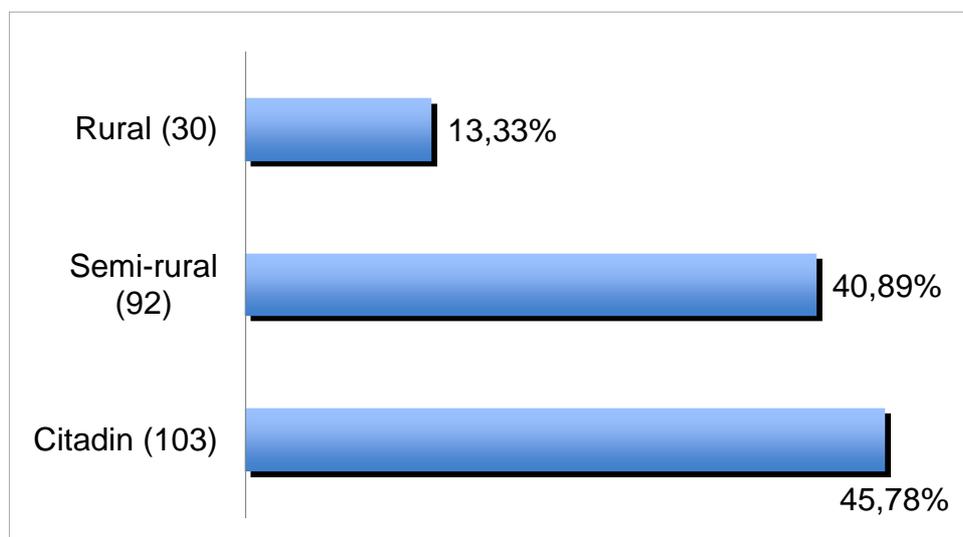
154 femmes soit 68.44%, IC [61.94% ; 74.46%].

71 hommes soit 31.56%, IC [25.54% ; 38.06%].



Graphique n°17 : sexe des médecins traitants

3. Lieux d'exercices :

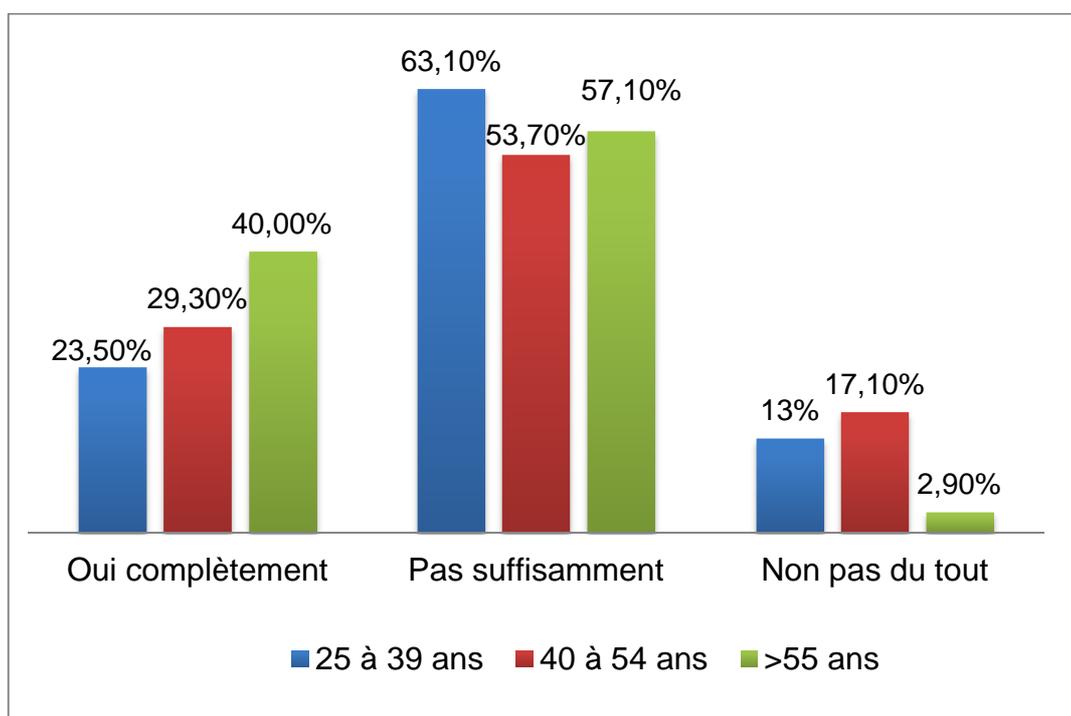


Graphique n°18 : lieux d'exercice des médecins traitants

28 des médecins, soit 12.44% IC [8.43% ; 17.48%], ne se considèrent pas du tout formés aux pleurs du nourrisson, 136 médecins soit 60.44% IC [53.73% ; 66.88%], se sentent insuffisamment formés, et 61 médecins, soit 27.11% IC [21.42% ; 33.42%], pensent être complètement formés aux pleurs du nourrisson.

73% des médecins interrogés ne se sentent pas assez formés à la prise en charge des pleurs du nourrisson.

1. Formation en fonction de l'âge des médecins

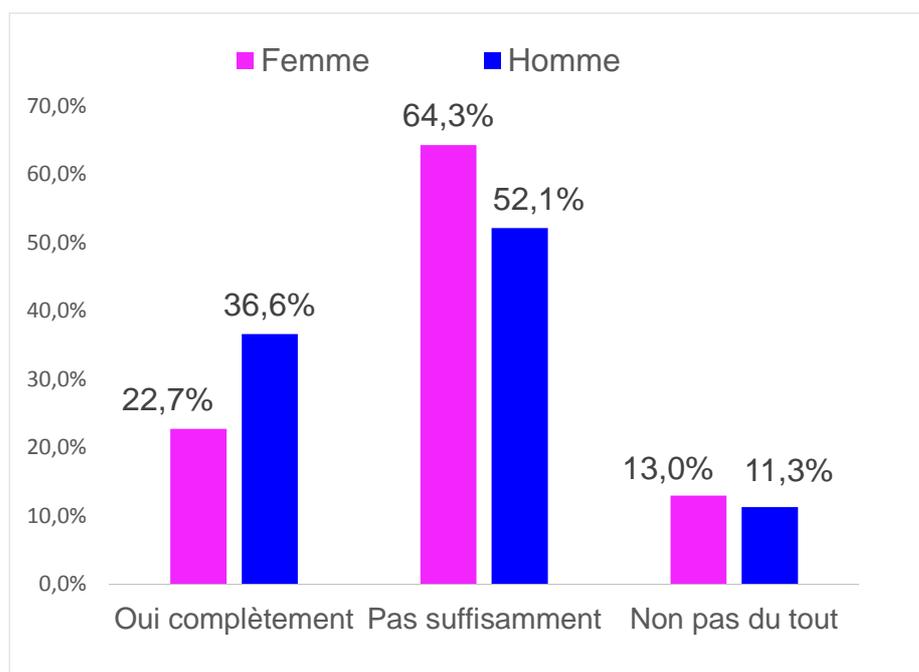


Graphique n° 20 : formation des médecins généralistes, en fonction de l'âge

p = 0.125

On voit que plus l'âge augmente, plus les médecins se sentent formés. Les médecins de plus de 55 ans se disent complètement formés aux pleurs du nourrisson à 40% alors que 76,5% des 25-39 ans se sentent peu ou pas formés.

2. Formation en fonction du sexe



Graphique n° 21 : formation des médecins généralistes, en fonction du sexe

$p = 0.10$

Les hommes se sentent mieux formés que les femmes : ils se considèrent comme complètement formés à 36,6%, contre 22,7% chez les médecins femmes. 77,3% des femmes se sentent peu ou pas formées contre 63,4% des hommes.

3. Moyens d'informations des médecins

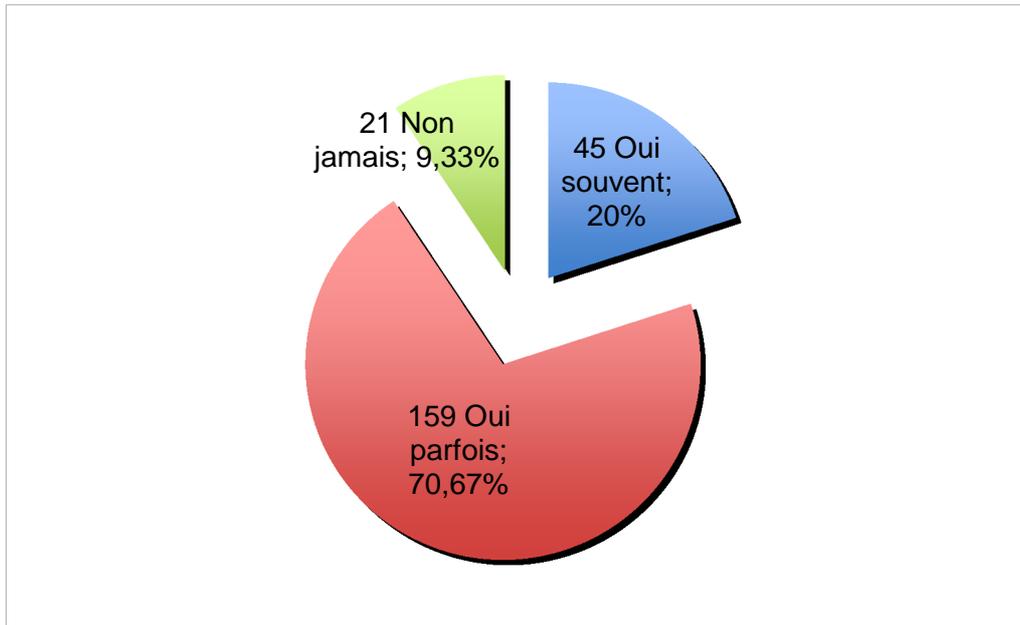
Tableau n° 7 : moyens d'informations des médecins généralistes

	Effectifs	Proportion	IC 95%
Anciens cours	118	52,68%	[45.92% ; 59.37%]
Revus	98	43,75%	[37.15% ; 50.52%]
Conférences	55	24,55%	[19.06% ; 30.73%]
Internet	100	44,64%	[38.02% ; 51.41%]
Confrères	104	46,43%	[39.76% ; 53.19%]
Laboratoire	1	0,45%	[0.01% ; 2.46%]
Autres	77	34,22%	[28.05% ; 40.82%]

74 médecins ont répondu « expérience » dans la catégorie « autre ». Les médecins citent non seulement leur expérience de médecins, mais aussi souvent leur expérience de parents.

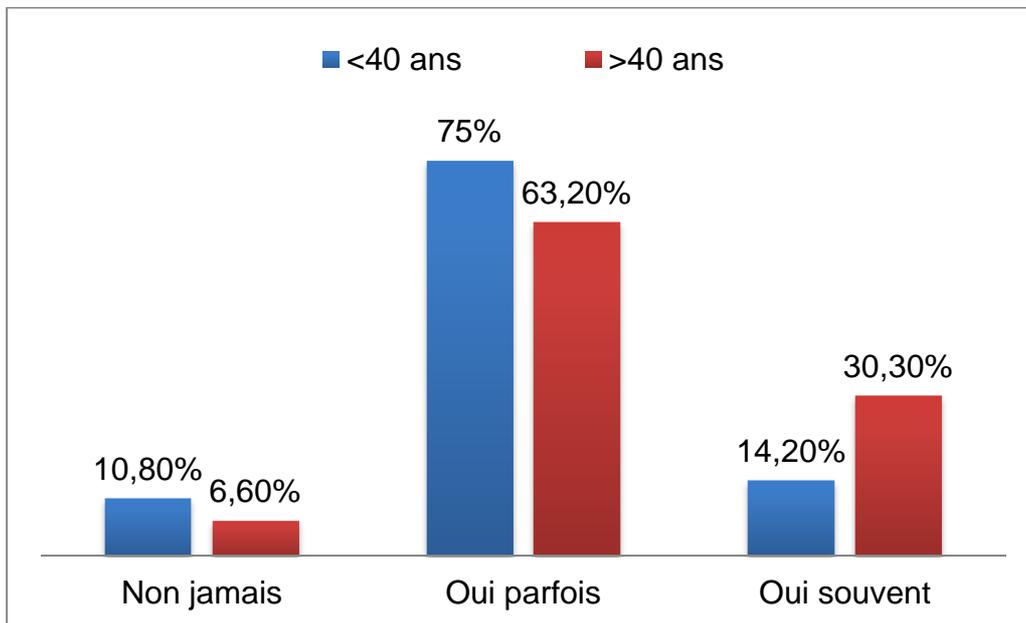
III. Fréquence des consultations

1. Motif principal de consultation



Graphique n° 22 : pleurs comme motif principal de consultation

En fonction de l'âge :

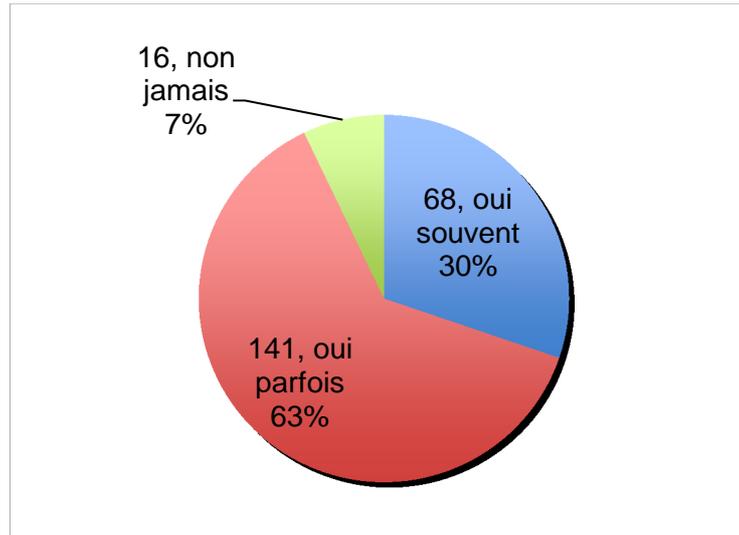


Graphique n° 23 : motif principal de consultation, en fonction de l'âge du médecin traitant

$p = 0.04$

Les médecins de plus de 40 ans ont plus souvent des consultations pour pleurs, en motif principal (30,30% oui souvent contre 14,2% pour les moins de 40 ans). Le résultat est significatif.

2. Motif secondaire de consultation



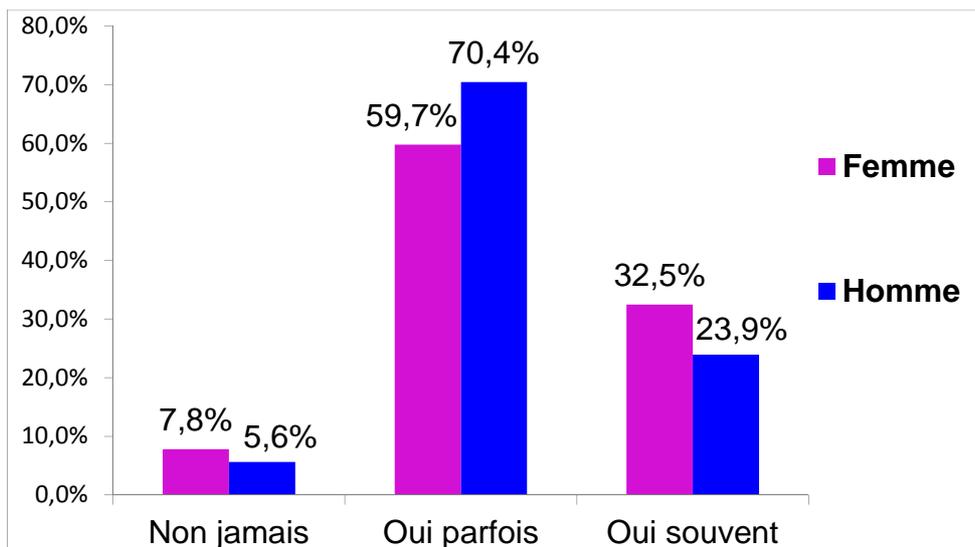
Graphique n° 24 : pleurs comme motif secondaire de consultation

Il n'y avait pas de différence significative suivant l'âge des médecins traitants interrogés.

3. En fonction du sexe du médecin

Il n'existe pas de différence importante entre médecins hommes ou femmes quant aux taux de consultations pour pleurs en motif de consultation principal.

En motif de consultation secondaire :

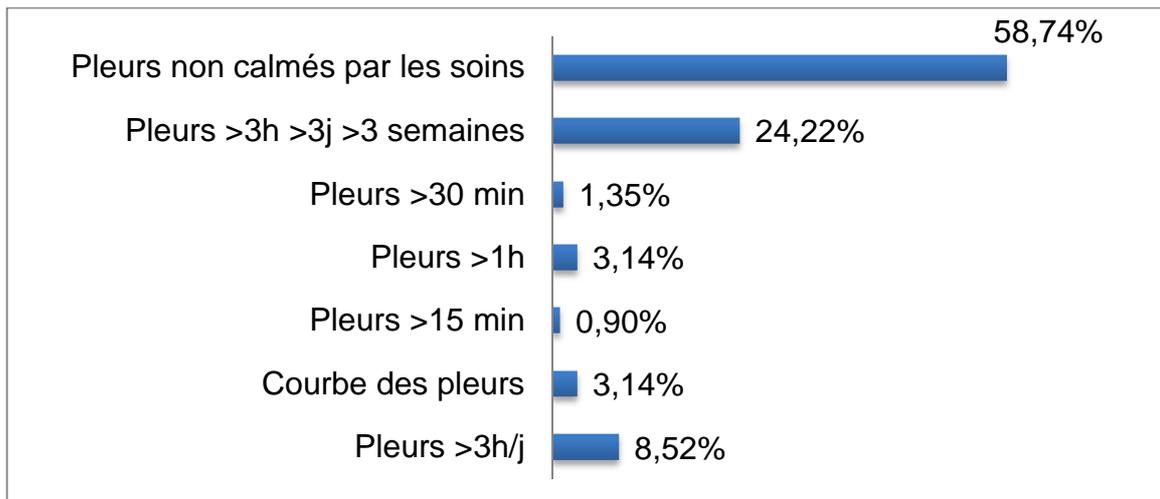


Graphique n° 25 : motif secondaire de consultation, en fonction du sexe du médecin

$p = 0.33$

De manière non significative, les médecins femmes ont plus souvent (32,5%) des consultations pour pleurs, en motif secondaire.

IV. Définition des pleurs excessifs



Graphique n° 26 : définition des pleurs excessifs du nourrisson

Les deux définitions qui reviennent le plus sont :

- « Pleurs non calmés par les soins » à 58,74%
- « Pleurs de plus de 3h par jour, plus de 3 jours par semaine, plus de 3 semaines par mois », à 24,22%.

V. Pathologies recherchées à l'examen clinique

Les médecins généralistes de l'étude sont 66, soit **29,73%**, IC [23.8% ; 36.21%], à penser que «moins de 5% des causes de pleurs du nourrisson sont organiques», et 58 médecins, soit 26,13%, IC [20.48% ; 32.43%], pensent en premier lieu à des coliques du nourrisson.

L'examen clinique, réalisé dans toutes les consultations, a d'abord pour but de rechercher des pathologies organiques. Parmi les pathologies les plus recherchées, on retrouve :

- les coliques du nourrisson à 84,38% IC 95% [78.95% ; 88.87%]
- l'invagination intestinale à 78,12% IC 95% [72,13% ; 83,36%]
- le reflux gastro-oesophagien à 89,24% IC 95% [84.41% ; 92.98%]
- la constipation à 77,69% IC 95% [71.65% ; 82.96%]
- l'hernie inguinale à 67,58% IC 95% [54.44% ; 67.58%]

Seulement 10,71%, IC 95% [6.99% ; 15.52%], des médecins recherchent le syndrome du Tourniquet.

VI. Traitements médicaux prescrits

Après avoir éliminé une pathologie organique, les médecins généralistes ont proposé plusieurs traitements des pleurs du nourrisson.

Tableau n°8 : traitements médicaux prescrits par les médecins, après avoir éliminé une pathologie organique

	Effectif	Proportion	IC 95%
Changement de lait	35	15,56%	[11.08% ; 20.96%]
Anti-acide type Gaviscon®	35	15,56%	[11.08% ; 20.96%]
Conseils aux parents	195	86,67%	[81.52% ; 90.82%]
Somnifère	0	0,00%	
Antispasmodique	29	12,89%	[8.8% ; 17.98%]
IPP	13	5,78%	[3.11% ; 9.68%]
Antalgique type Paracétamol	41	18,22%	[13.41% ; 23.9%]
Homéopathie	30	13,33%	[9.18% ; 18.48%]
Autres	26	11,56%	[7.69% ; 16.47%]

La majorité des médecins (86,67%) ne s'orientent pas vers des traitements médicamenteux mais vers des conseils aux parents, quant aux pleurs de leur bébé.

VII. Les coliques du nourrisson

1. Raisons du diagnostic de colique du nourrisson

Les médecins traitants évoquent le diagnostic de coliques du nourrisson principalement pour rassurer les parents (à 44,14%) ou lorsqu'ils considèrent que le tableau clinique est typique de coliques (à 30,63%).

À 15,77%, les médecins évoquent ce diagnostic car ils ne savent pas quelle raison donner aux parents quant aux pleurs de leur enfant.

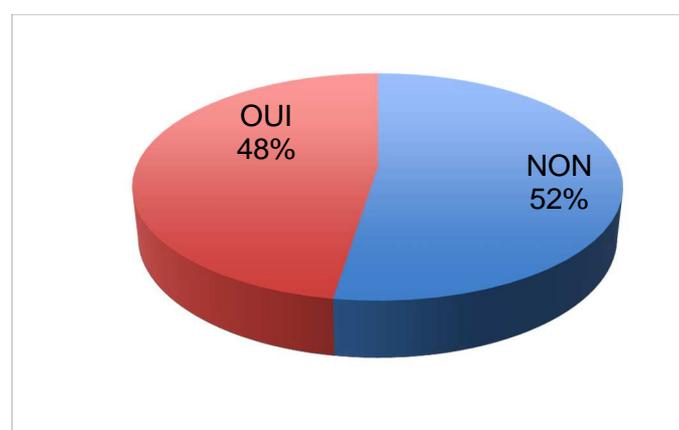
2. Traitements des coliques du nourrisson

Tableau n° 9 : Traitements des coliques du nourrisson

	Effectif	Proportion	IC 95%
Changement de lait	40	17,78%	[13.01% ; 23.41%]
Anti-acide type Gaviscon®	3	1,33%	[0.28% ; 3.85%]
Anti-spasmodique	38	16,89%	[12.24% ; 22.44%]
Rien, aucun traitement n'a prouvé son efficacité	112	49,78%	[43.06% ; 56.5%]
Des conseils aux parents	185	82,22%	[77,2% ; 87,2%]
IPP	0	0	0
Antalgique	25	11,11%	[7% ; 15,2]
Massages/ostéopathie	103	45,78%	[39,3% ; 52,3%]
Autre	23	10,22%	[6.59% ; 14.94%]

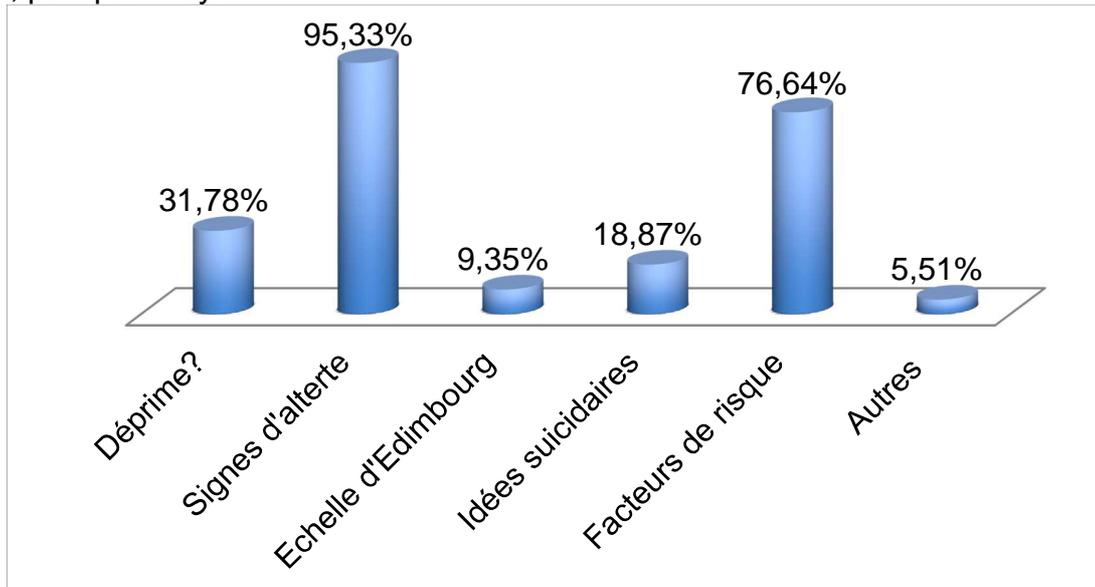
La majorité des médecins donnent des conseils aux parents (82,22%), sans donner de traitements médicaux (49,78%).

VIII. Recherche de dépression du post-partum



Graphique n° 27 : recherche systématique de dépression du post-partum, lors d'une consultation pour pleurs

Si oui, par quel moyen ?



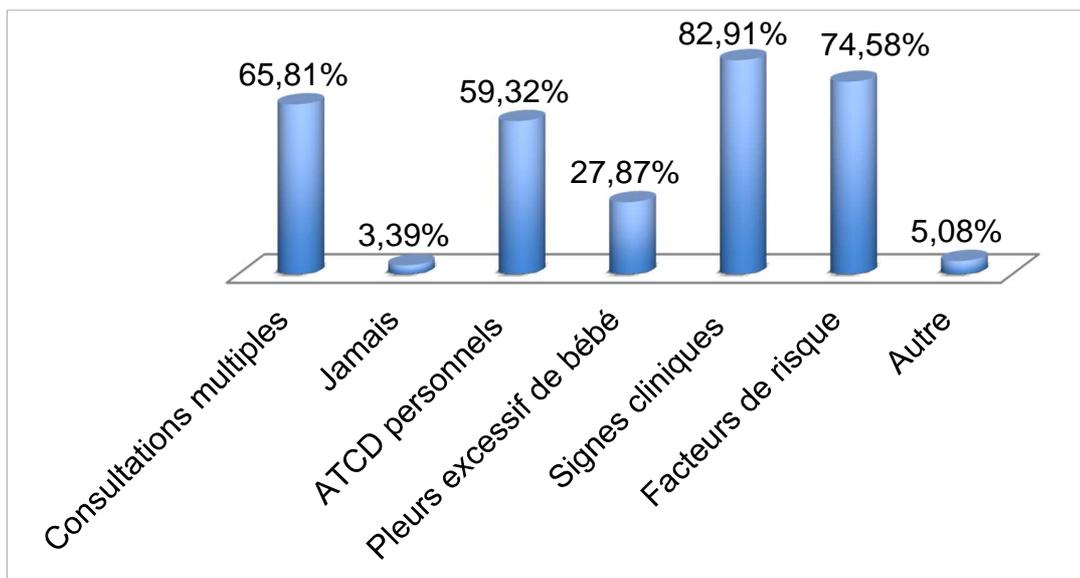
Graphique n° 28 : moyens de recherche de dépression du post-partum

- Signes d'alerte tels que : consultations à répétition, angoisse, troubles du sommeil, auto dévalorisation, plaintes somatiques diverses ...

- Facteurs de risques tels que: isolement, antécédents de dépression, problèmes conjugaux...

Les médecins recherchent la dépression du post-partum principalement en recherchant les signes d'alerte (95,33%) ainsi que les facteurs de risque de dépression (76,64%).

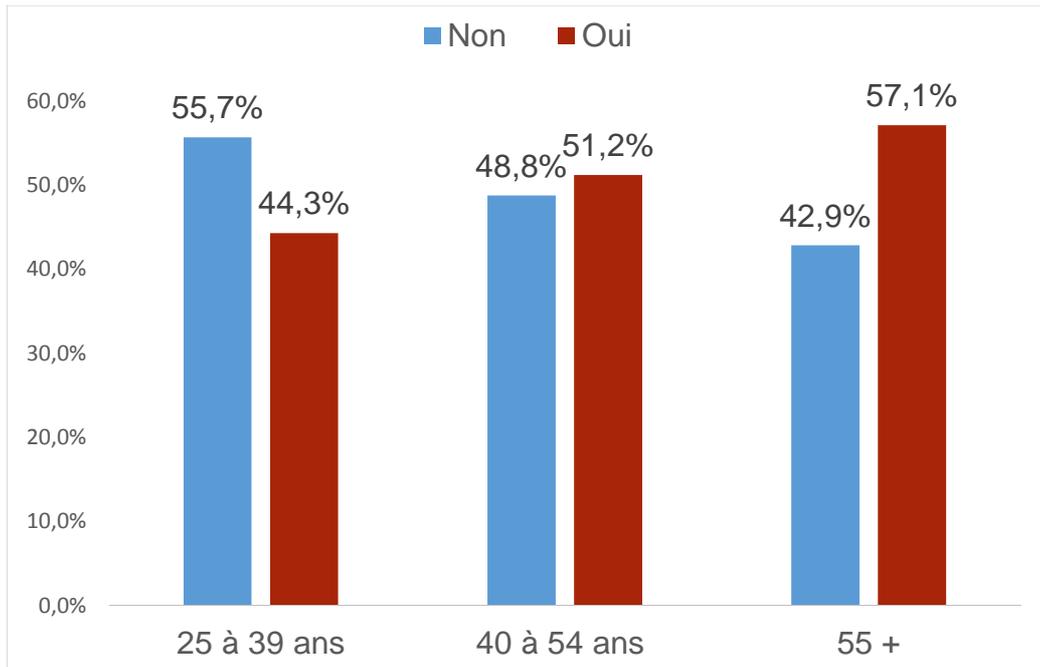
Si non, dans quels cas est-elle recherchée ?



Graphique n° 29 : cas de recherche de dépression du post-partum

Facteurs de risques tels que l'isolement, les problèmes conjugaux, les problèmes sociaux ...

1. Recherche de dépression du post-partum en fonction de l'âge



Graphique n° 30 : recherche systématique de dépression du post-partum, en fonction de l'âge du médecin

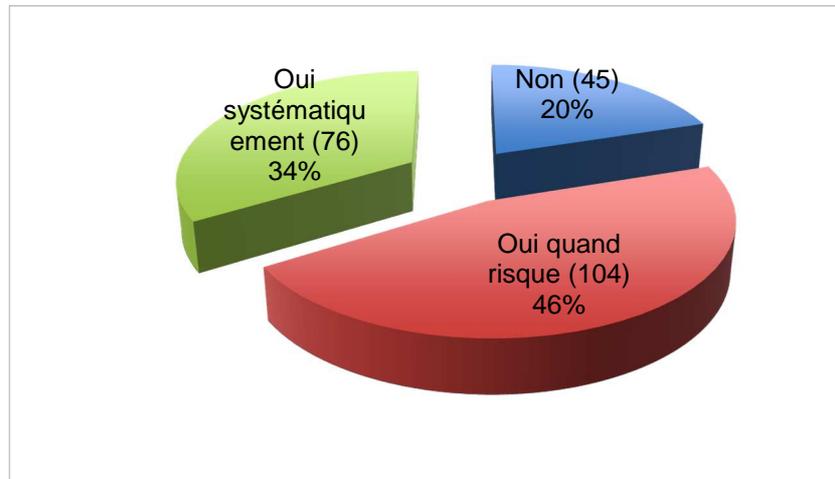
p = 0.34

Plus l'âge augmente, plus les médecins pensent à rechercher systématiquement la dépression du post-partum, lors d'une consultation pour pleurs du nourrisson. Seulement 44,3% des 25-39 ans recherchent systématiquement la dépression du post-partum contre 51,2% chez les 40-54 ans ou 57,1% chez les médecins de plus de 55 ans.

2. Recherche de dépression du post-partum en fonction du sexe

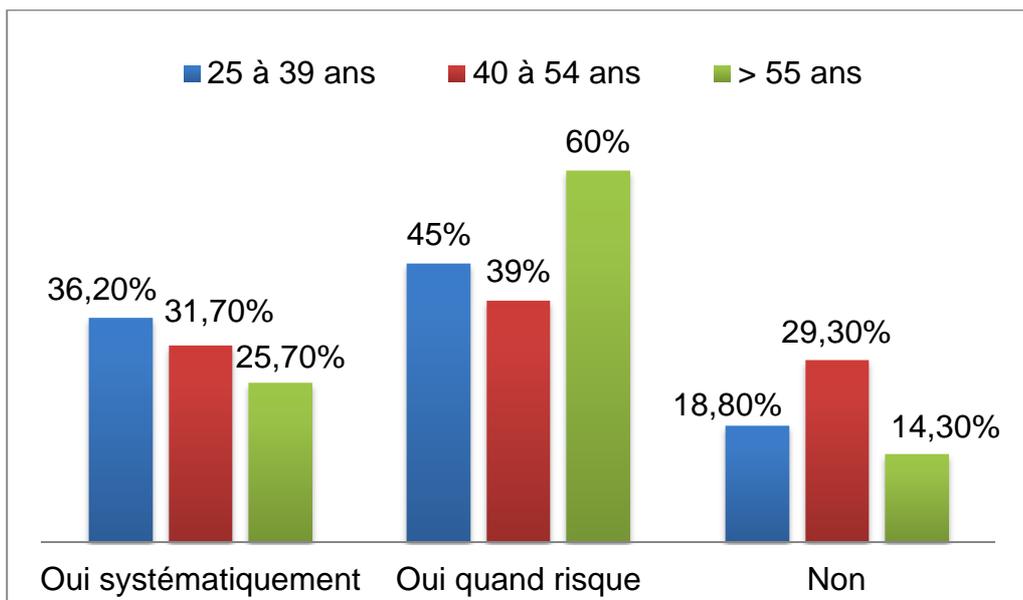
La recherche de dépression du post-partum en fonction du sexe ne montre pas de différence significative entre les médecins hommes et les médecins femmes.

IX. Prévention du bébé secoué



Graphique n° 31 : prévention du syndrome du bébé secoué, lors d'une consultation pour pleurs

1. Prévention du syndrome du bébé secoué, en fonction de l'âge

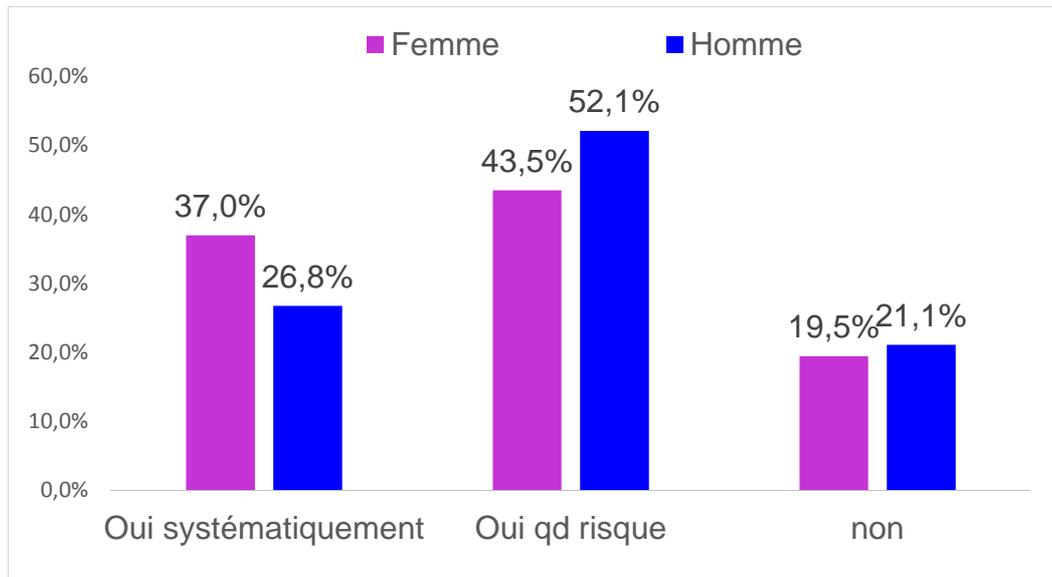


Graphique n° 32 : Prévention du syndrome du bébé secoué, en fonction de l'âge du médecin

$p = 0.279$

Plus l'âge augmente, moins les médecins pensent à prévenir systématiquement le syndrome du bébé secoué. Les jeunes médecins, entre 25 et 39 ans, pensent ainsi plus à prévenir le syndrome du bébé secoué : à 36,2% de manière systématique, et 45% quand un risque existe. Les médecins de plus de 55 ans pensent majoritairement (à 60%) à prévenir le syndrome du bébé secoué quand ils pensent qu'il y a un risque, alors que seulement 25,7% le préviennent systématiquement lors d'une consultation pour pleurs.

2. Prévention du syndrome du bébé secoué, selon le sexe des médecins

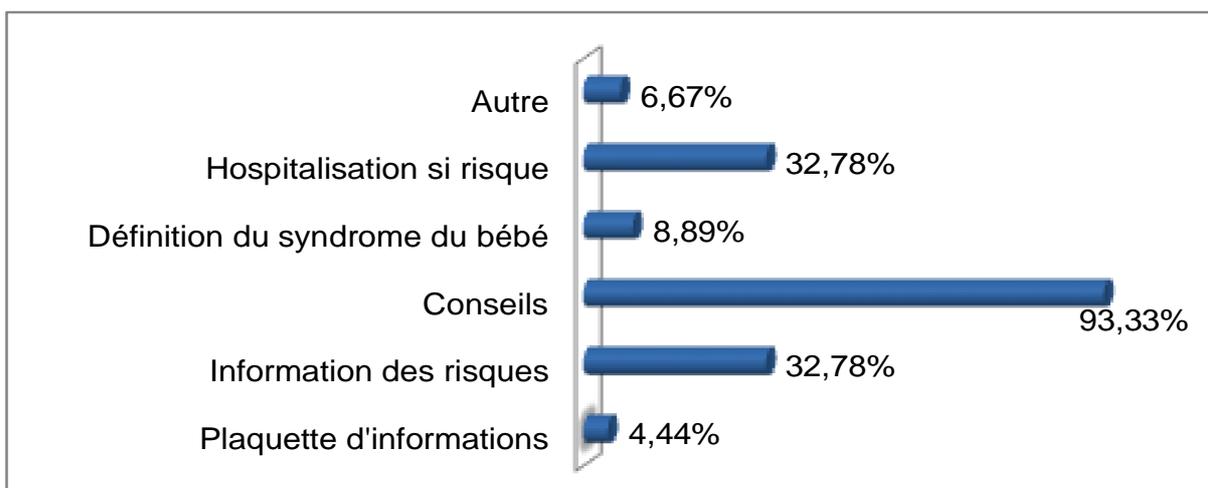


Graphique n° 33 : prévention du syndrome du bébé secoué, en fonction du sexe du médecin

$p = 0.303$

Les femmes pensent ainsi plus à prévenir le syndrome du bébé secoué de manière systématique (37% contre 26,8% chez les hommes). Mais les hommes préviennent plus le syndrome du bébé secoué quand ils pensent qu'il y a un risque (52,1% contre 43,5%). Le résultat n'est cependant pas significatif.

3. Moyens de prévention du syndrome du bébé secoué



Graphique n° 34 : moyens de prévention du syndrome du bébé secoué, par les médecins

DISCUSSION

A. Principaux résultats

I. Principaux résultats patientes

1. Population étudiée

101 patientes ont été incluses dans notre étude, à la maternité de Jeanne de Flandre. 26 patientes ont refusés de poursuivre l'étude. Une des raisons de ce refus pourrait être que ces patientes se sentaient suffisamment informées sur les pleurs de leur bébé et ne voyaient pas d'intérêt à la participation de cette étude. D'autre parts, le nombre particulièrement important d'études en cours à la maternité de Jeanne de Flandre, au moment de l'étude, a pu décourager certaines patientes à répondre à notre questionnaire. On peut comprendre que le retour à domicile avec un premier né leur apporte d'autres préoccupations.

Au questionnaire des 1 mois, 16 patientes (soit 21,3% des 75 patientes ayant accepté de poursuivre l'étude), ont été perdues de vue : je n'ai pas eu de réponse ni aux appels ni aux méls. Or peut être que ces patientes ne répondaient pas car elles étaient justement très occupées, et fatiguées par leur bébé et ses pleurs. C'est une hypothèse qui ne pourra pas être vérifiée. Mais ceci pourrait alors créer un biais de sélection. A 3 mois, une patiente de plus a été perdue de vue.

Cependant, la population de patientes perdues de vue est semblable à la population d'étude concernant la moyenne d'âge, la situation familiale, le terme de naissance du bébé. Il y a plus de bébés filles dans la population de perdues de vue et le taux de césarienne est un peu plus élevé à 17% contre 14% dans la population d'étude. Le taux d'alimentation artificielle est plus faible dans la population de perdues de vue (17,60% contre 23,75% dans la population d'étude).

a) *Age des patientes*

Les patientes incluses dans l'étude, étaient exclusivement primipares. L'âge moyen des patientes était de 28,5 ans. Or, d'après l'INSEE (26) en 2010, l'âge moyen en France métropolitaine des femmes lors de leur premier enfant est de 28 ans. Notre population serait donc représentative de la population générale, en termes d'âge.

b) Date de terme

Les bébés sont nés à 81% à plus de 38 SA. 19% sont nés entre 34 et 38 SA.

La population des bébés nés à moins de 34 SA n'est donc pas représentée, ce qui peut constituer un biais, n'étant pas représentatif de la population générale.

c) Voie d'accouchement

Environ 14% des patientes ont accouchées par césarienne, contre environ 86% de patientes ayant accouché par voie basse. En 2010, le taux de césarienne moyen à Jeanne de Flandre était de 16%, contre 21% au niveau national, d'après le ministère de la santé (27). En 2015, le taux de césarienne à Jeanne de Flandre était encore de 16%. La proportion de césarienne de notre étude est donc semblable au taux de césarienne à Jeanne de Flandre, mais en dessous des taux nationaux.

d) Sexe des bébés

Dans notre étude, environ 56% des bébés sont de sexe féminin, 44% de sexe masculin. Dans la population générale, en 2014, 51,1% des naissances étaient masculines (28). Notre population n'est donc pas totalement représentative de la population générale. Cette différence s'explique par la taille de notre échantillon.

2. Type d'allaitement

Dans notre étude, en maternité, 76% des patientes allaitaient leur bébé de façon complète ou mixte (dont 7% mixte), contre 24% en alimentation artificielle. Ces taux correspondent globalement aux taux de Jeanne de Flandre.

Au niveau national, en 2011, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif ou mixte est de 70% environ, dont 59% d'allaitement maternel exclusif (29). Ce taux reste cependant un des plus bas d'Europe. Par exemple, en Suède, le taux d'allaitement maternel à la naissance est de plus de 90% avec un taux à plus de 70% de bébés encore allaités à l'âge de 6 mois (30).

À 1 mois, 73% des patientes allaitaient de façon exclusive (54%) ou mixte (19%), contre 27% en alimentation artificielle. A 3 mois, plus que 55% des patientes allaitent encore de manière exclusive (34%) ou mixte (21%), contre 45% en alimentation artificielle. On voit ainsi que le pourcentage d'allaitement diminue au fil du temps passant de 76% en maternité à 55% à 3 mois.

Les causes les plus fréquentes retrouvées d'arrêt d'allaitement maternel sont : (30) (31)

- Choix personnel
- Fatigue maternelle
- Complications liées à l'allaitement maternel : douleurs, crevasses, abcès ...
- Manque de lait
- Insuffisance de prise de poids du bébé
- Indication médicale
- Maladie de l'enfant
- Pression de l'entourage
- Reprise du travail
- Diversification alimentaire
- Baby-blues/dépression du post-partum
- Autre

Les pleurs du nourrisson peuvent entraîner une fatigue maternelle ainsi qu'une dépression du post-partum, ils pourraient donc être considérés également comme une cause d'arrêt de l'allaitement maternel. Il serait intéressant d'étudier cela dans une prochaine thèse : impact des pleurs sur l'arrêt de l'allaitement maternel ?

3. Effet de l'alimentation sur les pleurs

Dans la population générale de l'étude, la durée des pleurs est globalement plus importante à 1 mois de vie avec des pleurs supérieurs à 2h/j à 22%, ce qui est retrouvé dans la littérature, et notamment dans la «courbe des pleurs», (Figure n°1) (1) qui montre une augmentation moyenne des pleurs de la 2^e semaine de vie avec un maximum à 6 semaines de vie des bébés.

Dans notre étude, nous avons cherché, dans un premier temps, à évaluer l'effet du mode d'alimentation (artificiel ou maternel), sur la durée des pleurs des nourrissons de moins de 3 mois. L'hypothèse étant que l'allaitement maternel, qui a déjà montré de nombreux bénéfices, tant pour le bébé que pour la maman, de part un contact en peau à peau plus fréquent avec leur maman, permettrait probablement une diminution des pleurs des nourrissons.

Dans nos résultats, on note cependant un résultat assez surprenant : en maternité, la durée des pleurs des nourrissons alimentés par lait artificiel, est plus faible que pour les nourrissons allaités par lait maternel.

Le résultat est significatif, avec un $p < 0,1$.

Ceci peut cependant s'expliquer car en alimentation artificielle, le bébé a besoin de faire moins d'efforts, pour manger. La satiété arrive beaucoup plus vite que pour un bébé qui est allaité. En effet, en allaitement maternel, le colostrum constitue l'unique apport alimentaire dans les 3 premiers jours de vie environ. Celui-ci est épais, et très riche mais produit en petite quantité. Ceci pourrait expliquer que les bébés nourris au sein atteignent moins rapidement l'impression de satiété, et ont ainsi des pleurs plus importants. De plus, il est plus difficile pour un bébé de manger au sein, l'effort de succion étant plus important, le bébé peut donc se fatiguer plus vite qu'un bébé alimenté au biberon pour lequel le lait coulera sans difficulté. La fatigue, et parfois la frustration de ne pas voir arriver le lait malgré ses efforts, pourraient ainsi majorer les pleurs des bébés allaités par voie maternelle, dans les premiers jours de vie.

À 1 mois, la durée des pleurs est semblable que ce soit chez les enfants allaités par lait maternel (partiel ou exclusif) ou allaités en lait artificiel. Le p n'est cependant pas significatif à 1.

À 3 mois, la durée des pleurs par jour est globalement plus importante en alimentation artificielle, mais de manière non significative.

Deux hypothèses peuvent alors se poser :

* Il pourrait y avoir un bénéfice de l'allaitement maternel sur les pleurs, à partir du 3^e mois, donc à plus long terme, probablement du fait du contact maternel plus important chez les bébés allaités au sein. Mais notre étude ne permet pas de mettre en évidence un résultat significatif, probablement du fait d'un échantillon trop petit. Il faudrait sans doute réaliser une étude avec un échantillon de patientes plus important, et au niveau national, non limitée à la maternité de Jeanne de Flandre.

* Le type d'alimentation n'a pas d'effet sur les pleurs du nourrisson, hormis en maternité lors des 3 jours d'alimentation par colostrum, car **les pleurs seraient physiologiques**, indépendants du mode d'alimentation. Les pleurs sont le seul moyen de communication des bébés à la naissance (1), les prémices du langage selon Winnicott (5). Certains bébés pleurent plus que d'autres, peut-être de la manière dont certains adultes sont plus « expressifs » que d'autres?

L'hypothèse de pleurs physiologiques, ne peut bien sûr se proposer que si l'examen clinique, voir les examens complémentaires, ont éliminé une étiologie organique.

4. Durée des pleurs en fonction du sexe du bébé

Les résultats de notre étude montrent que les bébés de sexe masculin pleurent globalement plus que les bébés de sexe féminin, à la maternité, à 1 mois et à 3 mois. Cependant, ces résultats ne sont pas significatifs : à la maternité, $p = 0.2216$, à 1 mois, $p = 0.768$, à 3 mois, $p = 0.776$. La taille de l'échantillon peut expliquer l'absence de significativité.

5. Durée des pleurs en fonction de la voie d'accouchement

En maternité, notre étude retrouve une diminution significative de la durée des pleurs des bébés nés par césarienne par rapport aux bébés nés par voie basse, que ce soit avec déchirure ou avec épisiotomie. La différence peut s'expliquer car la naissance par césarienne est moins traumatique pour les bébés. Ils présenteraient ainsi peut-être moins de douleurs à la maternité, et donc pleureraient moins. Je n'ai cependant pas retrouvé ce résultat dans la littérature. Ce résultat mériterait donc une étude plus approfondie dans le cadre d'une autre thèse afin de comprendre cette différence.

A 1 mois et 3 mois, il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant la durée des pleurs par jour, suivant la voie d'accouchement. En effet, à 1 et 3 mois, les douleurs liées au post-traumatisme de l'accouchement par voie basse s'amenuisent certainement avec le temps.

6. Moment maximum des pleurs

Dans notre étude, les pleurs sont le plus importants la nuit, en maternité, alors qu'ils sont nettement maximums le soir au cours du 1^{er} et du 3^e mois de vie des bébés. Dans la littérature, on retrouve également souvent que les pleurs des nourrissons sont maximums le soir. Les pleurs excessifs des nourrissons sont d'ailleurs communément appelés « pleurs du soir » par les mamans.

Les « pleurs du soir » surviennent généralement entre 18h et minuit, et durent 3h environ. Ceux-ci toucheraient 30 à 40% des nouveaux nés (32). Ces « pleurs du soir » pourraient être une étape physiologique du développement, une adaptation au rythme circadien. En effet, durant le rythme circadien, d'environ 24h, l'être humain connaît des vigilances hautes, principalement sur la fin de journée et le début de soirée, et des vigilances basses, essentiellement la nuit entre 1h et 4h du matin, ainsi qu'en fin de matinée et début d'après-midi (32).

Chez les nourrissons, le rythme nyctéméral s'installe autour de 3 à 6 semaines chez un bébé né à terme, mais peut n'apparaître qu'au 3^e ou 4^e mois chez d'autres enfants (32). L'état de « haute vigilance », en fin de journée et le soir, se caractérise alors par « une agitation motrice plus ou moins marquée associée à des pleurs parfois inconsolables, intenses, et qui peuvent durer entre 2 et 3 heures, et ce pendant plusieurs mois, tous les soirs. » (32). Les pleurs peuvent alors être plus ou moins importants, selon les enfants, mais pour autant, physiologiques. Ce passage est ainsi indispensable afin que l'enfant rentre dans le rythme nyctéméral jour/nuit et que l'« horloge biologique commence à caler le rythme de toutes ses sécrétions biologiques sur cette alternance jour/nuit » (32).

Dans la littérature, il est souvent retrouvé, que les bébés, allaités par voie maternelle, se réveillent plus la nuit. Cependant, notre étude ne retrouve pas de différence significative du moment maximum des pleurs, entre l'alimentation artificielle ou maternelle.

7. Connaissances et informations des mamans

a) Information des patientes sur les pleurs

À la maternité, 38% des patientes se considèrent comme pas ou peu formées concernant les pleurs de leur bébé, en sortie de maternité. On voit là qu'il y a un défaut important de l'information. Il serait donc important d'améliorer la formation des patientes à la maternité, sur les pleurs de leur bébé. Ceci permettrait ainsi aux mamans de mieux « vivre » les pleurs de leur bébé puisque ceux-ci seraient plus facilement vus comme normaux.

b) Causes des pleurs selon les mamans

Les principales causes de pleurs cités par les patientes sont ainsi :

- la faim (91,53%)
- les coliques du nourrisson (55,93%)
- la fatigue (50,85%)
- les couches sales (49,15%)

On note ainsi, que les causes principales de pleurs, selon les mamans, hormis la « fatigue », sont liées à des troubles d'ordre digestifs : faim, coliques du nourrisson associées à des douleurs abdominales, le transit (couches sales).

De manière historique, et culturellement, les pleurs sont facilement associés à la sphère digestive (4). C'est ainsi qu'ont été décrits les « coliques du nourrisson » dont le nom

orienté vers une pathologie digestive, mais dont la cause n'a jamais été prouvée. Culturellement, de par les émissions de télévision, internet, par transmission intergénérationnelle, et même parfois de part des professionnels de santé, un bébé qui pleure, c'est un bébé qui a faim ou qui fait des coliques.

Le besoin de ré-information, en maternité, mais aussi en consultation de médecine générale, est donc important.

Seulement 20% des patientes considèrent les pleurs de leur bébé comme « normaux ».

c) Actions des mamans lors des pleurs

En correspondance avec les causes de pleurs, les principales actions des mamans sont ainsi :

- le prend dans les bras (98,31%)
- donne à manger (96,61%)
- change la couche (71,19%)

On note que seulement 20,4% des patientes pensent à prendre leur bébé en peau à peau lors des pleurs. Or à la maternité de Jeanne de Flandre, qui a reçu le label IHAB, il est beaucoup conseillé aux patientes de mettre leur enfant en peau à peau, le plus souvent possible, et principalement lors des pleurs, le contact en peau à peau pouvant aider et rassurer le bébé. Très peu de patientes utilisent cependant cette méthode. Il faudrait ainsi insister probablement davantage sur cette méthode en maternité.

De plus, seulement 35,5% des patientes «laissent faire le papa», lors des épisodes de pleurs. Il faudrait ainsi insister davantage sur le rôle également important du papa, qui peut soutenir la maman, l'aider au quotidien, et particulièrement lors des épisodes de pleurs du bébé, moment généralement d'anxiété de la maman. De plus, les pleurs du bébé, on l'a vu, sont également un moyen de communication, et permettent de renforcer le lien parent-bébé. Le papa ne doit donc pas être oublié dans cette relation.

d) Conseils lors des pleurs

Les médecins traitants sont les premiers à être consultés par les patientes à propos des pleurs inexpliqués de leur enfant (57,6%). Ils sont donc très souvent sollicités en consultation pour des pleurs du nourrisson. Leur formation doit donc être adaptée pour répondre au mieux aux besoins des patientes et de leur enfant. La famille est en 2^e position concernant les conseils face aux pleurs, avec 56% des patientes. Cette source d'information n'est pourtant pas forcément toujours adaptée. Elle favorise

en effet les «croyances populaires» qui se transmettent de génération en génération telle que : «un bébé qui pleure a soit faim soit des coliques» «si il pleure c'est qu'il n'a pas eu suffisamment à manger» ... Les amis arrivent en 3^e position (40,7%), et internet en 4^e position (39%), alors que les pédiatres n'arrivent qu'en 5^e position avec seulement 34% des patientes qui les consultent concernant les pleurs. Cela peut s'expliquer car les pédiatres en ville sont de moins en moins nombreux, ce qui fait que les délais de rendez-vous peuvent être plus longs, poussant les patientes à trouver d'autres sources de conseils.

Internet est malheureusement de plus en plus une source importante d'information pour les patients en général. C'est un moyen simple et rapide pour trouver des informations. Cependant ces informations ne sont pas toujours très sûres. Il faut être très vigilant, en faisant attention aux sources. Une mauvaise information sur internet peut augmenter encore l'angoisse des parents, les faire paniquer, et les encourager à consulter en urgence.

e) Consultation du médecin traitant

Plus d'une patiente sur 2 de notre étude a consulté le médecin traitant pour des pleurs excessifs. À 51%, les médecins rassuraient les patientes et leur apportaient des conseils. Ceci justifie ainsi la seconde partie de notre travail, avec l'étude de la prise en charge des médecins généralistes, des pleurs inexpliqués du nourrisson.

II. Principaux résultats Médecins traitants

1. Population étudiée

a) Âge

L'âge moyen des médecins dans notre étude est de 39 ans. En 2014, l'âge moyen des médecins en activité régulière était de 51 ans (34). Notre population d'étude est donc beaucoup plus jeune que la population générale des médecins traitants de France.

Les médecins jeunes se sentent peut être plus concernés par le problème des pleurs inexplicables du nourrisson, du fait de leur expérience personnelle récente de parents. Cependant, dans notre étude, les médecins de plus de 40 ans, disent de manière significative, avoir plus souvent des consultations pour des pleurs excessifs, en motif de consultation principal. Pourtant, c'est cette catégorie de médecins qui a le moins répondu à notre étude.

Les médecins jeunes ont probablement plus répondu à l'étude, également du fait que l'outil informatique est plus facilement utilisé par les jeunes médecins, qui consultent plus souvent les sites internet médicaux, où était le questionnaire en ligne. Les médecins plus âgés ont donc peut-être tout simplement moins eu accès au questionnaire en ligne.

b) Sexe

Notre étude regroupe 154 femmes soit 68% contre seulement 71 hommes, soit 32%.

Or, en 2014, l'ordre des médecins recensait 57% de médecins généralistes hommes contre 43% de médecins généralistes femmes (33).

Les médecins généralistes femmes ont donc répondu en grande majorité à notre étude. Les femmes se sentent peut être plus concernés par les problèmes liés aux pleurs du nourrisson, de par leur expérience de mère.

Cependant, il n'existe pas de différence importante entre les médecins hommes et femmes quant à la fréquence de consultation pour pleurs, en tant que motif principal de consultation. Par contre, on voit que les médecins généralistes de sexe féminin sont plus souvent sollicités en consultation pour des pleurs, mais en tant que motif de consultation secondaire. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les médecins femmes abordent peut être plus facilement le sujet des pleurs du bébé, de par leur expérience

personnelle, ou bien que les patientes vont plus facilement se confier aux médecins femmes. Cependant, ce résultat n'est pas significatif.

c) Lieux d'exercice

Les médecins généralistes sont répartis à 45,8% en citadin, 40,1% en semi-rural et 13,3% en rural.

Je n'ai pas retrouvé les chiffres officiels en France, mais ces taux représentent globalement bien la répartition des médecins généralistes, avec une majorité exerçant en ville, et une minorité en milieu rural.

Des médecins généralistes de la France entière ont répondu à notre étude, hormis les régions du Limousin, de l'Auvergne et de la Corse, où nous n'avons eu aucune réponse à notre questionnaire. Les médecins de ces régions consultent peut être moins souvent les sites sur lesquels notre questionnaire a été mis en ligne.

2. Formation des médecins généralistes

73% des médecins généralistes interrogés ne se sentent pas assez (61%) ou pas du tout (12%) formés à la prise en charge des pleurs inexplicables du nourrisson.

a) Formation en fonction de l'âge

On voit que plus l'âge augmente, plus les médecins se sentent formés. Les médecins de plus de 55 ans se disent complètement formés aux pleurs du nourrisson à 40% alors que 76,5% des 25-39 ans se sentent peu ou pas formés.

Cependant ce résultat n'est pas significatif. Les médecins plus âgés se sentent probablement mieux formés du fait de l'expérience acquise au cours des années. En effet, beaucoup de médecins ont répondu « expérience » dans leurs moyens de formation. L'expérience peut ainsi donner aux médecins plus âgés le sentiment d'être mieux formés.

D'autre parts, les médecins plus âgés disent avoir plus souvent des consultations pour des pleurs excessifs du nourrisson, en motif principal de consultation. Cela peut également contribuer à leur sentiment de « meilleure formation ».

b) Formation en fonction du sexe

Mes résultats rapportent que les hommes se sentent globalement mieux formés que les femmes : ils se considèrent comme complètement formés à 36,6%, contre 22,7% chez les médecins femmes. 77,3% des femmes se sentent peu ou pas formés contre 63,4% des hommes. Le $p=0,1$ est significatif.

Ce résultat pourrait s'expliquer car les femmes se rendent peut être plus compte de la réalité du problème des pleurs inexplicables du nourrisson, pour l'avoir vécu dans leur vie de maman. Ou bien les femmes sont peut-être moins sûres d'elles concernant ce problème.

c) Moyens d'informations des médecins

Les médecins ont comme sources d'informations essentiellement :

- leurs anciens cours (52,7%)
- leurs confrères (46,4%)
- internet (44,6%)
- les revues, magazines (43,8%) et
- **l'expérience.**

L'expérience n'a pas été mise dans les propositions de moyens de formation, par erreur, mais on voit que beaucoup de médecins ont répondu «expérience» dans la rubrique «autre». Il aurait été intéressant de rajouter cette rubrique pour connaître le nombre de médecins qui utilisent l'expérience comme moyen d'information. Dans notre étude, 74 médecins ont répondu «expérience» dans la catégorie «autre ».

Les médecins citent non seulement leur expérience professionnelle, mais également très souvent leur expérience de parents : «expérience professionnelle et personnelle en tant que maman de 2 enfants» «mon expérience personnelle de mère» «expérience personnelle avec mes enfants» ou encore «ma vie personnelle et celle de mes proches».

D'autres médecins citent des sources plus discutables, comme «les revues féminines» (chez un médecin homme) ou encore un autre médecin «ma mère» ou «twitter».

Ainsi, le manque de formation dans le cursus de médecin généraliste, fait que les médecins vont chercher des informations là où ils peuvent, en les complétant par leur expérience personnelle en tant que parents. Ainsi, ceci explique que les médecins plus âgés se sentent mieux formés : ils ont acquis plus d'expérience personnelle et professionnelle au cours des années.

Cependant cette formation basée sur l'expérience est-elle suffisante ?

Les médecins citent en première source d'informations, leurs anciens cours. Cependant, dans le cursus, les pleurs inexplicables du nourrisson ne sont que très vaguement abordés. Les items de l'ECN sont en effet principalement constitués de pathologies de l'enfant (constipation, malaise, angine, otite, éruptions fébriles etc ...), mais aucun item n'est consacré à la prise en charge des pleurs inexplicables du nourrisson. La formation de médecin consiste essentiellement à apprendre la prise en charge des pathologies mais très peu à rassurer, et conseiller de façon adaptée, les familles alors qu'ils sont, comme nous avons pu le voir, la première source d'information consultée par les patientes. On considère probablement que cela doit s'apprendre par l' «expérience».

Internet est également devenu pour les médecins, une source non négligeable d'informations. Ils sont 44,6% à l'utiliser comme moyen d'information concernant la prise en charge des pleurs inexplicables du nourrisson. Cependant, comme pour toutes sources, les références doivent être vérifiées.

3. Définition des pleurs excessifs

Les deux définitions des pleurs inexplicables du nourrisson qui reviennent le plus sont :

- «pleurs non calmés par les soins, quelque soit la durée » à 58,74%
- et «pleurs de plus de 3h par jour, plus de 3 jours par semaine, plus de 3 semaines par mois », à 24,22%.

La définition «pleurs de plus de 3h par jour, plus de 3 jours par semaine, plus de 3 semaines par mois» correspond à la définition des coliques du nourrisson, d'après la classification de ROME (11). Les médecins généralistes de notre étude seraient donc 24% à confondre les pleurs excessifs du nourrisson avec les coliques du nourrisson, ce qui est très fréquent même dans la littérature.

Dans notre étude, les médecins traitants évoquent le diagnostic de coliques du nourrisson principalement pour rassurer les parents (à 44,14%). À 15,77%, les médecins évoquent ce diagnostic car ils ne savent pas quelle raison donner aux parents quant aux pleurs de leur enfant.

En effet, l'existence même des coliques du nourrisson n'a pas été prouvée. Le diagnostic de «coliques du nourrisson» permettrait donc de donner une explication, de nommer une pathologie, que l'on sait bénigne, afin que les parents puissent mettre un

nom sur ces pleurs, et être rassurés. Les médecins ont donc bien conscience que les coliques du nourrisson ne sont pas forcément «réelles» mais servent plus à justifier une prise en charge, ou à donner un diagnostic aux parents.

59% des médecins interrogés, donc la majorité d'entre eux, ont cependant une définition correcte des pleurs excessifs du nourrisson : «pleurs non calmé par les soins, quelque soit la durée».

On note que très peu de médecins (seulement 3,1%), utilisent la «courbe des pleurs du nourrisson», qui reprend pourtant très bien l'évolution des pleurs physiologiques des nourrissons (Figure n°1). Ce très faible nombre peut s'expliquer par l'absence de formation correcte des médecins aux pleurs physiologiques du nourrisson, dans le cursus médical. Cette courbe est ainsi très peu connue des médecins, et ne peut donc pas être utilisée couramment.

4. Traitements proposés lors des pleurs du nourrisson

a) Traitement des pleurs excessifs après avoir éliminé une cause organique

La majorité des médecins de notre étude (86,67%), rassurent et donnent des conseils aux parents, ce qui est une bonne prise en charge, étant donné qu'aucun traitement n'a prouvé son efficacité contre les pleurs excessifs du nourrisson, dont l'examen clinique est normal.

Cependant, on a vu que 73% des médecins généralistes interrogés ne se sentent pas assez ou pas du tout formés à la prise en charge des pleurs inexplicables du nourrisson. Les médecins traitants sont donc les premiers acteurs à être consultés à propos de ces pleurs, mais ils avouent à 73% ne pas être assez formés sur la question. On peut donc se questionner sur la nature des conseils donnés aux parents. Sont-ils adaptés ?

Dans notre étude, aucun médecin ne prescrit de somnifère aux bébés. C'était pourtant malheureusement le cas autrefois, avec le célèbre «sirop de pavot blanc», connu sous le nom de «sirop diacode», donné jusqu'au début du XXe siècle (33). Ou, plus tard, des traitements comme le Nopron® (32) (34), couramment utilisé dans la pharmacie familiale, et actuellement interdit à la vente. Ce genre de traitement était hélas couramment proposé en cas de pleurs prolongés la nuit, avant que l'on se rende compte d'importants effets secondaires.

Concernant les traitements médicaux, les plus fréquemment donnés lors des consultations pour des pleurs excessifs du nourrisson sont :

- antalgique type Paracétamol (18,2%),
- changement de lait (15,5%),
- anti-acide type Gaviscon® (15,5%), alors que seulement 5,8% des médecins, vont prescrire un IPP,
- homéopathie (13,3%).

Ces traitements n'ont cependant pas prouvés leur efficacité dans la diminution des pleurs, et peuvent, dans certains cas, être responsables d'effets secondaires (35).

b) Traitement des coliques du nourrisson

La majorité des médecins traitants interrogés (soit 49,8%) répondent que le traitement des coliques du nourrisson est : «rien, aucun traitement n'a prouvé son efficacité». Ce qui est correct étant donné que dans la littérature, aucun traitement n'a fait ses preuves dans la prise en charge des coliques du nourrisson (10) (11).

Les médecins donnent des conseils aux parents à 82,2%. Ce résultat correspond aux résultats retrouvés dans la thèse de Sautereau S. « les croyances et ressenti des médecins généralistes charentais à propos des coliques du nourrisson » (13).

La prise en charge est donc bonne pour la majorité des médecins. Reste également à savoir quels conseils les médecins donnent aux parents et s'ils sont adaptés.

En 2^e position, l'ostéopathie et les massages sont conseillés par 45,8% des médecins, en méthode alternative. Or, l'ostéopathie n'a pas démontré d'efficacité sur les pleurs du nourrisson. En effet, dans la littérature, les études sont contradictoires, et celles retrouvant une amélioration des pleurs suite à des manipulations, sont généralement peu puissantes avec un petit échantillon étudié et avec des biais importants (35)(36)(37). Les preuves sont donc pour le moment insuffisantes.

5. Recherche de dépression du post-partum

Seulement 48% des médecins de notre étude recherchent, de manière systématique, une dépression du post-partum lors d'une consultation pour des pleurs excessifs de leur bébé.

La majorité des médecins recherchent alors la dépression du post-partum en recherchant les signes d'alerte (95,3%) tels que les consultations à répétition,

l'angoisse, les troubles du sommeil, l'auto dévalorisation, les plaintes somatiques diverses. 76,6% des médecins recherchent également les facteurs de risques tels que l'isolement, les antécédents de dépression, les problèmes conjugaux ...

Mais seulement 18,9% des médecins recherchent des idées suicidaires.

On note que, seulement 9,3% des médecins utilisent l'échelle de dépression d'Edimbourg (annexe n° 1). L'échelle de dépression du post-partum d'Edimbourg est pourtant un outil rapide et efficace, pour aider les professionnels de la santé à identifier les mères souffrant de dépression post-partum. Cette échelle est pourtant très peu utilisée par les médecins, très probablement car elle est peu connue. Moi-même, je ne l'ai découverte que lors de mes recherches pour ma thèse.

Il serait donc intéressant de la mettre au programme des formations sur les pleurs du nourrisson et de la dépression du post-partum, afin de mieux la faire connaître par les professionnels de la santé. Cette échelle pourrait ainsi être utilisée couramment dans la pratique de médecine de ville, devant la suspicion d'une dépression du post-partum. L'échelle d'Edimbourg devrait être connue, au même titre que le MMS, dans les tests de mémoire.

* Recherche de dépression du post-partum en fonction de l'âge des médecins

Plus l'âge augmente, plus les médecins pensent à rechercher systématiquement la dépression du post-partum, lors d'une consultation pour pleurs du nourrisson. Seulement 44,3% des 25-39 ans recherchent systématiquement la dépression du post-partum contre 51,2% chez les 40-54 ans ou 57,1% chez les médecins de plus de 55 ans. Mais ce résultat n'est pas significatif avec un p à 0.34.

Deux hypothèses sont ainsi possibles :

- soit il n'existe pas de différence significative entre l'âge des médecins et la recherche de la dépression du post-partum lors des consultations pour pleurs,
- soit la différence existe belle et bien, mais le fait que notre population de médecins comporte plus de médecins jeunes que de médecins plus âgés, fait que le résultat n'est pas significatif. L'expérience des médecins plus âgés pourrait expliquer cette différence.

6. Prévention du syndrome du bébé secoué

Seulement 34% des médecins interrogés pensent systématiquement à prévenir le syndrome du bébé secoué, lors d'une consultation pour des pleurs excessifs du nourrisson. Ce chiffre est bien trop faible, car même si 46% des médecins le préviennent lorsqu'ils pensent qu'il y a un risque, il faudrait penser à prévenir ce syndrome de manière **systématique**, étant donné que les pleurs excessifs sont le plus souvent le déclencheur du syndrome du bébé secoué.

Pourtant, encore 20% des médecins interrogés ne pensent pas du tout à prévenir le syndrome du bébé secoué. Les médecins ne sont probablement pas assez formés sur les risques liés aux pleurs du nourrisson, dont le risque important de passage à l'acte.

a) *Prévention du syndrome du bébé secoué en fonction de l'âge*

Plus l'âge augmente, moins les médecins pensent à prévenir de manière systématique, le syndrome du bébé secoué. Par contre, les médecins de plus de 55 ans, pensent majoritairement (à 60%) à prévenir le syndrome du bébé secoué quand ils pensent qu'il y a un risque. Pourtant, les médecins plus âgés se considèrent comme mieux formés. L'expérience leur fait donc peut-être penser qu'ils arrivent mieux à évaluer le risque de passage à l'acte, et donc ne préviennent ce syndrome que lorsqu'ils pensent qu'il y a un risque. Cependant, ceci est risqué car évaluer le risque de passage à l'acte peut être difficile. En effet, même les familles de haut niveau socio-économique ne sont pas exemptées du risque de syndrome du bébé secoué (19).

Les jeunes médecins, entre 25 et 39 ans, pensent ainsi plus à prévenir le syndrome du bébé secoué, à 36,2% de manière systématique, et 45% quand il y a un risque. Ceci peut s'expliquer car les plus jeunes médecins, sortis récemment des facultés, sont plus sensibilisés au sujet. D'autre part, l'expérience récente en tant que jeunes parents peut également plus les impliquer dans la prévention du syndrome du bébé secoué.

Cependant, ce résultat n'est pas significatif, avec une $p = 0.279$. Ceci peut s'expliquer par le nombre plus important de médecins jeunes qui ont répondu à notre étude.

b) Prévention du syndrome du bébé secoué et sexe du médecin

Les femmes pensent plus à prévenir le syndrome du bébé secoué de manière systématique (37% contre 26,8% chez les hommes). Mais les hommes préviennent plus le syndrome du bébé secoué quand ils pensent qu'il y a un risque (52,1% contre 43,5%). Les médecins femmes sont probablement plus touchées par ce problème, de par leur expérience de femme, et pensent ainsi plus à prévenir systématiquement ce syndrome.

Cependant ce résultat n'est pas significatif avec une $p = 0.303$. L'échantillon d'hommes qui a répondu à notre étude est sans doute trop faible, par rapport aux médecins femmes, ou, la différence hommes/femmes n'est pas significative.

c) Moyens de prévention du syndrome du bébé secoué

A 93%, les médecins généralistes de l'étude, préviennent le syndrome du bébé secoué par des conseils aux parents. Mais on ne connaît pas la nature de ces conseils. En effet, plus de 70% des médecins avouent ne pas se sentir assez formés à la prise en charge des pleurs excessifs du nourrisson. Les moyens de formation ne sont pas toujours adaptés («twitter», «magazines féminins»...)

La prévention du syndrome du bébé secoué est très importante en cabinet de médecine générale. En effet, des études ont montré qu'entre 25 et 50% de la population générale ne connaissaient pas les dangers du secouement d'un bébé (19).

Un des rôles du médecin traitant est ainsi d'informer les parents sur ces dangers.

D'après le site « syndromedubebesecoue.com », les dix points à retenir et à communiquer pour la prévention du syndrome du bébé secoué sont : (19)

- « Un nourrisson peut pleurer plus de 2 heures par jour, même sans raison et parfois d'affilée. C'est son seul mode d'expression.
- Un adulte peut en être exaspéré au point d'avoir envie de le secouer pour le faire taire.
- Le secouement peut tuer ou handicaper à vie.
- Une seule fois peut suffire à créer des lésions dont les conséquences dureront toute la vie.
- Secouer est bien plus grave qu'une chute de table à langer.
- Jouer n'est pas secouer, on peut et on doit jouer avec son enfant, le jeu étant adapté à son âge.

- Secouer est un acte de maltraitance, une infraction pénale passible de prison.
- Le mieux, en cas d'exaspération par les pleurs, est dans l'immédiat de coucher l'enfant sur le dos, dans son lit, et de quitter la pièce.
- Demander ensuite de l'aide à ses proches (famille, amis, voisins), appeler son médecin ou un autre professionnel de santé, contacter la PMI.
- Oser en parler systématiquement aux personnes à qui l'on confie son enfant. »

Plusieurs moyens de prévention ont été mis en place, afin d'éviter le secouement des nouveaux nés :

- L'outil Thermomètre de la colère créé au CHU Sainte Justine à Montréal (Figure n°3), a été créé pour prévenir la violence physique envers les bébés, à partir de témoignages de parents dans un contexte de pleurs excessifs.

- Il est possible de sensibiliser la population générale, et plus particulièrement les nouveaux parents, par de nombreuses méthodes telles que les campagnes d'information radiophoniques ou télévisées, une information donnée durant les cours de préparation à l'accouchement en anténatal, la démonstration des secousses sur une poupée, la remise d'un dépliant d'information, des instructions dans le carnet de santé de l'enfant (19). Par exemple, le dépliant de prévention du syndrome du bébé secoué, du Centre Ressource Francilien du Traumatisme Crânien (annexe n° 6) est très bien fait, permettant d'informer et de toucher un large public, de par l'aspect ludique de la présentation.

Une étude a été faite, sur l'information, aux nouveaux parents, en période péri natale, sur le syndrome du bébé secoué. Celle-ci conclut que «une information courte et simple donnée par le pédiatre à la naissance permet une meilleure connaissance et compréhension par les parents des pleurs et du SBS et ainsi, on peut le supposer, aide à sa prévention.» (38).

Outre l'information sur le syndrome du bébé secoué, ses risques et les conseils en cas d'exaspération, le médecin traitant pourrait également établir un «thermomètre de la colère» avec les parents et établir un plan d'action personnel avec les parents, en cas d'exaspération liés aux pleurs de leur bébé.

B. Forces et biais de l'étude

I. Forces de l'étude

1. Étude des patientes

Je n'ai pas retrouvé d'étude récente sur l'effet de l'alimentation sur les pleurs du nourrisson, cette étude est donc intéressante et importante, afin de pouvoir conseiller et informer les patientes correctement.

D'autre part, une des grandes forces de l'étude, est le suivi des femmes et de leur bébé réalisé sur **3 mois**, permettant de voir l'évolution des pleurs dans le temps. L'étude est prospective. Le suivi s'est fait, soit via un questionnaire, soit par contact téléphonique. Le contact téléphonique bien que plus compliqué, a permis de discuter directement, avec certaines patientes, de leurs problèmes de pleurs du nourrisson, ce qui était très intéressant, et instructif.

Cette étude apporte de précieuses informations, non connues ultérieurement, sur les caractéristiques des pleurs, en maternité, à 1 mois et à 3 mois de vie des bébés. Elle apporte également beaucoup d'informations sur les connaissances des patientes sur les pleurs de leur enfant, ce qui permet de mieux cibler les informations à donner aux patientes en sortie de maternité et lors des consultations de médecine générale.

2. Étude des médecins traitants

Notre étude est inédite. La prise en charge des médecins traitant des pleurs excessifs des nourrissons n'avait encore jamais été étudiée. Seule la prise en charge aux urgences avait été étudiée (6).

D'autre part, j'ai étudié le cas de médecins généralistes de la France entière, ne me limitant pas à une région particulière, ce qui permet une vision globale de la prise en charge des médecins traitants en France.

Notre population de médecins généralistes est relativement importante, avec 225 médecins ayant répondu à notre étude.

Notre étude a une portée pratique et rapide, d'une part en permettant de cibler la population de médecins généralistes à former en premier lieu, d'autre part en complétant les connaissances de certains médecins en poste.

3. Étude globale

Le fait d'avoir étudié les patientes, les pleurs de leur bébé et leurs réactions, et, en parallèle, la prise en charge des médecins traitants des pleurs inexplicables du nourrisson est un gros point fort de l'étude. Cela a permis de mettre en parallèle les besoins des patientes et les besoins de formation des médecins, afin de répondre aux attentes des patientes.

D'autre part, nous avons pu mettre en relation la prise en charge des pleurs du nourrisson par les médecins traitants, avec la vision des patientes, des consultations de médecine générale, concernant les pleurs inexplicables.

II. Biais de l'étude

1. Étude des patientes

Nos patientes ont été uniquement recrutées à la maternité de Jeanne de Flandre, à Lille. Il s'agit donc d'un biais de sélection. Une seule maternité de France, ne représente pas la population générale française. Cette maternité a reçu, depuis 2016, le label IHAB «hôpital ami des bébés».

Les recommandations IHAB sont : (39)

- « L'engagement du service dans la démarche est affiché, visible par tout le monde.
- La formation de tous les professionnels de santé, est la pierre angulaire du programme.
- L'information des futurs parents, notamment sur les bienfaits et la pratique de l'allaitement maternel leur permettant de faire un choix éclairé sur l'alimentation de leur enfant.
- Le contact «peau à peau» : sitôt la naissance, il sera proposé à la mère de garder son nouveau-né en contact «peau contre peau» durant un temps prolongé, de reporter à plus tard les soins de toilette ou des gestes médicaux non urgents.
- La proximité mère et bébé : il sera conseillé à la mère de garder son enfant 24h/24 avec elle.
- Les mères qui allaitent seront accompagnées pour permettre le bon démarrage de l'allaitement pendant le séjour à la maternité.
- Les mères qui n'allaitent pas bénéficieront de la même attention et d'une information individualisée répondant à toutes les questions relatives à l'utilisation des substituts de lait maternel.

- Assurer la continuité du soutien lors du retour à domicile. »

Notre population d'étude n'est donc pas représentative de la population générale, car elle a normalement reçu plus de conseils sur l'allaitement et le rapprochement mère-enfant, que dans les autres maternités de France. Le personnel médical est aussi plus formé que dans les autres maternités.

Cependant, on a vu que le taux d'allaitement maternel était sensiblement le même que dans la population nationale.

En outre, il ne s'agissait pas d'un critère d'exclusion, mais seules les patientes dont les bébés étaient nés à plus de 34 SA, ont été inclus dans l'étude, parce que le questionnaire était rempli sur la base du volontariat, et que les patientes dont les bébés étaient prématurés n'ont pas répondu à l'étude, ce qui est compréhensible si le bébé n'était pas avec elle dans leur chambre, pour une surveillance rapprochée.

On note également que de nombreux résultats ne sont pas significatifs, avec un $p > 0,1$. Cette absence de significativité peut s'expliquer par le faible échantillon de notre étude. Le recrutement en maternité a en effet été long et difficile. De nombreuses études étaient en cours à la maternité de Jeanne de Flandre. Les patientes sont ainsi sollicitées pour de nombreux questionnaires, mais elles sont également très occupées par la venue récente de leur nouveau-né.

26 patientes (soit 26% des patientes recrutées), ont refusé de poursuivre l'étude pour des raisons inconnues.

2. Étude médecins traitants

Dans notre étude, l'âge moyen des médecins est de 39 ans, contre un âge moyen des médecins généralistes de France à 55 ans. D'autre part, les médecins généralistes femmes sont représentées en grande majorité (68%). Il existe donc un biais de sélection, faisant que notre population étudiée, n'est pas complètement représentative de la population générale des médecins généralistes français.

Ce biais de sélection existe d'une part du fait que la réponse au questionnaire était basée sur le volontariat. Les médecins les plus intéressés par ce sujet, et peut être ainsi les plus formés, sont plus tentés de répondre au questionnaire, d'autre part, le questionnaire était en ligne, réalisé grâce à « Google Forms », envoyé par mél, ou laissé en accès direct via des sites internet médicaux. Les médecins les moins

informatisés, les moins adeptes d'internet, avaient donc moins accès au questionnaire. Le fait que le questionnaire ait été diffusé via internet, est peut être une des raisons qui fait que nous avons une population plus importante de médecins généralistes « jeunes » ayant répondu à l'étude.

On note également que plusieurs résultats ne sont pas significatifs, avec un $p > 0,1$. Ceci peut s'expliquer par le fait que notre population n'est pas représentative de la population générale, au niveau du sexe et de l'âge. L'échantillon de médecins plus âgés est faible, ainsi que l'échantillon de médecins généralistes de sexe masculin.

CONCLUSION

L'étude a montré que le mode d'alimentation (artificiel ou maternel) n'avait pas d'effet sur la durée des pleurs des nourrissons de moins de 3 mois, chez les patientes primipares. Seul en maternité, les bébés alimentés de façon artificielle, pleurent moins que les bébés allaités par voie maternelle. Ceci s'explique probablement par le fait que les bébés nourris au biberon, ont plus rapidement l'impression de satiété, que les bébés nourris en lait maternel, par le colostrum. Le plus souvent, **les pleurs sont donc probablement physiologiques, et donc bénins**. En effet, les pleurs sont le seul moyen de communication des bébés. Leurs pleurs sont maximums le soir, du fait de l'établissement du rythme circadien. D'autre part, on voit que les patientes ne sont pas assez informées sur les pleurs de leur bébé. Les principales causes de pleurs sont pour elles liées à des troubles de la sphère digestive, tels que les «coliques du nourrisson», et leurs actions ne sont pas toujours les plus adaptées.

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur des patientes, concernant les pleurs de leur bébé. Cependant, la grande majorité des médecins traitant interrogés, ne se disent pas assez formés sur la question des pleurs du nourrisson. On note que plus l'âge des médecins augmente, plus les médecins se sentent formés. Les médecins de sexe féminin se sentent moins bien formés aux pleurs excessifs du nourrisson. Devant le manque de formation, l'expérience en tant que médecin, mais également en tant que parents, est probablement le moyen d'information le plus utilisé par les médecins. **Cependant, et malgré le manque de formation, la majorité des médecins apportent des conseils aux parents, après avoir éliminé une pathologie organique**. Mais, trop peu de médecins recherchent de manière systématique une dépression du post-partum, ou encore pensent systématiquement à prévenir le syndrome du bébé secoué.

Afin d'améliorer la situation, plusieurs propositions peuvent être faites :

- mettre en place un moment d'information des patientes sur les pleurs de leur bébé par les puéricultrices, mais également par les pédiatres, lors des conseils de sortie de maternité. Les conseils donnés seront adaptés aux résultats de notre étude, en insistant sur la nature bénigne et physiologique des pleurs et sur la prévention du syndrome du bébé secoué. Un travail autour du thermomètre de la colère va d'ailleurs être organisé, dans les suites de cette thèse, à la maternité de Jeanne de Flandre.

L'information devrait bien sûr se poursuivre lors des consultations chez le médecin traitant.

- Les jeunes médecins généralistes doivent être formés en priorité, avec l'introduction de cours dédiés aux pleurs du nourrisson et aux risques liés à ces pleurs, dans les items de l'Examen Classant National (ECN). On insisterait particulièrement sur les conseils à donner aux patientes, sur les outils de dépistage de la dépression du post-partum, telle que l'échelle de dépression d'Edimbourg (voir annexe n°1) ainsi que les outils de prévention du syndrome du bébé secoué.

- Des recommandations officielles devraient être rédigées, par les médecins de l'HAS, sur la conduite à tenir en cas de pleurs excessifs du nourrisson afin d'aider les praticiens, au quotidien, à prendre en charge ces pleurs, en complément de leur expérience.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. 15^e congrès national de pédiatrie ambulatoire. Saint Malo. 2007 Juin 24.
2. Foucaud P., De Truchis A. Pleurs excessifs du nourrisson. Service de Pédiatrie Néonatalogie, Centre Hospitalier de Versailles. 2008. Disponible sur : <http://pap-pediatrie.com/maladie-chronique/pleurs-excessifs-du-nourrisson>
3. Largeault-Morain C. Les pleurs excessifs du nourrisson : une étude qualitative du ressenti des mamans face aux pleurs de leurs enfants. [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine]. Université de Franche Comté, Besançon. 2013.
4. Bayot I. Mais pourquoi les bébés pleurent-ils ? Éveils, pleurs et besoins du tout petit. Institut Co-naitre. 2001.
5. Bydlowski-Aidan S., C.Jousselme. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. Journal de pédiatrie et de puériculture Volume 21 numéro 5-6. 2008 août.
6. Guichard D. Les pleurs du nourrisson : étude prospective aux urgences pédiatriques de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, à propos de 67 observations. [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine]. Université de Lille. 2006.
7. Pleurs excessifs du nourrisson. Vulgaris Medical. Disponible sur : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/pleurs-excessifs-du-nourrisson>
8. Réalisé en collaboration avec des professionnels de la santé et de la médecine, sous la direction du docteur Pierrick HORDÉ. Pleurs excessifs du nourrisson. Juin 2014. Site santemedecine.net.
9. R. Colson E. Pleurs, prise en charge du nourrisson et de l'enfant normal. Univadis.fr. Février 2010.
Disponible sur : <http://www.univadis.fr/viewclinical-guide/pleurs-117809?s1=references>
10. Chouraqui J-P. Les coliques du nourrisson. JTA (Journées de Technique Avancées en gynécologie obstétrique, périnatalogie et pédiatrie). Grenoble 1994.
11. Bellaiche M. Pleurs excessifs ou colique : une douleur ou un inconfort pour les nourrissons et leurs parents ? Service de gastroentérologie, Hôpital Robert Debré, Paris. Volume 12, numéro 5. Septembre-octobre 2009.
12. Siraba S. La prise en charge des coliques du nourrisson est-elle basée sur des données scientifiques probantes ? [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine]. Université Paris Diderot. 2014.
13. Sautereau S. Coliques du nourrisson : croyances et ressentis des médecins généralistes charentais. [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine]. Université de Poitiers. 2014.

- 14.** Pr Turck D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Social-sante.gouv.fr. Juin 2010.
Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
- 15.** Recommandations HAS. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
- 16.** Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie : Bocquet A., Bresson J-L, Turck D. coordonnateur, et al. Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Ministère des solidarités, de la Santé et de la Famille. Disponible sur : <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Benefices-Sante-AM-PNNS-SFP-Fev2005.pdf>
- 17.** Bonvoisin-Hibon E. Les pleurs des nourrissons de 0 à 6 mois aux urgences pédiatriques : quelle conduite à tenir pour les médecins? [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine]. Université de Nantes. 2008.
- 18.** Levet C. Le syndrome du bébé secoué : état des lieux des connaissances des sages-femmes d'Auvergne et mise en place d'une prévention. [Mémoire d'Université, Sage Femme]. Clermont-Ferrand. 2012.
- 19.** Le syndrome du bébé secoué. Site internet disponible sur : <http://syndromedubebesecoue.com/#externe#>
- 20.** Fortin, S., Frappier, J.Y., Déziel. Prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile. Projet prévention SBS & maltraitance infantile CHUSJ. 2011.
- 21.** Frappier, Fortin. Le syndrome du bébé secoué : projet de prévention du CHU Sainte-Justine. Goulet & coll. 2007.
- 22.** Corminboeuf C., Fässler L. L'expérience vécue des parents ayant un bébé aux pleurs incessants liés à la colique : une revue de littérature étoffée. Fribourg. Juin 2014.
- 23.** Echelle de dépression du post-partum d'Edimbourg. Disponible sur : http://www.lavieavecunnouveau bebe.ca/resources/EPDS_checklist_fr.pdf
- 24.** Hiscock H., Jordan B. Problem crying in infancy. Med J. Aust 2004. 181 (9): 507-512.
- 25.** Sahli-Chau T. Coliques du nourrisson et interactions mère–enfant en consultation de puériculture de protection maternelle et infantile : à propos de 98 cas évalués par l'échelle de Bobigny. Journal de pédiatrie et de puériculture volume 23 n°5. Nice. Octobre 2010.
- 26.** Davie E. Un premier enfant à 28 ans, division Enquêtes et études démographiques, Insee. 2010. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419

- 27.** Enquête nationale périnatale 2010. Mai 2011. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- 28.** Institut national d'étude démographique. Naissances totales par sexe. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/naissances-sexe/>
- 29.** INVS, Santé. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html
- 30.** Favier-Steeger L. Les causes de sevrage d'allaitement maternel dans les six premiers mois de la vie de l'enfant : Etude rétrospective auprès de 104 mères allaitantes. [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine]. Lyon 1. 2006.
- 31.** Dole M.J. Etude GRAM (groupe régional d'allaitement maternel). Enquête sur la durée de l'allaitement. Groupe Régional Allaitement Maternel du réseau de périnatalité de Franche Comté. 2012.
- 32.** Girard L. Regard anthropologique et signification des pleurs du nourrisson. Les Cahiers de la puéricultrice. Novembre 2012. n° 261, p. 27 à 29
- 33.** Le Breton-Lerouillois G. Atlas de démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014. Conseil national de l'ordre des médecins. 2014.
- 34.** Lecendreau M. Insomnies de l'enfant, approche diagnostiques et thérapeutiques. Encyclopédie méd-chir (Elsevier Paris), Encyclopédie pratique de Médecine. 8-0830, 1998, 4p.
- 35.** Pleurs prolongés et inexplicables des nourrissons : évaluer le besoin de soutien des parents dans une période délicate mais temporaire. Synthèse élaborée collectivement par la Rédaction. La revue Prescrire. Juillet 2016. Tome 36 n°393 p.515 à 520.
- 36.** Bruyas-Bertholon V., Lachaux A., Dubois J-P., Fournier P., Letrillart L. Quel traitement pour les coliques du nourrisson ? La presse médicale Tome 41 n°7-8. Juillet-août 2012.
- 37.** Dobson D, Lucassen PLBJ, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Traitements manipulatifs pour la colique infantile. Bibliothèque cochrane. Décembre 2012. Disponible sur : <http://www.cochrane.org/fr/CD004796/traitements-manipulatifs-pour-la-colique-infantile>
- 38.** Simonnet H., Chevignard M, Laurent-Vannier A. Conduite à tenir face aux pleurs du nourrisson ; prévention du « syndrome du bébé secoué » par une information aux nouveaux parents en période néonatale. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. Volume 54, numéro S1 page e293. Octobre 2011.
- 39.** Tout sur l'IHAB, association IHAB, d'après le site internet : <http://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>

ANNEXES

Annexe n°1 : Echelle de dépression du post-partum d'Edimbourg

Auto-questionnaire de dépistage de la dépression post-partum A utiliser 6-8 semaines après l'accouchement		
1. Dans les sept derniers jours, j'ai été capable de rire et de voir le bon côté des choses	Autant que d'habitude	0
	Pas tout à fait autant que d'habitude	1
	Moins souvent que d'habitude	2
	Pas du tout	3
2. J'ai été dans l'attente heureuse des événements à venir	Plus que jamais	0
	Un peu moins qu'avant	1
	Vraiment moins souvent qu'avant	2
	Presque jamais	3
3. Je me suis adressée des reproches inutiles quand les choses allaient mal	Oui, presque toujours	3
	Oui, parfois	2
	Pas souvent	1
	Non, jamais	0
4. J'ai été anxieuse ou préoccupée sans raison valable	Non, pas du tout	0
	Presque jamais	1
	Oui, parfois	2
	Oui, très souvent	3
5. J'ai été effrayée ou paniquée sans raison valable	Oui, souvent	3
	Oui, parfois	2
	Non, pas très souvent	1
	Non, pas du tout	0
6. Je suis dépassée par les événements	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, parfois	2
	Non, presque jamais	1
	Non, pas du tout	0
7. J'ai été si malheureuse que cela m'empêche de dormir	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, parfois	2
	Pas trop souvent	1
	Jamais	0
8. Je me suis sentie triste ou malheureuse	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, assez souvent	2
	Parfois	1
	Jamais	0

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, assez souvent	2
	Parfois	1
	Jamais	0
10. J'ai eu l'idée de me faire du mal	Oui, assez souvent	3
	Parfois	2
	Presque jamais	1
	Jamais	0
TOTAL		
<p>Résultats: La personne doit remplir selon ce qu'elle ressentait pendant les sept derniers jours et non uniquement aujourd'hui Un score > 12 signifie une dépression post-partum probable Il conviendra alors de la confirmer par d'autres échelles d'évaluation</p>		

Annexe n° 2 : Questionnaire Patientes – Maternité

QUESTIONNAIRE PATIENTES

Informations personnelles :

1) Votre âge :

2) Profession :

- Agricultrice
Artisan, commerçante, ou chef d'entreprise
cadre et profession intellectuelle supérieure
Profession intermédiaire
Employée
Ouvrier
Etudiante
Chômeur, sans activité professionnelle
Retraitée

4) Situation familiale :

- En couple Mère célibataire

5) Date d'accouchement :/...../201..

6) Terme (en SA : semaines d'aménorrhées) :

- 25-32 SA 32-34 SA 34-38 SA >38 SA

7) Accouchement par :

- Voie basse avec : Déchirure ou Césarienne
Épisiotomie

8) Sexe du bébé : Garçon Fille

9) Type d'allaitement :

- Allaitement maternel Allaitement mixte Allaitement artificiel

10) Acceptez-vous d'être recontacté par téléphone pour un entretien à 1 mois et 3 mois ?

*(Entretien téléphonique de 5 minutes environ)*Oui : numéro de téléphone :

Mél :

Non

Questions :

1) Durée moyenne de pleurs par jour :

- <1h de 1h à 2h de 2h à 3h de 3h à 4h Plus de 4h

2) Durée moyenne des pleurs par épisode :

- <15 min 15-30 min 30 min-1h >1h

3) Le plus souvent, les pleurs sont maximums:

- Le matin Le midi L'après-midi Le soir La nuit

4) Quelles sont selon vous les raisons des pleurs de votre bébé : (plusieurs choix possibles)

- Il a faim Il a mal quelque part
 Pas de raison particulière, il est normal qu'il pleure à son âge
 Il est fatigué Il a besoin d'attention
 Il fait un caprice Il est triste
 Il est en colère Il a des « coliques »
 Il a besoin d'être changé Il s'ennui
 Autres :

5) Lorsqu'il pleure je : (plusieurs choix possibles)

- Lui donne à manger
 Lui donne un médicament (pour les douleurs...)
 Le prend en peau à peau Lui change sa couche
 Le laisse pleurer Le couche pour qu'il dorme
 Le prend dans mes bras M'inquiète : il doit être malade !
 Laisse faire le papa Autres :

6) Dans la plupart des cas :

- Les pleurs cessent grâce à mes soins
 Les pleurs cessent spontanément
 Les pleurs persistent de manière inexplicable

7) Vers qui cherchez-vous conseils devant des pleurs inexplicables ?

- Ma mère/ma famille Mes amies
 Mon pédiatre Les magazines/livres
 Mon médecin traitant Internet
 Ma sage femme La puéricultrice
 Autres :

8) Vous sentez vous suffisamment informée/conseillée concernant les pleurs de votre bébé ?

- Oui complètement Oui mais pas assez Non pas du tout

9) Etes vous aidé par votre conjoint lors des épisodes de pleurs de votre bébé ?

- Oui beaucoup Non pas du tout, il n'est jamais là
 Oui un peu Non, il ne sait pas quoi faire dans ces moments là

10) Temps moyen de contact physique par jour avec votre bébé :

- ≥20h/j de 19 à 15h/j de 14 à 9h/j de 8 à 5h/j ≤5h/j

MERCİ POUR VOTRE COLLABORATION !

9) Dans la plupart des cas :

- Les pleurs cessent grâce à mes soins
- Les pleurs cessent spontanément
- Les pleurs persistent de manière inexplicable

10) Vers qui cherchez vous conseils devant des pleurs inexplicables ?

- Ma mère/ma famille
- Mes amies
- Mon pédiatre
- Les magazines/livres
- Mon médecin traitant
- Internet
- Autres :

11) Avez vous déjà consulté votre médecin traitant concernant les pleurs de votre enfant ?

- Oui
- Non

- SI OUI, qu'a-t-il proposé ?

- consultation aux urgences
- Médicament pour la douleur
- médicament pour le reflux gastro intestinal
- Il m'a rassuré et donné des conseils
- Traitement d'une pathologie aigüe retrouvée
- somnifère
- Changement de lait
- Autre :

- Avez vous été satisfaite de sa prise en charge ?

- Oui complètement
- Pas entièrement
- Non pas du tout

- Cette prise en charge a-t-elle permis une diminution des pleurs de votre bébé ?

- Oui
- Partiellement
- Non pas du tout mais j'ai été rassurée
- Non

12) Etes vous aidé par votre conjoint lors des épisodes de pleurs de votre bébé ?

- Oui beaucoup
- Oui un peu
- Non pas du tout, il n'est jamais là
- Non, il ne sait pas quoi faire dans ces moments là

13) Diriez vous que votre entourage est là pour vous aider :

- Oui beaucoup
- Oui un peu
- Non pas du tout

14) Lorsque votre bébé continu de pleurer malgré vos efforts, vous vous sentez : (plusieurs réponses possibles)

- Frustrée
- Fatiguée
- Enervée
- Inquiète
- Triste
- Bien, je sais que les pleurs sont normaux
- Incompétente
- Déprimée

Annexe n°4 : Questionnaire Patientes – 3 mois

QUESTIONNAIRE PATIENTES à 3 mois

1) Type d'allaitement actuel :

- Allaitement maternel Allaitement mixte Allaitement artificiel

2) Si arrêt de l'allaitement maternel, quelle est la raison de cet arrêt ? :

- Fatigue maternelle
 Reprise du travail
 Complications de l'allaitement : (crevasses douloureuses, mastite, douleurs...)
 Manque de lait
 Manque de temps
 Bébé insatisfait
 Prise de poids insuffisante
 Pression de l'entourage
 Autre :

3) Temps moyen de contact physique par jour avec votre bébé :

- ≥20h/j de 19 à 15h/j de 14 à 9h/j de 8 à 5h/j ≤5h/j

4) Durée moyenne actuelle de pleurs par jour :

- <1h de 1h à 2h de 2h à 3h de 3h à 4h Plus de 4h

5) Le plus souvent, les pleurs sont maximums:

- Le matin Le midi L'après-midi Le soir La nuit

6) Durée moyenne actuelle des pleurs par épisode :

- <15 min 15-30 min 30 min-1h >1h

7) Pour quelles raisons diriez-vous que votre bébé pleure ? : (Plusieurs choix possibles)

- Il a faim Il a mal quelque part
 Il a besoin d'être changé
 Pas de raison particulière, il est normal qu'il pleure à son âge
 Il est fatigué Il a besoin d'attention
 Il fait un caprice Il est triste
 Il est en colère Il a des « coliques »
 Il s'ennuie Autres :

8) Lorsqu'il pleure je : (plusieurs choix possibles)

- Lui donne à manger
 Lui donne un médicament (pour les douleurs...)
 Lui change sa couche
 Le laisse pleurer
 Le couche pour qu'il dorme
 Le prend dans mes bras
 Le prend en peau à peau
 M'inquiète : il doit être malade ! : je consulte mon médecin
 Laisse faire le papa
 Autres :

9) Dans la plupart des cas :

- Les pleurs cessent grâce à mes soins
- Les pleurs cessent spontanément
- Les pleurs persistent de manière inexplicable

10) Vers qui cherchez vous conseils devant des pleurs inexplicables ?

- Ma mère/ma famille
- Mes amies
- Mon pédiatre
- Les magazines/livres
- Mon médecin traitant
- Internet
- Autres :

11) Avez vous déjà consulté votre médecin traitant concernant les pleurs de votre enfant ?

- Oui
- Non

- SI OUI, qu'a-t-il proposé ?

- consultation aux urgences
- Médicament pour la douleur
- médicament pour le reflux gastro intestinal
- Il m'a rassuré et donné des conseils
- Traitement d'une pathologie aigue retrouvée
- somnifère
- Changement de lait
- Autre :

- Avez vous été satisfaite de sa prise en charge ?

- Oui complètement
- Pas entièrement
- Non pas du tout

- Cette prise en charge a-t-elle permis une diminution des pleurs de votre bébé ?

- Oui
- Partiellement
- Non pas du tout mais j'ai été rassurée
- Non

12) Etes vous aidé par votre conjoint lors des épisodes de pleurs de votre bébé ?

- Oui beaucoup
- Oui un peu
- Non pas du tout, il n'est jamais là
- Non, il ne sait pas quoi faire dans ces moments là

13) Diriez vous que votre entourage est là pour vous aider :

- Oui beaucoup
- Oui un peu
- Non pas du tout

14) Lorsque votre bébé continu de pleurer malgré vos efforts, vous vous sentez : (plusieurs réponses possibles)

- Frustrée
- Fatiguée
- Enervée
- Inquiète
- Triste
- Bien, je sais que les pleurs sont normaux
- Incompétente
- Déprimée

Annexe n°5 : Questionnaire Médecins Généralistes**Questionnaire médecins généralistes**

- 1) Votre âge :
- 2) Votre sexe : Homme Femme
- 3) Lieu d'exercice : Citadin Semi rural Rural
- 4) Avez vous déjà eu comme motif de consultation principal les pleurs inexplicables du nourrisson de moins de 3 mois?
 Oui souvent Oui parfois Non jamais
- 5) Avez vous déjà eu comme motif de consultation secondaire les pleurs inexplicables du nourrisson de moins de 3 mois?
 Oui souvent Oui parfois Non jamais
- 6) Pensez vous être suffisamment formé sur la question des pleurs du nourrisson de moins de 3 mois ?
 Oui complètement Pas suffisamment Non pas assez
- 7) Quels sont vos moyens d'informations sur les pleurs du nourrisson ? :
 Mes anciens cours
 Internet
 Mes revues médicales
 Mes confrères (généralistes et pédiatres)
 Conférences médicales, congrès
 Les laboratoires pharmaceutiques
 Autres :
- 8) Quelle est selon vous la définition de « pleurs excessifs prolongés du nourrisson » ?
 Pleurs non calmé par les soins adaptés des parents quelque soit la durée
 Plus de 3h de pleurs par jour
 Des épisodes de pleurs de plus de 15 min
 Des épisodes de pleurs de plus de 30 min
 Des épisodes de pleurs de plus d'1h
 Je me réfère à la courbe des pleurs pour dire s'ils sont excessifs ou non
 Pleurs de plus de 3h/j pendant plus de 3J/semaine, pendant plus de 3 semaines
- 9) Lors d'une consultation pour des pleurs du nourrisson, quelles pathologies recherchez vous à l'examen clinique ? (à hiérarchiser selon l'ordre de priorité de 1 à 11)
 Une colique du nourrisson
 Une torsion d'annexe/torsion testiculaire
 Une invagination intestinale aigue
 Une hernie étranglée
 Une infection virale/bactérienne
 Un traumatisme osseux
 Un syndrome du tourniquet
 Une allergie aux protéines de lait de vache
 Un reflux gastro-oesophagien
 Une dépression du post-partum maternel
 Une constipation

Autre :

10) Après avoir éliminé une urgence thérapeutique, quels traitements médicamenteux prescrivez vous dans le cadre de pleurs excessifs inexplicables du nourrisson ? :

- Un changement de lait
- Un inhibiteur de la pompe à proton (IPP)
- Un anti-acide type Gaviscon
- Un antalgique type Paracétamol
- Rien, je rassure la maman et lui donne des conseils
- Un somnifère
- De l'homéopathie
- Un antispasmodique de type Trimebutine
- Autres :

11) Lorsque vous diagnostiquez des coliques du nourrisson c'est que :

- Ce diagnostic permet de déculpabiliser la maman
- Ce diagnostic permet de rassurer les parents
- Le tableau est typique avec faciès douloureux, pleurs plus de 3h/j plus de 3j/semaines, plus de 3 semaines
- Ce diagnostic me permet de justifier ma prise en charge thérapeutique
- Je ne sais pas quelle autre raison donner aux parents quant aux pleurs de leur bébé.

12) Pour vous le traitement des coliques du nourrisson c'est :

- Le changement de lait
- Un inhibiteur de la pompe à protons
- Un anti acide type Gaviscon
- Des antalgiques type Paracétamol
- Un antispasmodique
- Massages, ostéopathie
- Rien, aucun traitement n'a prouvé son efficacité
- Des conseils aux parents
- Autres :

13) Lorsque vous voyez un bébé pour des pleurs excessifs inexplicables du nourrisson, vous pensez d'abord :

- A une pathologie organique
- A une dépression maternelle
- A un bébé capricieux
- Moins de 5% des causes sont organiques
- A une mauvaise tolérance parentale aux pleurs
- A des coliques du nourrisson
- Autre :

14) Recherchez vous systématiquement une dépression du post-partum lors d'une consultation pour des pleurs inexplicables du nourrisson?

- Oui Non

- SI OUI, comment la recherchez vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Je lui demande si elle est déprimée
- Je recherche les signes d'alerte : consultations à répétition, angoisse, troubles du sommeil, auto dévalorisation, plaintes somatiques diverses...
- J'utilise l'échelle de dépression du post partum d'Edimbourg
- Je recherche des idées suicidaires
- Je recherche ses facteurs de risques : isolement, antécédent de dépression, problèmes conjugaux...
- Autre :

- SI NON, dans quels cas la recherchez vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Devant des consultations multiples non justifiées
- Jamais
- Devant les antécédents personnels de la patiente
- Chez une mère dont le bébé présente des pleurs excessifs inexplicables du nourrisson prolongés
- Devant des signes cliniques évident de dépression de la patiente
- Devant des facteurs de risques tels que l'isolement, les problèmes conjugaux, les problèmes sociaux...
- Autres :

15) Pensez vous à prévenir le syndrome du bébé secoué lors de vos consultations pour des pleurs du nourrisson ?

- Non
- Oui quand je pense qu'il y a un risque
- Oui systématiquement

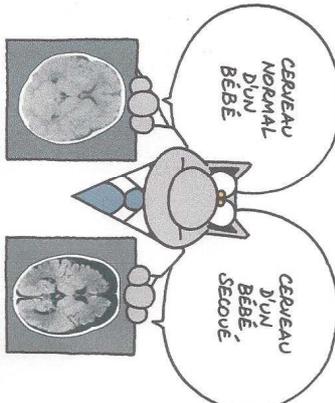
16) Si OUI, comment le prévenez-vous? (plusieurs réponses possibles)

- Je donne une plaquette d'informations aux parents.
- J'informe les parents du risque de mort et de handicap de l'enfant, dès le 1^{er} secouement.
- Je donne les conseils adaptés en cas d'exaspération lors d'épisodes de pleurs prolongés de leur bébé.
- Je ne pense pas à la prévention du syndrome du bébé secoué.
- Je défini aux parents le syndrome du bébé secoué, comme acte de maltraitance, ses dangers pour le bébé, et ses conséquences pénales.
- J'hospitalise le bébé en cas de risque trop élevé de passage à l'acte
- Autres :

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION !

Annexe n° 6 : dépliant de prévention du syndrome du bébé secoué, du Centre Ressource Francilien du Traumatisme Crânien (20)

deppliant_def 19/08/05 10:46 Page 1



pourquoi est-il si dangereux de secouer un bébé ?

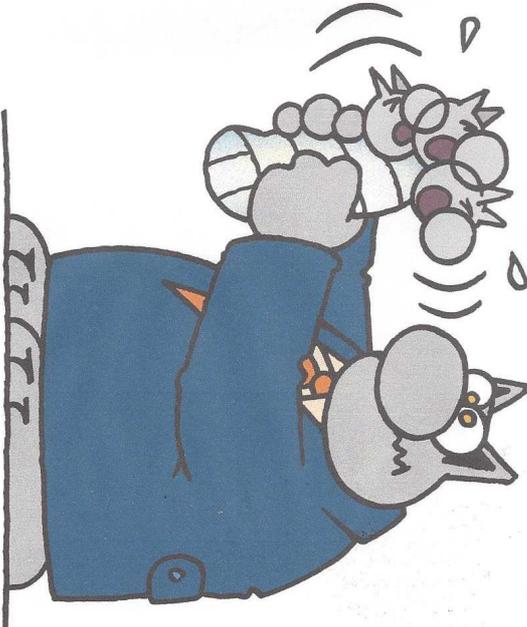
Son cerveau est fragile. Sa tête est lourde
Son cou n'est pas assez musclé
 Le cerveau d'un bébé bouge dans le crâne.
 Si le bébé est secoué, sa tête se balance
 rapidement d'avant en arrière et le cerveau
 frappe contre la boîte crânienne comme un
 coup de fouet. Les vaisseaux sanguins
 autour du cerveau se déchirent, saignent
 et entraînent des lésions cérébrales.

Secouer peut tuer

- 10% décèdent
- près de 50% sont handicapés à vie

informez toutes les personnes qui s'occupent de votre enfant
 quant au danger encouru par un bébé que l'on secoue.

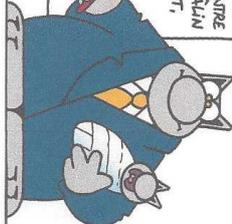
il NE FAUT
JAMAIS
 SECQUER UN BÉBÉ



secouer peut tuer ou handicaper à vie



Ouïin : J'ai faim !
 Ouououin : J'ai soif !
 Ououiiiiin : J'ai sommeil !
 Ououiiiiin : J'ai mal au ventre
 Ouououiiiiin : Je veux un câlin
 Ououiiiiiiiiiiiiin : Surtout,
 ne me secouez pas
 c'est-ce que vous
 pouvez faire
 de pire !
 Aeeuh : merci !



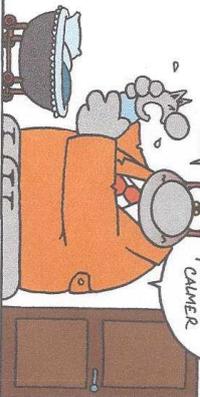
ON PEUT
 SECOURIR
 UN BÉBÉ !

PAS
 UN
 BÉBÉ !



Plutôt que
 de le secourir
 ou le jeter par
 la fenêtre.

Je ferai
 mieux
 de sortir un
 instant
 pour me
 calmer.



bébé pleure, c'est sa seule façon de vous dire que

- il a faim
- il a sommeil
- sa couche est sale
- il a chaud ou froid
- il y a trop de bruit
- il y a trop de monde
- il veut un câlin

pour calmer bébé

- proposez-lui un peu d'eau ou de lait
- vérifiez s'il n'a pas chaud ou froid
- emmenez-le dans un endroit calme
- promenez-le
- changez sa couche
- bercez-le doucement
- massez-lui le ventre ou le dos

bébé continue de pleurer

Si vous ne supportez plus ses pleurs,
 sortez de la pièce pour retrouver votre calme.

- Demandez à quelqu'un de prendre le relais
- Couchez-le sur le dos, au calme dans son lit
- Faites une pause. Respirez profondément.

➔ appelez un(e) ami(e), la famille, un voisin, votre pédiatre
 consultez votre pédiatre, votre généraliste, la PMI, l'hôpital
 S'il fait un malaise, appelez le 15 ou le 18 ne le secouez pas.
 Vos secousses risquent de faire plus de mal que le malaise.

AUTEUR : Nom : VIDREQUIN

Prénom : Camille

Date de Soutenance : 17 octobre 2016

Titre de la Thèse : Les pleurs du nourrisson du 0 à 3 mois : effet du mode d'alimentation et prise en charge du médecin Généraliste

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Thèse d'exercice de Médecine

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Pleurs, Nourrisson, Allaitement, Coliques, Dépression du post-partum, Syndrome du bébé secoué, Médecine Générale

Résumé

Contexte : Les pleurs du nourrisson constituent un problème de santé publique majeur engendrant de nombreuses consultations, avec un risque de dépression du post-partum ou encore de syndrome du bébé secoué. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'effet du mode d'alimentation sur les pleurs et d'étudier leur prise en charge par les médecins traitant, afin d'améliorer les conseils et la formation des patientes et des médecins.

Méthode : Etude prospective par suivi de cohorte sur trois mois, incluant 101 patientes primipares de la maternité de Jeanne de Flandre à Lille, du 1^{er} octobre 2015 au 25 mai 2016. Étude prospective, descriptive incluant 225 médecins généralistes de la France entière, du 1^{er} octobre 2015 au 31 janvier 2016. Le recueil de données s'est fait par questionnaires.

Résultats : En maternité, les bébés, alimentés de manière artificielle, pleurent moins longtemps sur la journée que les bébés allaités au sein ($p=0.087$). À 1 et 3 mois, il n'y a pas de différence significative de la durée des pleurs selon le mode d'alimentation. Les pleurs sont maximums le soir. À la sortie de maternité, 38% des patientes ne se sentent pas assez informées sur les pleurs de leur bébé. Les causes des pleurs sont, selon elles, tournées vers la sphère digestive. Les patientes cherchent des conseils sur les pleurs en premier lieu (58%) auprès de leur médecin traitant. Mais 73% des médecins ne se sentent pas assez formés à la prise en charge des pleurs du nourrisson. 86,67% des médecins rassurent et donnent des conseils, après avoir éliminé une pathologie organique. Les médecins évoquent à 44,14% le diagnostic de coliques du nourrisson pour rassurer les parents. 48% des médecins recherchent systématiquement une dépression du post-partum. 34% des médecins préviennent systématiquement le syndrome du bébé secoué lors d'une consultation pour pleurs.

Conclusion : Il n'y a pas d'effet du mode d'alimentation sur les pleurs, hormis en maternité. Les pleurs sont probablement physiologiques. Il est nécessaire d'informer les patientes sur les pleurs de leur bébé. Les médecins généralistes, en particulier les jeunes, ont besoin d'être davantage formés sur cette question des pleurs du nourrisson et des risques associés.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Asseseurs : Monsieur le Professeur Dominique TURCK

Monsieur le Docteur Jean-Paul DELGRANGE

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Thameur RAKZA