



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Vécu des internes de médecine générale en dernière année de diplôme d'étude spécialisé lors d'une consultation dédiée aux pleurs excessifs du nourrisson : étude qualitative dans les Hauts-de-France

Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 2022 à 14h au Pôle
Formation

Par Marion CATY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Madame le Docteur Marie MOUKAGNI-PELZER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Vécu des internes de médecine générale en dernière année de diplôme d'étude spécialisé lors d'une consultation dédiée aux pleurs excessifs du nourrisson : étude qualitative dans les Hauts-de-France

Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 2022 à 14h au Pôle
Formation
Par Marion CATY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Madame le Docteur Marie MOUKAGNI-PELZER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Avertissement :

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

Liste des abréviations

MG : Médecin généraliste

DES : Diplôme d'étude supérieure

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

DU : Diplôme universitaire

GEP : Groupes d'échanges de pratiques

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

IMG : Interne de médecine générale

ISNI : Intersyndicale nationale des internes

PMI : Protection maternelle et infantile

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	3
INTRODUCTION.....	4
I) Définitions.....	4
II) Vécu des parents.....	6
III) Rôle du médecin généraliste.....	7
IV) Place de l'interne de médecine générale en fin de phase d'approfondissement.....	9
MATERIEL ET METHODES.....	13
I) Type d'étude.....	13
II) Population étudiée et recrutement.....	13
III) Le guide d'entretien.....	13
IV) Réalisation des entretiens, recueil des données.....	13
V) L'analyse des données.....	14
VI) Cadre légal et éthique.....	15
RESULTATS.....	16
I) Description de l'échantillon.....	16
II) Les pleurs excessifs du nourrisson : de la difficulté de la relation triangulaire à la transdisciplinarité.....	17
A) Le NOURRISSON et ses PARENTS : une relation singulière.....	17
1) Le nourrisson et ses pleurs : un acteur central complexe.....	17
a) Mise sous pression : obligation d'efficacité.....	17
b) Une divergence et une communication difficile.....	18
c) Frustration : ne pas répondre à la demande.....	18
2) Un motif qui implique des connaissances.....	19
a) Théoriques.....	19
b) Pratiques.....	23
3) Des techniques de communication.....	25
a) Savoir s'adapter.....	26
b) Différentes techniques.....	27
c) La réassurance.....	27
d) L'effet-miroir.....	28
B) L'INTERNE de médecine générale.....	29
1) Avoir confiance en soi.....	29
a) L'influence du compagnonnage et la transmission du savoir....	30
b) Plus l'interne est passionné, plus il est en confiance : l'importance de la transmission du savoir.....	31
c) Le perfectionnement nourrit la confiance.....	33
2) L'importance de l'expérience.....	33
a) De longues études.....	34
b) Expérience personnelle.....	34
c) Expérience professionnelle.....	36
3) L'interne est soumis à l'incertitude.....	38
a) L'humilité.....	38
b) L'incertitude.....	39
c) Les sentiments négatifs.....	40
d) Tout ceci impacte la temporalité de la consultation.....	41
C) L'approche PLURI-PROFESSIONNELLE : la transdisciplinarité.....	41

D) Modèle intégratif.....	43
DISCUSSION.....	45
I) Forces et limites de l'étude.....	46
A) Les limites de l'étude.....	46
1) Un sujet peu abordé avec les étudiants.....	46
2) L'inexpérience du chercheur.....	46
3) Contexte pandémique.....	46
4) Lieu des entretiens.....	47
B) Les forces de l'étude.....	47
1) Originalité de l'étude.....	47
2) Méthode et recrutement de l'échantillon.....	47
3) Entretiens compréhensifs.....	48
4) Triangulation des données.....	48
5) Grille QOREC.....	48
6) Une modélisation avec des ouvertures.....	48
II) Discussion autour des principaux résultats.....	48
A) L'acquisition du savoir et du savoir-faire.....	49
1) Une formation universitaire mal vécue.....	49
2) Une anamnèse et une sémiologie spécifique.....	49
3) Un risque de « surprescription » médicamenteuse.....	50
B) Une relation triangulaire spécifique.....	50
1) La relation médecin-malade.....	50
2) Savoir s'adapter aux spécificités de la médecine générale.....	51
3) Lorsque l'on vit soi-même la parentalité.....	52
III) Ouvertures et perspectives.....	53
A) La formation des internes de médecine générale.....	53
B) Le ressenti des médecins généralistes installés.....	54
C) Le ressenti des parents qui consultent l'interne.....	56
D) Des outils à disposition pour combler les lacunes.....	56
CONCLUSION.....	58
BIBLIOGRAPHIE.....	59
ANNEXES.....	67

RESUME

Contexte : Les pleurs sont caractéristiques de la première année de vie du nourrisson. Il existe un manque de connaissances des professionnels de santé à ce sujet. Après un parcours de formation inégal, les internes de médecine générale doivent, en fin de DES, attester du développement de leurs compétences dans le suivi de l'enfant. Aucune étude n'aborde le ressenti de l'interne de médecine générale face aux pleurs du nourrisson. L'objectif de cette étude était d'étudier le ressenti des internes de médecine générale en dernière année de DES lors d'une consultation dédiée aux pleurs excessifs du nourrisson.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels compréhensifs auprès d'internes en dernière année de DES de médecine générale à Lille en 2021. La suffisance des données a été obtenue. Une analyse par théorisation ancrée des verbatims a été effectuée avec triangulation des données. L'analyse aboutit à la réalisation d'un modèle intégratif.

Résultats : Le ressenti des internes de médecine générale face aux pleurs du nourrisson est dans l'ensemble difficile. La formation pédiatrique étant majoritairement hospitalière, les internes considèrent avoir des lacunes. L'interne est donc en perpétuel doute et peut ressentir de la frustration. Des techniques de communication sont alors déployées pour appréhender de la meilleure façon la relation triangulaire (parents/ enfant/ médecin). Les expériences personnelles et professionnelles apportent peu à peu de la confiance à l'interne.

Conclusion : Les internes sont en demande d'exercice en ambulatoire afin de se sentir plus à l'aise à la sortie de leur internat. Les lacunes peuvent traverser le temps malgré les années d'expérience. Des outils pédagogiques sont à disposition des médecins généralistes qui ont un devoir d'auto-formation.

INTRODUCTION

Les cris-pleurs sont caractéristiques de la première année de vie du nourrisson et constituent son canal de communication principal. (1) Ils garantissent la capacité du nouveau-né à interagir avec son entourage. Les parents identifient les cris de leur bébé qui constituent un signal d'appel et un précurseur du langage participatif. (2)

Les pleurs se majorent à l'âge de 6 semaines et diminuent pour se stabiliser vers 12 semaines de vie. Ils peuvent durer plusieurs heures par jour.(3)

Devant des pleurs jugés excessifs par les parents, le médecin généraliste est au centre d'une prise en charge rigoureuse pour identifier l'urgence, rassurer, conseiller les parents souvent désemparés. (1)

Plusieurs facteurs sont attribués aux pleurs habituels du nourrisson : la faim, la soif, une couche mouillée, le nez encombré, la chaleur, le froid. (4)

On estime que ces pleurs physiologiques représentent 95% des cas (5)(6)(7).

I) Définitions

On distingue différents types de pleurs : les pleurs physiologiques, les pleurs pathologiques ou paroxystiques aigus et les pleurs non spécifiques.

Les pleurs pathologiques ou paroxystiques aigus nécessitent un examen approfondi à la recherche d'une étiologie (77)(78).

Il n'est pas retrouvé de définition claire et précise des pleurs excessifs du nourrisson. Ceci peut s'expliquer par une confusion avec les « coliques du nourrisson », et le caractère subjectif des symptômes.

Dans la littérature, les termes « pleurs excessifs » ou « coliques du nourrisson » sont fréquemment utilisés et ne se réfèrent pas à la même définition. Il y existe des variations quantitatives sur le sujet. (8)(9)

Les coliques du nourrisson forment un syndrome comportemental chez des nourrissons qui présentent de longues périodes de pleurs, difficiles à apaiser. Ces épisodes surviennent sans cause évidente, générant préoccupation et inquiétude chez les parents.

Ces pleurs sont associés à un inconfort avec agitation, faciès érythrosique, poings serrés, jambes fléchies, distension abdominale et émission de gaz.

Flaubert dans ses correspondances emploie le mot colique comme « peur ». Mais l'étymologie du mot colique vient du grec « *kolikos* », puis du latin « *colicus* » : « qui souffre du colon ».

Au XIII^e siècle, le terme signifie : « douleurs d'entrailles ». D'où la confusion avec une cause exclusivement digestive imputée aux coliques du nourrisson... Il n'y a aucune preuve que ces pleurs soient causés par une douleur (abdominale ou autre).

La « règle des trois », (ou critères de Wessel) qui stipulait que les pleurs liés aux coliques devaient se produire sur une période de 3 heures ou plus par jour pendant au moins 3 jours par semaine, est caduque et abandonnée depuis 2017.

En effet :

-Il n'y a aucune preuve que les nourrissons qui pleurent plus de 3 heures par jour soient différents des nourrissons qui pleurent 2 heures et 50 minutes par jour.

-Les nourrissons issus de certaines cultures pleurent plus que des enfants issus d'autres cultures.

-Les parents sont souvent réticents à tenir rigoureusement un journal de suivi du comportement pendant 7 jours.

-La durée de pleurs semble moins affecter les parents qu'une agitation prolongée, inexplicée et impossible à calmer.

Les critères de diagnostic des coliques du nourrisson peuvent donc être définis par les critères de la Rome IV :

-Nourrisson de moins de 5 mois.

-Périodes récurrentes et prolongées de pleurs, avec agitation ou irritabilité du nourrisson qui se produisent sans cause évidente et qui ne peuvent être évitées ou résolues par les parents.

-Absence de retard psycho-moteur ou de maladie identifiée chez un nourrisson eutrophe (souvent pléthorique). (43)

II) Vécu des parents

Les pleurs représentent un besoin primaire du nourrisson, celui de manger, d'être changé. Si la réponse à ce besoin n'est pas adaptée, les pleurs s'accroissent et font naître une angoisse, une frustration chez les parents qui perdent parfois leur contrôle et le rôle de "parents contenant". Leurs compétences parentales se trouvent dépassées, ils compensent par un surinvestissement le plus souvent délétère. (1)

Des facteurs de risque de pleurs excessifs ont été identifiés dans la littérature:

(11)(12)

- notion de premier enfant,
- familles monoparentales,

- vie urbaine,
- deux parents au niveau d'étude élevé qui mènent une activité professionnelle,
- âge maternel entre 30 et 34 ans,
- absence de soutien (entourage familial),
- tabagisme passif

Des recherches concernant le ressenti des parents devant ces pleurs sont décrites dans la littérature (42)(44)(45). Les parents ressentent de l'anxiété et de la frustration devant les pleurs inconsolables de leur nourrisson au cours des trois à cinq premiers mois de leur vie.

La conséquence la plus dangereuse pour le nourrisson est la maltraitance comme le syndrome du bébé secoué ou la négligence. (13)(15)(16)(17)

III) Rôle du médecin généraliste

La signification des pleurs du nourrisson est reliée à différentes étiologies (coliques idiopathiques, spasmes du sanglot), soulignant le rôle crucial des intervenants de premières lignes comme le médecin généraliste (MG).

Les pleurs génèrent de nombreuses consultations en médecine générale (14). Les conséquences sont une surprescription médicale devant l'insistance des parents et un surinvestissement parental, source d'anxiété.

Le rôle du MG est crucial afin d'éliminer au préalable les diagnostics différentiels: (18)

-pathologies infectieuses

-traumatismes

-insuffisance cardiaque

-pathologie gastro-intestinale (volvulus, invagination intestinale aiguë, hernie, torsion testiculaire).

-oesophagite secondaire au reflux gastro-oesophagien souvent associé à des dysphagies.

-allergie aux protéines du lait de vache (APLV) qui se traduit par une prise de poids insuffisante, des selles molles, et parfois un eczéma et/ou des bronchiolites associées.

-certaines maladies rares, difficiles à repérer dans les premières semaines.

L'attention peut être attirée par des pleurs excessifs qui se prolongent au-delà du 4^e mois, des éléments dysmorphiques, des troubles de la succion déglutition, de signes associés (syndrome de Williams, d'Angelman, de Cornelia de Lange,...)

Concernant les thérapeutiques, il n'y a pas de recommandations officielles. Les études sont peu nombreuses.

- 6 études différentes ne retrouvent ni lien entre reflux acide et coliques, ni efficacité des inhibiteurs de la pompe à protons. (19)
- 3 études et une méta-analyse ont retrouvé une efficacité d'une alimentation sans protéine de lait de vache. Mais, ces études comportent des biais (faible puissance, biais de sélection...) (20)(21)

- 8 méta-analyses convergent vers l'efficacité du Lactobacillus Reuteri mais seulement chez les bébés allaités. Son administration réduirait en moyenne les pleurs de 50 min par jour. (22)

Les prises en charge sont donc variées et individuelles en l'absence de recommandations claires:

- changement de la formule du lait artificiel, en donnant une composante hypoallergénique (23)(24) ou à base de soja (25)
- alimentation adaptée, hypoallergène en cas d'allaitement maternel (26)
- prescriptions de probiotiques.
- thérapeutiques médicamenteuses anti-reflux ou anti-coliques (plutôt déconseillées) (27)
- thérapies manuelles (massages) (sans efficacité prouvée) (28)(29)

D'autres prises en charges sont basées sur une réassurance et un soutien des parents.(30)(31)

Des données de la littérature se focalisent sur l'intervention lors de la dépression du post partum. (32)(33)

Dans certaines situations, une hospitalisation de l'enfant est nécessaire, ce qui permet une décharge anxieuse des parents et la mise en sécurité du nourrisson afin d'observer son comportement. (34)

IV) Place de l'interne en médecine générale en fin de phase d'approfondissement

Le Diplôme d'étude supérieure (DES) de médecine générale a un cadre légal qui définit une maquette de stages composée :

- d'une phase socle (les 2 premiers semestres) : un stage en médecine générale ambulatoire de niveau 1 et un stage en service d'urgences (si capacités de formations insuffisantes: possibilité de remplacer un semestre par de la médecine polyvalente).
- d'une phase d'approfondissement : un stage de médecine polyvalente / un stage de santé de l'enfant en ambulatoire ou de pédiatrie en hospitalier / un stage de santé de la femme ambulatoire ou de gynécologie en hospitalier / un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée de niveau 2 (SASPAS). En cas de capacité de formation insuffisante les stages en santé de la femme et de l'enfant peuvent être couplés. Ceux-ci sont réalisés préférentiellement en ambulatoire. (35)

A Lille, la majorité des stages en santé de la femme et de l'enfant sont couplés et en hospitalier. Les internes effectuent en général 3 mois de stage de santé de l'enfant sur leur 6 semestres. (36)(37)

Les internes ont accès à des formations complémentaires comme le diplôme universitaire (DU) de lactation humaine et allaitement maternel. (38)

Le cadre légal du DES a défini un volume d'enseignements théoriques hors stages de deux cents heures. Les groupes d'échanges de pratiques (GEP) ont démontré leur efficacité. (39)

Ils consistent à utiliser des situations vécues par les internes dans leur pratique professionnelle comme support de formation pour les faire réfléchir sur l'action après l'action, ce qui permet d'évaluer leurs connaissances et surtout leurs stratégies de résolution de problèmes et le résultat (la performance). (40)

Après un parcours de formation, les internes de médecine générale doivent, en fin de DES, attester du développement de leurs compétences dans le suivi de l'enfant. Du stade de "novice" ils doivent progresser au stade de "compétent" c'est-à-dire capable d'exercer en autonomie.

L'interne en médecine s'inscrit dans une vie professionnelle et personnelle. Différents facteurs définissent sa personne : son âge, sa situation sociale, son vécu, sa situation familiale.

Des travaux se concentrent sur le ressenti des parents face aux pleurs de leur bébé. (42)

Aucun n'aborde le ressenti de l'interne de médecine générale en fin de phase d'approfondissement. Cette population a été choisie car elle a réalisé tout ou partie de la formation pédiatrique prévue durant l'internat de médecine générale. On retrouve peu de données scientifiquement prouvées concernant les coliques du nourrisson. La conséquence est le manque de connaissances des professionnels de santé à ce sujet. De nombreuses prises en charge sont donc employées. Cela va d'une surmédicalisation à un comportement attentiste. Le travail d'une thèse a tenté d'établir une liste exhaustive des moyens thérapeutiques utilisés.(41)

Devant ce constat, le sujet de recherche a été élargi aux « pleurs du nourrisson ». Le choix a été fait pour ne pas se restreindre à un sujet peu connu.

L'objectif de cette étude était d'étudier le vécu des internes de médecine générale en dernière année de DES lors d'une consultation dédiée aux pleurs excessifs du nourrisson.

MATERIEL ET METHODES

I) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée des données issues d'entretiens individuels de type semi-directifs.

II) Population cible et recrutement

La population étudiée était les internes en médecine générale de la faculté Henri Warembourg de Lille (Hauts-de-France), en dernière année de DES de médecine générale. Ils appartenaient tous à la promotion 2018. Les étudiants interrogés se trouvaient dans le même lieu de stage que l'enquêteur. La population a été recrutée par échantillonnage raisonné théorique entre avril 2021 et octobre 2021, orientant la recherche de nouveaux participants en fonction des analyses précédentes selon un effet boule de neige.

Chaque participant a été recruté directement sur son lieu de stage, permettant de présenter la thématique globale de l'étude. Les participants ne connaissaient pas l'objectif de recherche au préalable.

III) Le guide d'entretien

En janvier 2021, 5 entretiens-tests (annexe numérique¹) ont été réalisés en visioconférence (au vu de la situation sanitaire). Ils ont permis de façonner un premier guide d'entretien (annexe 1) qui a été évolutif (annexe 2) et actualisé au fur et à mesure des entretiens, avec ajustement des questions ouvertes. Finalement, deux versions ont vu le jour.

IV) Réalisation des entretiens, recueil des données

9 entretiens (annexe numérique 2) ont été réalisés en présentiel du 30 avril 2021 au 27 octobre 2021, dans un lieu choisi par le participant, dans l'enceinte de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Lille. Chaque entretien était de type compréhensif selon les principes de J.C Kaufmann (75). Le nombre d'entretiens a été fixé par l'obtention de la suffisance des données atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles propriétés pour compléter une catégorie conceptuelle existante ou en suggérer une nouvelle. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone iPhone ®. Chaque enregistrement audio a été retranscrit de façon anonymisée *ad-integrum* à l'aide d'un ordinateur portable de marque Apple® et du logiciel Microsoft Word ®. Un journal de bord (annexe 3) a été tenu tout au long de la recherche, permettant à l'élaboration théorique de rester ancrée aux matériaux des entretiens. Dans le journal de bord, des comptes-rendus de terrain, de codages, théoriques, et opérationnels ont permis l'analyse ancrée dans les données et de rassembler, après chaque analyse d'entretien, les nouvelles pistes à explorer. Il a permis au chercheur d'analyser ses ressentis à la fin de chaque entretien, mais aussi de recueillir chaque réflexion hors contexte.

V) L'analyse des données

L'ensemble des verbatims a été analysé à l'aide du logiciel Microsoft Excel ® selon le principe de la théorisation ancrée. Une triangulation des données a été réalisée indépendamment entre le chercheur, un médecin formé à la recherche qualitative (CC) et un médecin généraliste novice en recherche qualitative (AC). L'analyse a été réalisée selon les principes de C.Lejeune (76). Le codage ouvert avec étiquettes expérientielles et propriétés ont permis l'émergence de catégories conceptuelles amenant à la réalisation d'un modèle intégratif.

Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ) : 32 critères ont été validés. (annexe 4)

VI) Cadre légal et éthique

Le consentement oral de chaque participant a été recueilli au préalable concernant l'enregistrement audio et la retranscription de chaque entretien. Aucun refus n'a été mis en évidence. Chaque participant était libre de mettre fin à l'entretien à tout instant. Les données ont été anonymisées et désidentifiées. Les enregistrements retranscrits ont été détruits.

Cette étude n'a pas nécessité de déclaration de conformité auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), utilisant une méthodologie de référence MR-004. Elle n'a par ailleurs pas nécessité d'accord préalable auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP).

RÉSULTATS

I) Description de l'échantillon

Au total neuf internes en dernière année de DES de médecine générale de la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille ont participé à l'étude dont six femmes et trois hommes.

Les entretiens ont duré de cinq minutes quinze secondes à vingt minutes trente-deux secondes, avec une moyenne de onze minutes.

Les caractéristiques des participants et les conditions d'entretien ont été retranscrites dans le tableau ci-après :

	sexe	âge	situation familiale	date	durée entretien	lieu d'entretien	conditions particulières
E1	femme	31 ans	en couple, 2 enfants	30 avril 2021	5min15sec	Salle de pause de pédiatrie	Autour d'un café + Interruption quelques secondes par IDE entrant dans la salle donc malaise, timidité ++
E2	femme	28 ans	en couple, pas d'enfant	12 mai 2021	6min22sec	Salle de consultation gynécologique	Entre 2 urgences gynécologiques donc stress ++
E3	homme	30 ans	célibataire, pas d'enfant	27 mai 2021	20min32sec	Salle des internes de gynécologie	Après le déjeuner autour d'un café, ambiance calme, décontractée
E4	femme	27 ans	en couple, pas d'enfant	23 août 2021	14min38sec	Salle famille des urgences pédiatriques	Après le déjeuner, ambiance calme

E5	homme	28 ans	en couple, pas d'enfant	30 août 2021	8min55sec	Salle famille des urgences pédiatriques	Après le déjeuner, ambiance calme
E6	femme	29 ans	célibataire, pas d'enfant	19 octobre 2021	8min58sec	A la cafétéria, seules	Autour d'un café et d'un croissant, ambiance calme, décontractée
E7	femme	28 ans	en couple, pas d'enfant	20 octobre 2021	6min41sec	Salle des internes du service des adolescents	Après le déjeuner, autour d'un café, ambiance calme, décontractée
E8	homme	31 ans	en couple, futur papa quelques mois après	21 octobre 2021	20min08sec	Salle de pause de l'internat	Après le déjeuner, autour d'un café, ambiance calme et décontractée
E9	femme	27 ans	en couple, pas d'enfant	27 octobre 2021	10min41sec	Salle famille des urgences pédiatriques	Entre 2 urgences pédiatriques, ambiance calme malgré tout

II) Les pleurs excessifs du nourrisson: de la difficulté de la relation

triangulaire à la transdisciplinarité

A. Le NOURRISSON et ses PARENTS: une relation singulière

1- Le nourrisson et ses pleurs: un acteur central complexe

a. Mise sous pression: obligation d'efficacité

Il n'existe pas de *gold standard* concernant les pleurs excessifs du nourrisson. Les parents consultent l'interne de médecine générale (IMG) et attendent une **solution** pour guérir leur enfant. Nous pouvons y voir l'aspect **pressurant** de la

consultation : le parent consulte et veut un aboutissement **efficace**. Ceci amène **anxiété et frustration** pour l'IMG.

“Oui bien sur chose que les parents attendent, ils consultent c’est pour avoir quelque chose en retour, et quand tu leur dis qu’il n’y a rien à faire c’est assez frustrant euh ouais je suis d’accord” (E2)

“donc il y a une forme de pression implicite du corps médical et une pression des parents démunis qui attendent qu’on prescrive...” (E5)

b. Une divergence et une communication difficile

En cherchant une solution au problème de leur enfant, les parents recherchent une action efficace du médecin sous-tendue par une **prescription médicale**. L'IMG a conscience que **l'abstention thérapeutique** est une option. Cette divergence entraîne **incompréhension** et **rupture** de la communication.

“voilà c'est il y a un besoin de prescrire parce que une consultation peut difficilement se terminer sans prescrire sinon il y a un vécu ...de part et d'autre d'ailleurs ...que ça soit soignant ou patients comme étant une inaction et l'inaction n'est pas entendable” (E5)

c. Frustration: ne pas répondre à la demande

Il y a très peu de recherches, d'études concernant les pleurs du nourrisson ce qui peut amener à de la **frustration**. Cette frustration va se retrouver chez le parent comme chez l'IMG.

Les sphères médicales et parentales sont **démunies**.

“Parce que je pense que ce qu’il peut paraître frustrant c’est que même si bien sûr il y aura la réassurance mais l’enfant ne ressortira pas forcément avec un traitement, on n’aura pas forcément un diagnostic euh ...” (E2)

“Et en plus il sait qu’il n’y a rien à faire, on est un petit peu un peu démunis c’est le ouais ..c’est le mot hein” (E5)

2- Un motif qui implique des connaissances

Les pleurs excessifs du nourrisson nécessitent un bagage de connaissances au préalable afin d’éliminer les diagnostics étiologiques différentiels.

a. Théoriques

Les connaissances théoriques sont indispensables à l’interne pour appuyer ses arguments.

L’interne doit **convaincre et faire preuve de réassurance**. Son diagnostic est sûr.

Cela est pour lui un gage de **crédibilité**.

“après y’a aussi des connaissances théoriques qui permettent tout simplement d’expliquer aux parents que ben... les régurgitations c’est quelque chose de physiologique jusqu’à 9 mois parce que le sphincter ne s’est pas encore fermé, le fait que les coliques sont physiologiques également qu’elles sont extrêmement fréquentes que c’est un motif de consultation fréquent....c’est des choses qui peuvent rassurer les parents mais pas tout le temps tout le temps et euhet pas tout le temps” (E8)

L’interne de médecine général s’appuie sur ses connaissances théoriques **acquises au cours de son cursus**. Il fait preuve d’un esprit **systematique**. Cette rationalité dans la subjectivité des symptômes est **rassurante**.

“Oui voilà donc vraiment sur les caractéristiques des cris (en adoptant un ton plus scolaire) sur ... vraiment ouais ...vraiment sur l’anamnèse de ce que pourrait signifier ces pleurs quoi ... du coup j’ai vraiment pu mieux euh...

Ouais au niveau du coup des critères diagnostiques” (E2)

“Oui, mais globalement c’est vrai que bon je faisais l’examen un petit peu comme voilà, on nous a appris “(E2)

“et donc c’est hyper important je pense d’arriver et de dire bon voilà ... d’être factuel de dire voilà quels sont mes symptômes, voilà l’histoire de la maladie ce qui m’a été rapporté, voilà ce que moi je constate, voilà mon expérience à moi : c’est vrai que maintenant je me sentirai plus à l’aise là-dessus” (E3)

Certaines connaissances sont **non acquises** par l’IMG. Ces **lacunes** sont sources **d’anxiété**, de **doutes** et de crainte d’un manque de **crédibilité**. Les étudiants en ont **conscience** et en sont en partie **responsables**. Il existe chez eux une part de **négligence**.

“et après sur tout ce qui est dépistage, suivi physiologique.... bah voilà c’est des connaissances qu’on n’a pas eu et j’utilise le terme « connaissance » et pas « compétences » ce sont des connaissances qu’on n’a pas eues dans le 2e cycle et en fait au 3e cycle on considère que toutes les connaissances sont acquises et qu’on passe aux compétences : non c’est pas vrai !c’est pas vrai !” (E5)

“alors est-ce qu’on est assez formé ? je pense (d’après mes souvenirs c’était longtemps l’externat) qu’on a quelques connaissances, on a quelques chapitres qui

parle de la physiologie etc. mais en fait euh ...on ne voit absolument pas l'intérêt pratique de ces connaissances là et on ne voit pas l'application et souvent c'est des parties où il y a très peu de questions dessus du coup on ne les travaillent pas aussi correctement... alors que par exemple le développement psychomoteur de l'enfant en fait alors : je sais faire un examen ...en tout cas je savais faire ...assez tôt un examen psychomoteur de l'enfant mais s'il y avait une anomalie j'aurais pas su en fait en fait “
(E8)

La physiologie du nourrisson est une **lacune** repérée chez les internes. Elle pourrait être comblée par une formation qui reste **inéegale**.

“ouais mais non en effet je trouve que au niveau de la physiologie on connaît pas très très bien on est peu formés quand même” (E6)

“moi je trouve que la formation en pédiatrie en médecine générale comme c'est fait actuellement .. moi je trouve que c'est un peu naze enfin ..je pense que c'est Bien si on passe PMI par exemple mais en passant en hospitalier on voit que des enfants malades soit en aigu soit en chronique mais on voit pas d'enfants qui vont bien et du coup finalement on ne sait pas trop ce que c'est un enfant normal ...qui grandit bien.. qui n'est pas malade dès les premiers mois... et que ca peut pleurer aussi et du coup bah forcément on a tendance à se dire bah peut être qu'il a mal au ventre il a ceci cela...” (E7)

Il existe plusieurs supports de formation qui peuvent aider l'interne dans son apprentissage. L'**autoformation** permet de gagner en **expérience**.

- **Supports bénéfiques**

Les enseignements hors stages avec les groupes d'échanges de pratiques sont une source **d'information** et de **transmission** des savoirs.

“bah en fait quand j'étais dans le stage j'ai même fait mon RSCA dessus parce que je pense que nous en med G on connaît pas trop tout ce qui est allaitement et les différents types de lait... il y a vraiment un différents types de lait et moi je l'ai appris pendant mon stage “ (E4)

“oui peut-être c'est plus facile je pense avec les gens qui ont déjà l'expérience... ouais peut-être ils ont l'habitude ou même des gens qui font des DU je pense qu'on apprend ça aussi ...”(E4)

“on n'a pas le côté normal si on ne va pas le creuser nous-mêmes on a peu d'informations là dessus du coup ... durant les GEP on a eu l'occasion quand même d'aborder tout ça mais peu d'expérience” (E5)

“non juste que je pense que du coup un peu comme la gynéco pour moi ça me semble un peu indispensable d' avoir un DU de pédiatrie pour en faire ... je me sens je me sentirais pas légitime de trop en faire si j'ai pas de DU de pédiatrie” (E6)

- **Supports inadaptés**

Certaines formations complémentaires n'apportent pas de connaissances supplémentaires.

“et voilà moi je trouve que pour la pédiatrie c'est pas forcément super bien et même les cours qu'on a je trouve qu'ils n'étaient pas adaptés du tout ...un cours au

développement du nourrisson il y en a même 3 : petits/enfants/ados mais toujours pareil ce sont des cours où c'est nous qui devons faire nos propres cours et au final on rapproche toujours le même sujet ...” (E7)

“Ah et j'ai fait le DU d'allaitement aussi !

c'est sur euh.... 6 mois enfin 6 bons mois : 96 h de e-learning ... (en levant les yeux au ciel)

il y a rien du tout pas de pratique !

ouais euh bah déjà on avait un contrôle continu et à la fin un examen écrit, des QCM

“(E7)

La formation théorique passe par **l'autoformation**.

“Ah ben les conseils du coup c'est parce que j'ai regardé sur internet si tu veux.. oui voilà j'ai regardé les pleurs incessants du nourrisson (rires)” (E4)

b. Pratiques

- **Formation diversifiée**

Il existe une partie pratique avec une diversité dans les choix de stages. Le savoir passe par **l'écoute de ses pairs** et la **pratique de terrain**.

“Ben voilà j'ai vraiment regardé sur 1h les conseils, j'ai suivi quelques conseils aussi des expériences que j'ai vues en stage de ped et on m'avait dit qu'il faut masser ouais voilà” (E4)

“moi j'ai appris j'étais en gastro ped j'avais oublié de dire ...c'est là que j'ai appris tous les types de laits” (E4)

“oui j'ai été confronté à ce genre d'expérience .. euh bah j'ai pas fait beaucoup de pédiatrie pendant mon externat “(E8)

- ***Inégale et surspécialisée***

Les stages sont ressentis avec une utilité inégale selon les lieux.

Certains stages sont spécialisés par rapport à la vision globale qu'impose l'internat de médecine générale. La formation étant hospitalière, les internes considèrent avoir des lacunes.

“Ouais alors j'étais passée pendant l'externat alors c'était en néonate donc encore là euh (haussant les sourcils) ... ouais ... bien spécialisé” (E2)

“je maîtrise peu, en tout cas je pense que d'être passée en pédiatrie m'a permis de découvrir certaines choses mais assez peu en fait ... parce que on est dans un milieu hospitalier on n'aborde pas la physiologie au final” (E5)

“moi je trouve que la formation en pédiatrie en médecine générale comme c'est fait actuellement .. moi je trouve que c'est un peu naze enfin ... je pense que c'est bien si on passe PMI par exemple mais en passant en hospitalier on voit que des enfants malades soit en aigu soit en chronique mais on voit pas d'enfants qui vont bien et du coup finalement on ne sait pas trop ce que c'est un enfant normal ... qui grandit bien.. qui n'est pas malade dès les premiers mois... et que ça peut pleurer aussi et du coup bah forcément on a tendance à se dire bah peut être qu'il a mal au ventre il a ceci cela...” (E7)

“ouais donc je pense que ce serait bien de faire de la pédiatrie de ville aussi c'est vraiment utile... après tout, on est médecins généralistes !

la majorité d'entre nous finira en ville donc je pense que c'est comme tout : avoir une formation libérale en ville je pense qu'elle serait plus profitable pour nous et pour les patients “(E8)

- **Des avis contradictoires**

Certains stages sont appréciés des internes et y voient un **bénéfice**.

“ben je pense que pendant nos études, notre cursus il est pas mal et pendant notre internat ...bah la formation en fait c'est ce que ce que t'en fais ce que t'en prend... parce que pareil si tu as des praticiens qui... moi j'ai eu la chance d'avoir un prat qui faisait pas mal de pédiatrie... forcément ça te met à l'aise et donc quand j'ai fait plus de pédiatrie chez les autres ..”(E3)

D'autres stages donnent des avis plus négatifs.

“Après moi j'aurais aimé dans ma formation être beaucoup plus accompagnée c'est-à-dire voir quasiment toutes les consultations avec quelqu'un” (E6)

“Ah oui oui oui, j'ai vraiment pas aimé. J'aime pas les urgences... j'aime pas les urgences et j'aime pas la façon dont on prend en charge les patients et ce que ça fait de moi en tant que médecin” (E3)

3- Des techniques de communication

Aborder la **relation triangulaire** requiert des techniques de **communication** pour l'interne. Il apprend à **prendre du recul**. Il peut aborder des sujets de prévention.

“savoir rebondir et de toute façon on n'est pas dans une situation d'urgence c'est ça et puis que ce soit un enfant unique à ce moment-là ou déjà une fratrie : sur certains trucs de prévention de toute façon si c'est pas là, il y aura forcément à un moment un angle d'attaque pour en reparler (rires) donc il faut savoir que ... c'est moi qui dit ça (rires) faut savoir être patient !!!!” (E3)

a. **Savoir s'adapter**

Il doit adapter son langage, son information aux parents et se mettre à leur niveau de compréhension en ayant un langage adapté. La relation parents/enfants est singulière et particulière. L'IMG doit être doté de capacités de **réassurance**.

“pour moi on peut pas être bon dans sa pratique on ne peut pas être bon médecin si on n'est pas compris ! sinon y'a des patients qui comprennent plus ou moins la chose ou qui veulent comprendre plus ou moins de choses” (E3)

La temporalité en ville et à l'hôpital est différente. L'interne prend plus de temps à expliquer les choses en ville qu'en hospitalier. Il rentre dans sa **posture de médecin en soins premiers**.

“la communication que tu as avec ton patient... on parle beaucoup en pédiatrie d'une relation triangulaire que tu as avec les parents ...elle n'est pas du tout pareil quand t'es en cabinet que quand tu es à l'hôpital

à l'hôpital tout le monde sait qu'on est surchargés partout ...du coup les parents ne se permettent pas forcément de demander des avis très poussés etc. ils se contentent d'être rassurés sur la gravité de leurs enfants et puis ils s'arrêtent là ...alors qu'en ville on apprend comment parler aux parents, la prévention, les soins primaires, quoi voilà c'est tout ce que je voulais rajouter” (E8)

b. Différentes techniques

Il peut prendre le parent comme témoin de la non gravité des symptômes du bébé.

Les parents deviennent **acteurs** de la consultation.

“mais genre enfin un truc qui est très rassurant pour les parents je trouve en tout cas ...c'est un peu la théâtralisation de l'examen clinique où on décrit au cours de l'examen somatique tout ce qu'on est en train de faire oui systématique en disant « bon l'auscultation est claire, l'abdomen est souple dépressible » enfin en vulgarisant bien sûr les propos et du coup comme ça tout au long de l'examen le parents en fait suivent l'évolution de notre analyse et comprennent avant même qu'on lui explique que bah en fait c'est normal ...et enfin on vient juste conclure l'examen en disant bah que il y a pas de signes de gravité et que c'est plutôt rassurant “ (E8)

c. La réassurance

La **réassurance** de l'interne est faite auprès des parents du nourrisson. Il fait preuve **d'empathie**.

“Ouais et c’est là où justement il ne faut pas hésiter à rassurer et dire que voilà vous pouvez me reconsulter vraiment en cas de doutes y’a pas de soucis et je pense qu’ils acceptent mieux comme ça..” (E2)

L’interne doit délivrer une information claire, loyale et adaptée.

“c’est plus moi dans ma façon de communiquer avec les patients évidemment que j’ai envie de les rassurer sans mentir évidemment et sans sous-estimer ce que je vois : je dois dire la vérité sur ce que je vois ...” (E6)

Pour rassurer, l’interne peut s’adresser à un confrère.

“si vraiment leur bébé pleure en continu et que moi ça m’inquiète pas mais qu’eux sont complètement stressés je leur dirai : »écoutez pour moi il y a rien mais si vraiment vous êtes inquiets il faut aller aux urgences »” (E7)

La technique de réassurance s’acquiert au fil des expériences.

“et hum même par rapport à moi en fait le fait d’avoir plus confiance en moi en fin d’internat fait que j’arrive à rassurer les parents de temps en temps...” (E9)

d. L’effet-miroir

La façon dont se comporte l’interne peut influencer le comportement des parents et inversement.

“Euh ... une fois rentrée bon je voyais suivant comment les parents se comportaient si j’étais plus ou moins rassurée” (E2)

“(En me coupant la parole) J’ai envie de dire, attention, je vais être un peu vulgaire, mais dès le « petit pet de travers » (en faisant le signe des guillemets) ça prend une ampleur assez euh .. Et puis toi t’es influencée aussi par la façon dont ils perçoivent le symptôme de l’enfant donc ...”(E2)

Le parent peut être plus expérimenté que l’interne. Il y a un perpétuel échange entre le parent et l’interne.

“Et pour le coup si c’est un premier enfant ouais tu te dis il a pas forcément toutes les clés bon bah toi non plus (rire) et c’est un peu : on apprend ensemble quoi (rire)” (E2)

Les parents sont le reflet de l’enfant.

“mais on a peut-être aussi des difficultés là-dessus à accompagner les parentsc’est que on se centre sur l’enfant : « donc OK il a mal du coup il faut qu’on fasse quelque chose « mais est-ce que au final c’est pas plutôt le reflet des parents qui renvoie au médecin...” (E5)

“et on a l’impression quand même que le doliprane les soulage donc on ne sait pas trop dire si c’est des douleurs ou de l’anxiété ou ...

On ne sait pas trop dire si c’est l’anxiété du parent qui est retransmise à l’enfant (rires)” (E9)

B. L’interne de médecine générale

1- Avoir confiance en soi

L’IMG doit assumer son statut. Pour cela, il se doit d’être en **confiance**.

“je donnais l'impression aux parents d'être un peu plus sûre, même si au fond de moi je savais que je nageais un peu dans le brouillard !! (Rires)” (E2)

Les internes sont confiants lorsqu'ils ont des domaines de prédilection.

“bah franchement cliniquement ils sont toujours vraiment impeccables ça m'a jamais ça m'a jamais trop fait peur ce genre de motif” (E6)

“bah franchement en pédiatrie moi je me sens quand même assez à l'aise” (E7)

a. L'influence du compagnonnage et de la transmission du savoir

Le compagnonnage peut avoir un esprit confraternel et bienveillant. L'IMG s'inspire du savoir transmis.

“Et on trouvait rien (en disant non de la tête), on ne trouvait rien du tout, elle était en bonne santé, avec une bonne croissance, des bonnes prises alimentaires euh.... Et il y avait des réveils nocturnes” (E1)

“il y a des... j'ai appris quelques ...c'est des petites astuces de communication surtout plus que des compétences médicales

non c'est vraiment le contact avec certains conseils que m'ont donné mes prat... mais genre enfin un truc qui est très rassurant pour les parents je trouve en tout cas ...c'est un peu la théâtralisation de l'examen clinique où on décrit au cours de l'examen somatique tout ce qu'on est en train de faire” (E8)

Le compagnonnage peut avoir un aspect hiérarchique plus marqué apprécié par l'interne. Il se sent en sécurité et rassuré lorsqu'il demande un avis.

“Donc non c'est vrai que j'appelais assez rapidement mon sénior “ (E2)

“ce qui était bien ici c'est qu'un nourrisson on nous a dit « en fait vous réfléchissez pas un nourrisson qui fait de la fièvre ...euh .. enfin tout du moins un nouveau-né qui fait de la fièvre... voilà jusqu'à 2 mois /3 mois vous hospitalisez, on fait le point “ (E3)

“Après moi j'aurais aimé dans ma formation être beaucoup plus accompagnée c'est-à-dire voir quasiment toutes les consultations avec quelqu'un plutôt que de nous envoyer seuls et ensuite d'en reparlermais cliniquement je trouve qu'il faut faire tout ensemble” (E6)

“oui j'étais très accompagné , je me suis pas retrouvé en difficulté dans ces situations là parce qu'il y avait toujours mon prat qui était là ...” (E8)

“Bah au début c'était difficile ouais à Valenciennes c'est vrai à chaque fois je demandais de l'appui du pédiatre je retournais avec lui pour écouter ce qu'il disait. “ (E9)

... Ou moins apprécié ...L'interne peut parfois ressentir une pression et un stress face à la différence de statut entre lui et son sénior.

“euh... en général on est tout seul parce qu'il est tard et il n'y a plus qu'un interne parfois un chef mais qui dort donc on n'ose pas forcément le réveiller en plus l'examen du bébé est normal et souvent il arrive et il ne pleure plus “ (E9)

b. Plus l'interne est passionné, plus il est en confiance :

l'importance de la transmission du savoir

La passion peut être entraînée par un pair, celle-ci peut entraîner de l'inspiration voire de l'admiration du côté de l'interne.

“bah en fait c’était beaucoup plus fluide pour moi aussi... d’avoir les réflexes... notamment mon praticien qui était en dans le Cambrésis qui voilà faisait de la médecine... il faisait parfois 20 ou 30 bornes, il allait prendre sa bagnole il allait hospitaliser lui-même des patients parce qu’il a le covid fin voilà... c’était ce genre de praticien très généreux mais sur les courbes de croissance, le carnet, les choses comme ça ben y’avait pas grand-chose... on a tous nos qualités et nos défauts “ (E3)

“oui j’étais très accompagné , je me suis pas retrouvé en difficulté dans ces situations là parce qu’il y avait toujours mon prat qui était là ... oui oui il était... il faisait beaucoup de pédiatrie aussi parce qu’il aimait ça et qu’il s’y intéressait beaucoup et que il était très formé et très très doué en tout cas de mon point de vue ... et ensuite pendant mon SASPAS c’est surtout là que j’ai pu voir des enfants seuls” (E8)

La médecine peut être une vocation personnelle

“après ça dépend de la sensibilité de chacun d’entre nous faut pas se mentir hein... la plupart du temps les gens ont choisi de faire des études de médecine et j’espère par vocation” (E3)

... Qui amène à faire des choix.

“- donc la pédiatrie ne te fait pas peur ?

- non !ça ne me fait pas peur et j'aime bien surtout.... Enfin finalement en médecine générale on voit beaucoup d'enfants qui vont bien et c'est plus agréable aussi" (E9)

L'interne découvre des spécialités, et des domaines qui peuvent susciter intérêt, engouement et passion.

*"ouais par exemple, c'est vrai que l'inexium j'en n'avais pas beaucoup parlé même dans mes stages précédents... là ici du coup on est entouré de gastro-ped quand même des échos différents et puis on voit que ça commence à changer ...maintenant on fait parfois la fibro avant la prescription
mais c'est vrai que ça commence à changer et ça c'est rassurant, et passionnant .."
(E9)*

c. Le perfectionnement nourrit la confiance

L'interne doit s'astreindre à effectuer la meilleure prise en charge pour le patient.

L'interne doit sans cesse se questionner pour s'améliorer.

*"Donc en fait tu sais jamais Donc ça peut être le danger de faire comme d'habitude ou donc de faire ce transfert
se remettre en question, jamais être trop sûr de soi " (E3)*

2- L'importance de l'expérience

L'expérience forge la confiance. Notamment grâce à la sphère privée.

"Ouais je pense quand même parce que j'ai toujours aimé les bébés, j'ai toujours fait du baby-sitting tout ça... ne serait-ce que pour déshabiller un bébé, pour le porter, tout ça, j'ai jamais eu peur... alors que j'imagine certains internes mecs qui n'ont jamais eu de

bébés dans leur vie euh ... ils doivent être un peu perdus... donc ça ça m'a aidée aussi à être à l'aise en pédiatrie" (E7)

a. De longues études

Les études de médecine sont de longues études. Les IMG sont parfois eux-mêmes dans la **parentalité**.

"Je suis interne en 5e semestre donc avec 3 validés euh... j'ai 2 enfants de 7 ans et 4 ans et je suis en stage actuellement en pédiatrie à l'hôpital saint-Vincent." (E1)

3 internes sur 9 ont un âge supérieur ou égal à 30 ans.

Il existe une forme de honte, de gêne à l'évocation des âges, comme si les études de médecine ne permettaient pas l'échec ou les pauses.

"Je suis interne en 5e semestre donc avec 3 validés euh... j'ai 2 enfants de 7 ans et 4 ans et je suis en stage actuellement en pédiatrie à l'hôpital saint-Vincent." (E1)

"Alors, j'ai 31 ans (avec sourire crispé)" (E1)

"Oula ... (sourire gêné), donc je m'appelle Jean-Baptiste D. j'ai 30 ans (sourire très gêné) euh .. je suis donc en 5e semestre de med G ..." (E3)

b. Expérience personnelle

L'expérience personnelle peut guider la prise en charge de l'interne.

“(soupir)....réassurance...ca a toujours été euh.... Non je trouve que ça n’a pas beaucoup changé en fait, parce que même si j’avais déjà l’expérience d’avoir des enfants, je sais des 2 côtés ce que ça donne en fait ...

-quand on s’inquiète, à juste titre ou pas, et.... Du coup non, je suis déjà arrivée en premier stage avec euh... ce parcours-là qui m’aide à chaque fois...ouais ouais” (E1)

“Ouais je pense quand même parce que j’ai toujours aimé les bébés, j’ai toujours fait du baby-sitting tout ça... ne serait-ce que pour déshabiller un bébé, pour le porter, tout ça, j’ai jamais eu peur... alors que j’imagine certains internes mecs qui n’ont jamais eu de bébés dans leur vie euh ... ils doivent être un peu perdus... donc ça ça m’a aidée aussi à être à l’aise en pédiatrie” (E7)

La vie personnelle de l’interne, son environnement lui forge un caractère qui peut lui être utile pour la pratique de la médecine.

*“-et juste pour revenir juste à la notion de réassurance, est-ce que tu penses que t’es formée à la réassurance, est-ce que tu penses être à l’aise pour rassurer et dire que tout va bien face à l’anxiété des parents ? la fameuse relation triangulaire
-ouais je pense que je le suis de par mon tempérament et ma personnalité” (E6)*

L’interne peut se projeter dans certaines situations qu’il a lui-même peut-être déjà vécues, ce qui influence sa prise en charge.

“déjà sur l’empathie sans doute parce que déjà là maintenant je t’ai dit je suis en ce moment en gynéco et ce matin on nous parlait d’une mort foetale in utéro à 39 semaines qui correspond plus ou moins au terme de mon épouse actuellement... et je sais que

j'en ai vu plein pendant le stage et j'en avais vu aussi dans mon stage gynéco précédent et bon on a quand même une certaine distance en tant que soignant qui est plus difficile à mettre en place dès que on vit une situation assez parallèle ...assez semblable donc je sais pas..." (E8)

c. Expérience professionnelle

• ***L'adaptation constante forge l'expérience***

L'interne s'adapte au contexte et aux crises que peuvent traverser les pays.

"Oui bien sûr (regard timide) donc moi je me présente je suis interne en dernière année, donc de 6e semestre de médecine générale je fais mon stage en pédiatrie donc l'été 2020, une période où il y avait vraiment peu d'entrées" (E2)

"donc de la ville très urbain, j'ai fait un stage de gynéco pédiatrie à Béthune à une époque post COVID: c'était le stage de 5 mois où en pédiatrie, en tout cas, il y avait très très peu d'activité... il y n'avait pas d'urgence pédiatrique ou alors très très peu d'activité" (E8)

Il existe de grandes disparités entre les populations et donc entre les patientèles.

*"alors un prat près de Valenciennes, un prat dans le Cambrésis ... complètement paumé ... euh ... et donc j'ai vu une autre médecine clairement ... qui ne suis pas forcément les recos mais qui était vraiment intéressante aussi et puis un prat près de Méridon donc finalement 3 patientèles assez variées
Donc beaucoup de CMU d'un côté alors qu'une autre me disait qu'il ne savait pas vraiment ce que c'était la CMU (sourire)" (E3)*

“Avant ça j'étais en SASPAS à Douai et à Maubeuge donc c'est plutôt semi rural et peut-être la campagne à Bachon près de Maubeuge” (E4)

L'interne s'adapte aux différents stages de manière itérative tous les 6 mois.

“j'ai fait mon stage N1 à Cambrai ou pareil mes 2 praticiens avaient très peu de pédiatrie” (E5)

- ***La permanence des soins contribue à l'expérience bénéfique***

Le jour comme la nuit, l'interne doit faire son maximum.

“ça devenait assez fluide de faire une éducation thérapeutique même à 3h du mat (sourire narquois)” (E3)

Il y a une continuité des soins, un patient peut être soigné de jour comme de nuit.

“il faut faire comprendre : si finalement les patients n'ont pas compris ils vont te reconsulter toi ... bon à la rigueur... mais s'ils vont aux urgences et on le voit bien : nous quand parfois on a fait sortir les patients des urgences ... qu'on pensait que c'était clair mais ça ne l'était pas et qu'ils reconsultent : si c'est les consignes de reconsultation qu'ils ont suivi bah c'est très bien on a fait le taff, si finalement ils reviennent pour des peccadilles ça m'est arrivé une fois ou le patient est revenu 3h après : on se dit mince c'est que finalement j'ai fait moyennement mon taff. On peut avoir les excuses du monde : on a eu du boulot on est fatigué mais non ... ouais ça c'est un peu dommage...” (E3)

Il y a différents degrés de soins (notamment primaires et secondaires) que l'interne doit assimiler et comprendre.

*“la communication que tu as avec ton patient... on parle beaucoup en pédiatrie d'une relation triangulaire que tu as avec les parents ...elle n'est pas du tout pareille quand t'es en cabinet que quand tu es à l'hôpital
à l'hôpital tout le monde sait qu'on est surchargés partout ...du coup les parents ne se permettent pas forcément de demander des avis très poussés etc. ils se contentent d'être rassurés sur la gravité de leurs enfants et puis ils s'arrêtent là ...alors qu'en ville on apprend comment parler aux parents, la prévention, les soins primaires, quoi voilà c'est tout ce que je voulais rajouter” (E8)*

3- L'interne est soumis à l'incertitude

a. L'humilité

L'interne de médecine générale est un être humain à part entière. Il a des fragilités.

Et doit faire preuve **d'objectivité**

“On a le droit d'avoir peur (rire), faut se laisser le temps...” (E2)

“Quand on vit une situation identique ou parallèle ou proche effectivement l'objectivité n'est plus la même ... “(E8)

L'interne ne se sent pas entièrement légitime.

“bah oui parce que je trouve que c'est beaucoup de réassurance et je trouve que c'est une très très belle part dans le métier d'avoir cette réassurance là mais je me sens pas trop légitime non plus de la donner parce que je suis pas justement mère” (E6)

“ouais je sais pas très bien mais c'est vrai qu'en cabinet j'avoue que moi à part savoir quand faire les vaccins je me sens pas du tout apte à n'importe quoi d'autre ouais” (E6)

b. L'incertitude

Établir un diagnostic précis est compliqué. De plus, l'examen clinique reste une pratique subjective. L'interne peut douter.

“des trucs cons... douleurs abdominales où tu peux avoir 15 000 diagnostics en tête même si parfois tu as envie de te dire.... tu espères pour l'enfant ...mais tu as aussi envie de te dire surtout à une certaine heure la nuit (sourire) « non non mais allez c'est ça c'est une gastro ...c'est machin » “ (E3)

Il subsiste un doute lors de l'établissement du diagnostic. Il manque d'objectivité.

“bah en fait la difficulté vient du fait qu'on a conscience que l'examen est somme toute normal très souvent mais on a conscience aussi que le nourrisson par définition ne communiquant pas ...on pourrait rater un signe fonctionnel, qu'on essaie de rassurer autant que faire se peut les parents en disant que l'examen aujourd'hui il est normal maisvoilà quoi” (E8)

“exactement puis on ne sait même pas enfin quel est la sensibilité et la spécificité de notre examen ...ouais parce que finalement vu que même ...alors ça heureusement ça arrive rarement ...de voir des anomalies du développement psychomoteur mais en fait du coup la confiance aussi que tu as en ton examen et quand tu vois une anomalie ou que tu as l'impression de voir des anomalies parce que c'est quand même un examen

clinique subjectif : est-ce que tu es assez confiant en ton examen pour l'envoyer voir un spécialiste ou un psychologue ou un psychothérapeute ou autre ?..." (E8)

Le doute impacte la façon de communiquer de l'interne face aux parents. L'interne qui doute met en garde les parents de manière optimale, afin de se rassurer lui-même. C'est une méthode d'auto et d'hétéro-réassurance.

"ouais exactement et du coup je me dis « mince en fait est-ce que je passe à côté de quelque chose, est-ce que je réassure trop, est-ce qu'il faut pas non plus que je garde un peu les parents au moins sur le qui-vive « parce que même si là maintenant je ne vois rien un nourrisson, ben.... ça peut se dégrader très rapidement : s'il se déshydrate sur vomissements etc..." (E8)

c. Les sentiments négatifs

Différents sentiments peuvent impacter de façon négative le vécu de l'interne comme la perte de moyens.

"Ben c'est vrai que même avant d'entrer dans la salle et qu'on m'annonçait le motif d'entrée euh ... voilà... j'étais un petit peu en panique (l'air désappointé)." (E2)

Les enseignements théoriques ne sont pas tous à la hauteur des attentes des internes.

"Bah (en soupirant) ni l'un ni l'autre c'était plus en fait... il montrait des études sur ces sujets là et en fait c'était un peu à nous de faire notre propre opinion ... genre voilà une

étude qui a montré que en faisant ça machin, une étude qui montrait que ça patati patata... (en soufflant) ... on n'a pas vraiment eu de cours quoi” (E7)

d. Tout ceci impacte la temporalité de la consultation

Le temps de consultation n'est pas extensible, il faut savoir hiérarchiser les problèmes.

“mais y'a des choses sur lesquelles il faudra faire des concessions même pour la santé de l'enfant : quand on estime qu'il est bien traité tout va bien et bien dire bah on en reparlera plus tard, remettre une couche plus tard savoir rebondir et de toute façon on n'est pas dans une situation d'urgence” (E3)

Les consultations pour pleurs du nourrisson peuvent être chronophages.

“qui a bu son lait et qui n'arrêtait pas de pleurer et j'ai beaucoup fait pendant 1hje l'ai eu au cabinet 1h... il arrêtait pas !!! (énervée)” (E4)

L'interne fait son maximum en dépassant même ses horaires de consultation.

“donc je comprends la maman elle était en pleurs ...ouais je savais pas quoi ... est-ce qu'il souffre des choses comme çaet bah du coup j'étais désorienté quoi là... tout à fait désorienté puisque ça fait 1h que je suis au cabinet... bah même les patients peut être à l'extérieur peuvent se dire « c'est quoi ça ce bébé il arrête pas de pleurer ?!! » et du coup moi je voulais quand même qu'il cesse de pleurer avant de partir” (E4)

C. L'APPROCHE PLURI-PROFESSIONNELLE: la transdisciplinarité

La prise en charge peut être confiée à des collègues plus spécialisés lorsque la situation devient difficile à gérer.

“donc voilà je pense que quandtoute façon on nous l'a dit je pense qu'on te l'as dit aussi dans les études de médecine générale ...il faut se faire confiance ... on a le gotfeeling (rires) tu sens qu'il y a un truc qui ne va pas, que tu vas pas réussir à gérer un truc ben tu adresses je pense que c'est important” (E3)

Les métiers de la puériculture sont un vaste domaine et sont généralement méconnus par l'interne.

“on a beaucoup à apprendre en termes d'interaction avec les autres professionnels qui gravitent dans la santé de l'enfant (les éducateurs, les puéricultrices etc...)” (E5)

“il y a peu d'interaction avec d'autres professionnels

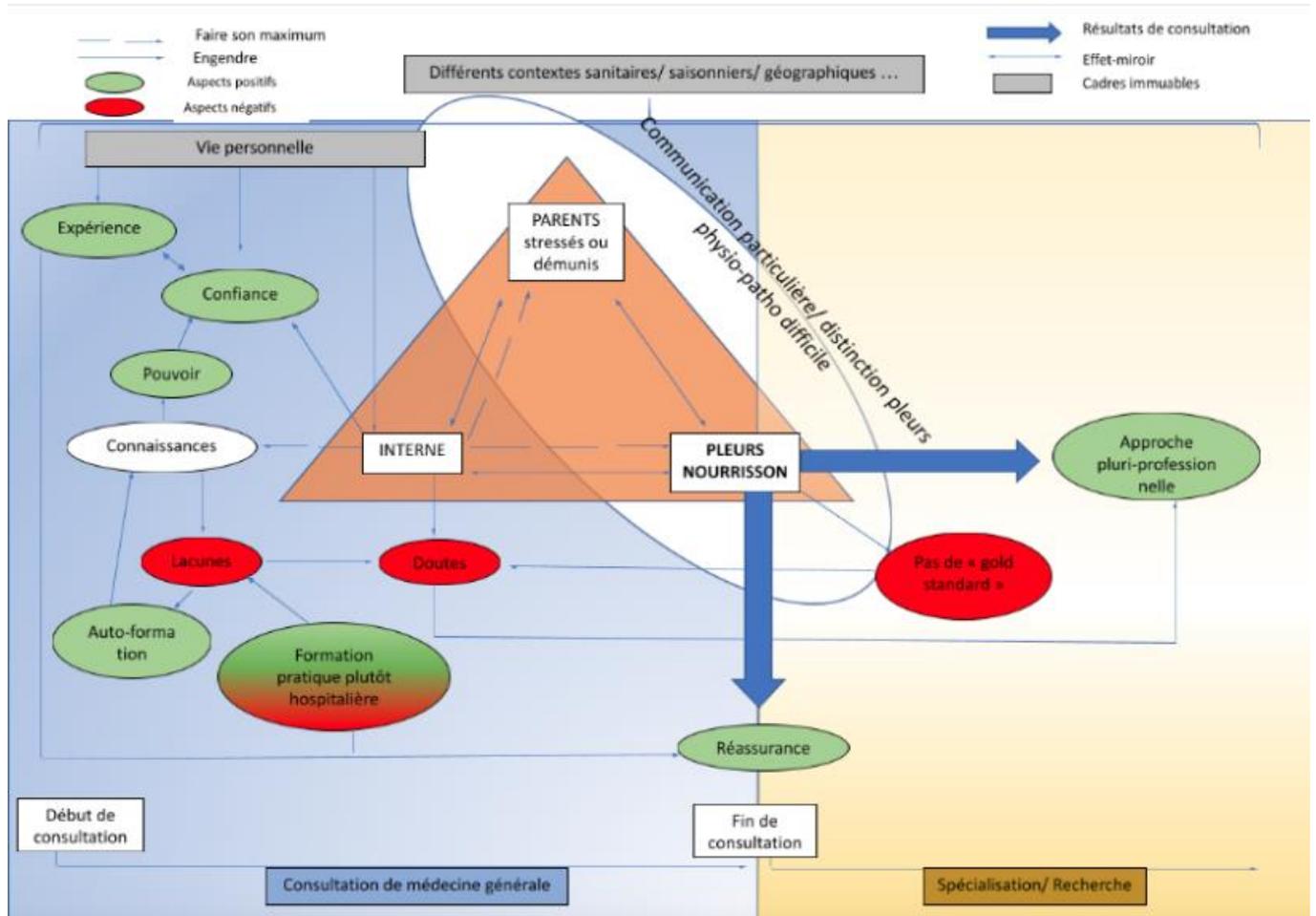
ça se crée aussi dans la formation on voit qu'on peut avoir des formations avec des pharmaciens pourquoi on pourrait pas avoir de formation avec d'autres professionnels ?” (E5)

L'interne apprend de ses interactions avec les autres professionnels. Il s'enrichit de cette médecine en perpétuelle évolution.

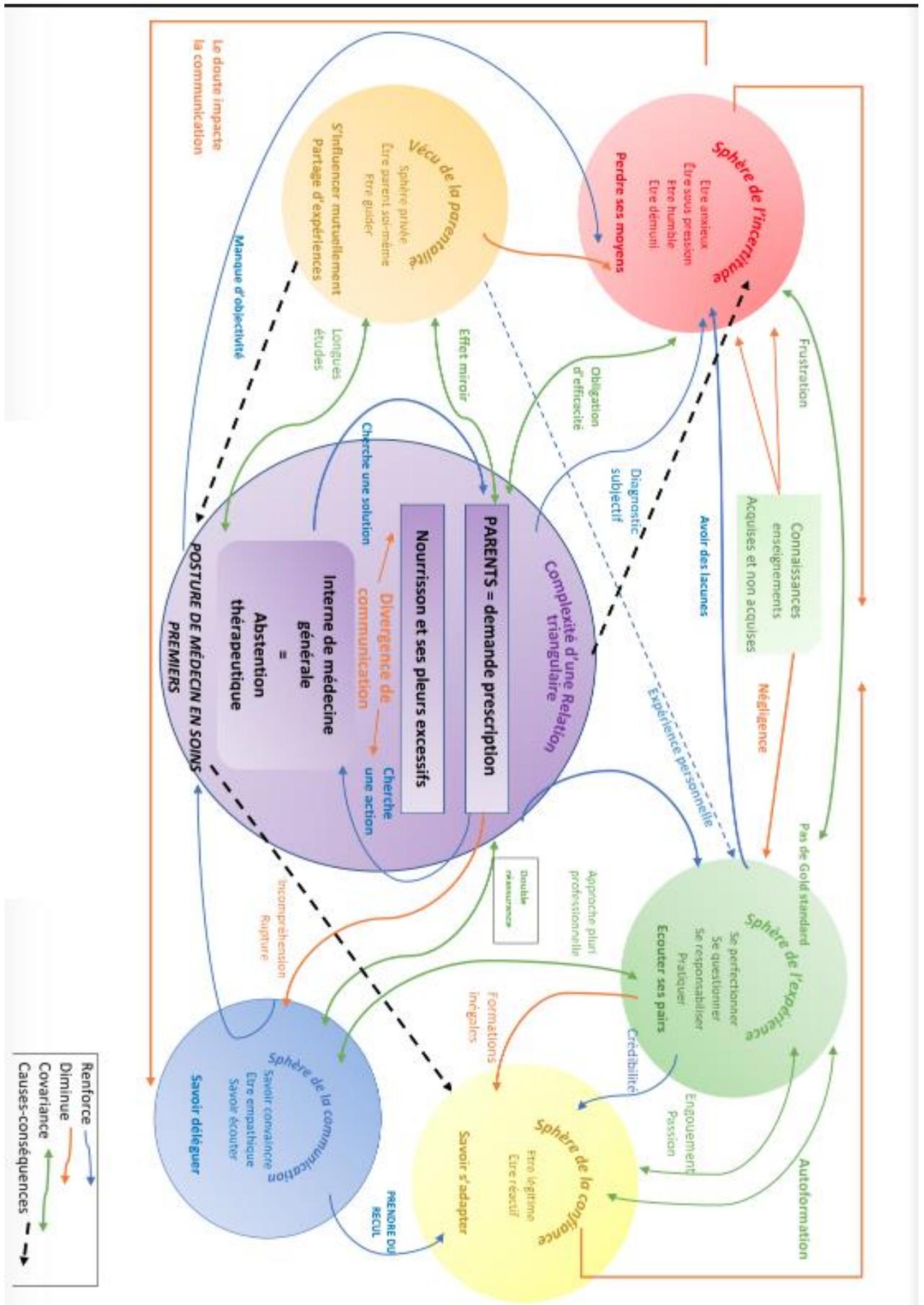
“ouais par exemple, c'est vrai que l'inexium j'en n'avais pas beaucoup parlé même dans mes stages précédents... là ici du coup on est entouré de gastro-ped quand même des échos différents et puis on voit que ça commence à changer ...maintenant on fait parfois la fibro avant la prescription” (E9)

D. Modèle intégratif

L'analyse des verbatims a abouti à la réalisation d'un modèle intégratif. Une première version a vu le jour :



Finalement, une version finale a été produite :



DISCUSSION

L'interne en médecine générale se retrouve confronté à une relation particulière entre le nourrisson et ses parents. Il doit se mettre dans une posture de médecin généraliste en devenir. Il doit être en capacité de faire un diagnostic tout en rassurant les parents inquiets. Cette approche globale met en œuvre toutes les compétences professionnelles attendues pour devenir un spécialiste en médecine générale.

- Une approche globale avec un esprit synthétique.
- Démarche éducative et préventive.
- Prendre une décision dans une situation urgente.
- Avoir une approche multidisciplinaire et coordinatrice.
- Avoir une démarche de communication et relationnelle.
- Être professionnel

Il existe tout au long de l'étude un vécu négatif par les IMG sur les connaissances acquises dans la prise en charge du nourrisson. Ces sentiments de frustration et d'incertitude mettent en exergue des lacunes sur le savoir requis. Il est perçu par les IMG un manquement au cours des études sur la physiologie normale du nourrisson. Celle-ci est nécessaire à la bonne compréhension de la physiopathologie pour une prise en charge adaptée. L'approche pédiatrique est spécifique. Le nourrisson n'est pas un adulte miniature. Il est nécessaire d'acquérir une connaissance et un savoir-faire qui se crée tout au long des enseignements facultaires. Les méthodes employées dans le cycle des études sont critiquées par les IMG. Mais cette étude a fait ressortir une prise de conscience des étudiants sur leur manque d'autoformation. Ils doivent être en capacité d'évoluer grâce à leurs propres

recherches. Le même statut entre les IMG interviewés et le chercheur, entraîne chez ce dernier une posture de médecin engagé dans une perspective d'amélioration de la pratique spécifique à la santé de l'enfant.

I) Forces et limites de l'étude

A. Les Limites de l'étude

1. Un sujet peu abordé avec les étudiants

Le sujet des pleurs excessifs du nourrisson est vaste et peu abordé dans les études. Les internes se sont sentis parfois perdus ou embarrassés ce qui a contribué à la réalisation d'entretiens de courte durée (moyenne de 11 minutes).

2. L'inexpérience du chercheur

L'inexpérience du chercheur en matière de recherche qualitative a impacté sa capacité à rebondir lors des entretiens. Le chercheur et les participants sont des internes. Il peut être difficile dans ce contexte de se mettre dans une posture de chercheur.

5 entretiens-tests (annexe 1) ont été réalisés au préalable à but d'entraînement. Le chercheur s'est également aidé de supports littéraires pour réaliser cette étude qualitative notamment l'ouvrage "Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire" (79).

3. Contexte pandémique

L'étude a débuté en 2020 et a duré 2 ans. Le contexte épidémique de la COVID 19 et la difficulté à pouvoir se rassembler a compliqué l'avancement du travail. Ceci peut montrer des failles dans la mise à jour de la bibliographie du sujet. Il aurait été

possible de mener les entretiens en visioconférence. Cela provoque néanmoins des pertes d'informations non verbales.

4. Lieu des entretiens

De par le contexte épidémique, le travail d'entretiens a été réalisé en un lieu unique : l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Lille. L'environnement des entretiens a été choisi par les intervieweurs. Certains d'entre eux n'étaient pas propices à une interview du fait de perturbations sonores ou physiques causant des interruptions.

Le chercheur et les internes interrogés travaillaient dans le même service hospitalier. Néanmoins, cette proximité a pu rendre les interlocuteurs plus prolixes car plus en confiance.

La méthode d'échantillonnage théorique réalisée peut ne pas être représentative de la population des internes de médecine générale en dernière année de DES. Mais l'avantage est que cela permet de recruter des internes petit à petit selon les réponses déjà données. Cela permet également de modifier au fur et à mesure les conditions d'entretien pour qu'elles soient optimales.

B. Les forces de l'étude

1. Originalité de l'étude

Cette étude est novatrice car elle s'intéresse au ressenti des professionnels de santé face aux pleurs du nourrisson. Jusqu'alors, le sujet avait été exploré d'un point de vue purement médical: la prise en charge des pleurs excessifs (47)(60). Le ressenti n'était étudié que du côté des parents (59)(42).

2. Méthode de recrutement de l'échantillon

L'échantillonnage théorique a permis de recruter des participants qui ont été utiles à des fins d'éclairage du phénomène étudié et reflète une diversité d'expériences.

La méthode de recueil de données par théorisation ancrée a permis une suffisance des données malgré le faible effectif des entretiens effectués.

3. Entretiens compréhensifs

La réalisation d'entretiens compréhensifs semi-dirigés laissait place à l'expression des sentiments de l'interlocuteur. Le guide d'entretien en amont de ces interviews était évolutif et enrichi au fur et à mesure des retranscriptions.

4. Triangulation des données

La triangulation des données entre le chercheur et un médecin formé à la recherche qualitative a permis une analyse des données qui limite la subjectivité des résultats.

5. Grille COREQ

Un total de 32 critères de la COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ) ont été respectés.

6. Une modélisation avec des ouvertures

La courte durée des entretiens a toutefois permis de recueillir un nombre non négligeable d'informations.

L'analyse des *verbatim* a permis la réalisation d'un modèle explicatif qui peut être ouvert à l'ensemble du contexte relationnel entre l'IMG et le couple parents/enfants.

II) DISCUSSION AUTOUR DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

A. L'acquisition du savoir et du savoir-faire.

1. Une formation universitaire mal vécue.

Les études de médecine nécessitent une longue formation qui suscite un sentiment d'incertitude chez les étudiants.

La formation en santé de l'enfant est mal ressentie par la majorité des IMG interviewés. Certains stages sont spécialisés par rapport à la vision globale et aux objectifs pédagogiques de l'internat de médecine générale. Certains supports théoriques semblent être inadaptés à la demande des internes.

La formation étant majoritairement hospitalière, les internes considèrent avoir des lacunes, notamment sur la physiologie du nourrisson.

Ce qui va dans le sens de ce travail de thèse (46) qui montre que la formation en santé de l'enfant en médecine générale est hyperspécialisée et majoritairement hospitalière.

2. Une anamnèse et une sémiologie spécifique

Il n'y a pas de modèle de prise en charge pour les pleurs excessifs du nourrisson.

Comme le montre cette thèse de 2016 (47) : la majorité des médecins interrogés (86,67%), rassurent et donnent des conseils aux parents, ce qui est une prise en charge adaptée. Aucun traitement médicamenteux n'a prouvé son efficacité contre les pleurs excessifs du nourrisson avec un examen clinique normal. La prise en charge des coliques du nourrisson est équivalente (48)(49).

L'examen clinique est une pratique subjective et dépendante du praticien. L'interne est dans l'incertitude. Lorsque ses compétences sont dépassées, il peut demander un avis éclairé à ses confrères.

D'autres sentiments existent comme la frustration. Elle peut être amenée par le manque de moyens thérapeutiques face aux pleurs excessifs du nourrisson et de la difficulté à retrouver un schéma médical typique :

symptôme-> anamnèse -> examen clinique -> diagnostic -> thérapeutique -> guérison.

Ceci aurait tendance à dévaloriser l'interne qui se retrouve en difficulté pour proposer une solution aux parents inquiets.

3. Un risque de "surprescription" médicamenteuse

Pour Cockburn et al. (50), le facteur prédictif d'une prescription le plus fort statistiquement est la perception par le médecin de l'attente d'une prescription par le patient. Ainsi lorsque le médecin pensait que le patient souhaitait une prescription, il avait 10 fois plus de chance d'en recevoir une.

Pour Britten et al. (51), les attentes des patients étaient significativement plus importantes avec les praticiens dont l'activité de prescription était plus élevée, ce qui suggère qu'ils sont influencés par les habitudes de prescription de leur médecin.

Ainsi l'idée que nous nous faisons de l'attente du patient influence nos prescriptions et celles-ci influencent les attentes de nos patients. On peut appeler cela l'effet-miroir.

B) Une relation triangulaire spécifique à la médecine générale

1. La relation médecin-malade

Des techniques de communication sont déployées pour effectuer la réassurance adaptée.

Comme le rappelle l'Académie Nationale de Médecine en 2021 (52) : "La qualité de la relation médecin-malade est essentielle pour l'obtention d'un résultat

thérapeutique optimal. Fondée sur l'écoute, l'empathie, le respect, l'examen physique, la clarté et la sincérité du langage, elle vise à établir la confiance, condition première de l'adhésion du patient et de l'alliance thérapeutique."

Dans notre recherche, ces techniques sont acquises davantage au gré des expériences de l'interne qu'avec la formation qui leur est délivrée. Une étude à Lille serait à proposer pour savoir si ce jugement est applicable à la majorité des étudiants.

En effet, une thèse menée à Nice en 2019 (53) montre a contrario que les étudiants en médecine générale étaient globalement satisfaits par l'enseignement de la communication, son utilité, son organisation et ses outils pédagogiques.

2. *Savoir s'adapter aux spécificités de la médecine générale*

L'interne est dans une posture adaptative dont la gestion est difficile. Il doit s'adapter aux niveaux socio-culturels des patients qu'il prend en charge.

La différence de pratique entre médecine de ville et hospitalière est à prendre en considération. Une thèse réalisée en 2018 à Limoges (54) a permis de mettre en évidence des inconvénients aux stages hospitaliers pour les IMG. Ces inconvénients sont dus au fait que ces aspects de la médecine hospitalière ne permettent pas d'appréhender la pratique de la médecine générale ambulatoire. Ces inconvénients sont: la gestion du temps, l'utilisation de la biologie, l'accès aux examens complémentaires et l'abord de la prévention.

Néanmoins, l'interne doit veiller à effectuer son maximum pour la prise en charge de l'enfant et des parents. Il a une obligation de moyens et non de résultats selon l'arrêt

Mercier de 1936 (55). C'est le principe de responsabilité médicale. La même rigueur lui est demandée de jour comme de nuit. En effet, la particularité de la médecine est la permanence des soins 24h sur 24.

L'interne participe à ce système, comme le rappelle l'article R-6153-2 du code de santé publique (56). Il doit s'astreindre à faire son maximum, afin d'éviter des pertes de chance pour le nourrisson.

Une thèse de 2019 réalisée à Nice (57), évaluant les gardes d'internes de médecine générale de premier semestre montre les facteurs influençant la difficulté des gardes. 83.3% des internes décrivent du stress face aux situations d'urgence. La fatigue ressentie en garde est rapportée dans 53.7% des cas.

3. Lorsque l'on vit soit même la parentalité

L'interne est un être humain pourvu de sentiments, d'une histoire personnelle, d'un caractère qui peuvent modifier sa prise en charge médicale.

Le fait de vivre ou d'avoir vécu la même situation que les parents fait que l'interne développe une empathie exacerbée à leur égard. L'interne se sent davantage concerné et ceci influe généralement positivement sur sa prise en charge.

La façon dont se comporte l'interne peut influencer le comportement des parents et inversement, c'est un effet-miroir.

Dans une thèse réalisée en 2014 (58) : les internes mentionnent bien que selon eux, se mettre à la place de l'autre augmenterait ce qu'ils nomment « empathie ». Cette notion est fréquemment citée par les internes tel un déterminant, influençant leurs réactions empathiques vis-à-vis des patients. Il s'agit, en psychologie, de se reconnaître dans une caractéristique ou une personne extérieure à soi.

Le médecin a le savoir, les connaissances qu'il doit transmettre à son patient.

L'interne est un médecin en devenir, il n'a pas encore acquis toutes les connaissances mais doit assumer son statut de doctorant devant les parents.

Cette situation lui donne un certain pouvoir et une importance à leurs yeux.

Et c'est en ayant des expériences personnelles et professionnelles que l'interne acquiert peu à peu de la confiance.

III) Ouvertures et perspectives

A) La formation des internes de médecine générale

A l'avenir, des changements devraient avoir lieu concernant l'internat de médecine générale. La mise en place d'une quatrième année d'internat pour les internes de médecine générale est en discussion depuis quelques années. Elle pourrait être mise en place dès la rentrée prochaine pour la promotion 2022 (61).

Seulement, les internes, principaux concernés, y sont dans l'ensemble réfractaires.

Selon un sondage (auprès de 664 internes de médecine générale courant avril 2018 par un questionnaire en ligne) réalisé par l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI) (62) : 39 % y sont fermement opposés, 39 % soutiennent l'idée uniquement si la quatrième année d'internat est optionnelle et seuls 22 % approuvent cet allongement sans condition.

Une condition est majoritairement défendue par les internes si la mesure devait voir le jour : c'est l'exercice de la médecine en libéral et non en hospitalier. En effet, seuls 10% des sondés valident l'obligation d'effectuer un semestre en hospitalier.

Ce constat corrobore le fait que les internes sont en demande d'exercice en ambulatoire. Ils souhaitent se rapprocher de leur exercice futur afin de se sentir plus à l'aise à la sortie de leur internat.

Concernant les stages de santé de l'enfant, la tendance ambulatoire progresse. Pour exemple, lors du semestre de mai à novembre 2022 à Lille (63), le nombre de postes d'internes proposés en service de protection maternelle et infantile (PMI) pour 6 mois a doublé par rapport au semestre d'avant (8 postes vs 4 postes).

Une thèse de 2019 réalisée à Strasbourg met en évidence l'autonomie brutale que doivent acquérir les étudiants en médecine entre l'externat et l'internat (d'un aspect très scolaire à un aspect très autonomisant). Ce changement brutal ainsi que le manque d'accompagnement déstabilisent dans l'ensemble les internes et peuvent expliquer leur manque d'implication générale dans leur autoformation. (80)

B) Le ressenti des médecins généralistes installés

Il serait intéressant d'évaluer si la notion d'expérience a un rôle majeur dans l'exercice de la pédiatrie en médecine générale. On pourrait être amené à penser qu'un médecin généraliste a plus d'expérience qu'un interne et moins de lacunes.

Une thèse de 2019 (64) montre que les pleurs du nourrisson représentent une des trois difficultés principales des médecins généralistes interrogés.

Une autre thèse de 2016 (65) montre que 20% des médecins généralistes interrogés se sentent moins à l'aise dans une consultation pour enfants de moins de 16 ans.

Enfin, dans une thèse faite à Lille en 2016 (47), 73% des médecins généralistes interrogés ne se sentent pas assez formés à la prise en charge des pleurs inexplicables du nourrisson.

Des freins à cette pratique de la pédiatrie ont été identifiés dans une thèse de 2018 (66) :

le doute diagnostic, la formation, le manque de temps, le suivi flou médecin généraliste/ pédiatre, des outils inadaptés pour dépister les troubles sensoriels.

Les lacunes ne sont pas proportionnelles au manque d'expérience. L'expérience ne suffit pas à elle seule pour combler les failles.

Cependant, des facteurs qui comblent ce manque ont été identifiés.

Un facteur majeur de confiance pourrait être la parentalité du médecin.

En effet, une thèse de 2016 (67) a montré l'impact de la parentalité sur 18 femmes médecins généralistes. Pour toutes, la maternité avait enrichi leur exercice de la pédiatrie : plus à l'aise et plus confiantes.

Un autre facteur est l'âge du médecin qui pourrait jouer un rôle dans le comblement des lacunes. Au plus le médecin serait âgé, moins il ressentirait de difficultés dans son exercice de la pédiatrie. Dans une thèse de 2017 (68), les médecins interrogés avaient une moyenne d'âge de 55 ans et étaient plutôt à l'aise avec les conseils sur les coliques, l'alimentation et le sommeil.

C) Le ressenti des parents qui consultent l'interne

Un autre axe à développer est le ressenti qu'ont les parents face à la prise en charge de leur enfant par un interne.

Une thèse de 2017 (69) s'est intéressée au ressenti des patients ayant consulté un interne SASPAS. La majorité des patients interrogés, même ceux qui exprimaient de nombreuses craintes à l'idée de rencontrer un interne ont été globalement satisfaits de la consultation. Cette satisfaction des patients est confirmée par le fait que tous les participants ont dit qu'ils seraient prêts à revoir l'interne pour une prochaine consultation, même les patients qui avaient émis quelques insatisfactions suite à la consultation. Cependant, certains ressentis négatifs ont également été exprimés par les patients. Les différents éléments, source d'insatisfaction, qui ont été mentionnés sont les suivants : un manque d'investissement, un manque de charisme, un manque de disponibilité en dehors des consultations ou encore un manque d'humanité.

Plus spécifiquement une étude faite à Lille en 2014 (70) avait étudié le ressenti et attentes des parents concernant le médecin s'occupant de leur nourrisson. Il en était ressorti notamment de la disponibilité, de l'écoute, de l'empathie, de la confiance et des compétences. La notion de parentalité du médecin, paradoxalement, n'avait jamais été citée. Ainsi, un médecin généraliste plus âgé donnerait plus confiance qu'une jeune médecin mère.

D) Des outils à disposition pour combler les lacunes

Des outils pédagogiques sont à disposition des médecins généralistes qui ont un devoir d'autoformation.

A Lille, il existe un DU concernant la lactation humaine et l'allaitement maternel. (71)

Il existe des diplômes interuniversitaires de pédiatrie (72), ainsi que des attestations universitaires d'études complémentaires de pédiatrie (73).

Néanmoins, ceux-ci restent onéreux et chronophages. Le DU comporte notamment 120 heures de formation théorique ce qui pourrait être décourageant. Il serait intéressant de réfléchir à des solutions de formations plus attractives et plus adaptées.

Des experts médicaux et paramédicaux ont développé ColiQ (74) : une plateforme de diagnostic permettant de mesurer l'évolution des coliques et leur impact sur la qualité de vie des parents en temps réel.

ColiQ est le résultat d'une étude observationnelle coordonnée par le Dr Marc Bellaïche, gastro-pédiatre à l'Hôpital universitaire Robert-Debré à Paris. Cette étude en ligne a été menée auprès de 1300 parents d'enfants âgés de 2 à 12 semaines, dont la moitié avait consulté des pédiatres pour des motifs de pleurs et d'inconfort digestif. Ces recherches ont produit une matrice permettant d'évaluer les coliques selon leur sévérité du point de vue des symptômes et leur impact sur la qualité de vie des parents, menant au développement du questionnaire ColiQ.

Cet outil est mis à disposition des professionnels de santé comme outil de consultation.

Enfin, une thèse de 2018 (41) a tenté d'élaborer une fiche conseil à destination des parents concernant l'abord des coliques du nourrisson. Les professionnels pourraient s'en inspirer pour prendre en charge ce genre de motif.

CONCLUSION

Les pleurs constituent le principal canal de communication du nourrisson. Quand les parents sont confrontés à des pleurs jugés excessifs, le médecin généraliste est au centre d'une prise en charge rigoureuse pour identifier l'urgence, rassurer, conseiller les patients souvent désemparés. Concernant les prises en charge, il n'y a pas de recommandation officielle, elles sont donc variées et individuelles.

L'interne en médecine s'inscrit dans une vie professionnelle et personnelle. Notre étude a recueilli le ressenti qu'avaient ces internes lors d'une consultation dédiée aux pleurs excessifs du nourrisson.

Pour eux, la formation en santé de l'enfant est une faille majeure. Étant plutôt hospitalière, les internes considèrent avoir des lacunes, notamment sur la physiologie du nourrisson. Une frustration et des doutes peuvent naître face au manque de moyens thérapeutiques pour ce genre de motif. Des techniques de communication telles que la réassurance sont alors mises en œuvre pour essayer de maîtriser la relation triangulaire spécifique à la pédiatrie (parents/ enfant/ médecin). Ces techniques sont volontiers acquises au fur et à mesure de l'expérience de l'interne.

Malgré tout, peuvent persister des difficultés malgré l'expérience que peut avoir le médecin généraliste. Des méthodes d'auto-formation, des outils pédagogiques sont à leur disposition pour pallier ces lacunes. D'autres facteurs, comme l'expérience personnelle de la parentalité, ont été mis en évidence.

Une des facettes, que l'on pourrait explorer, est le ressenti des parents qui consultent l'interne de médecine générale pour leur nourrisson. Sont-ils eux même en confiance ? Sont-ils rassurés face à ce professionnel de santé en formation ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Bellaïche, M. (2019). Traitement des coliques du nourrisson: quelles sont les thérapeutiques efficaces?. *Réalités pédiatriques*, (234), 10.
2. S. Bydlowski-Aidan, C. Jousset, Pleurs du nourrisson et interactions familiales, *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 21, Issues 5–6, 2008, Pages 204-208,
3. Chouraqui JP. Coliques du premier trimestre de vie. In: Bourrillon A, Chouraqui JP, Dehan M, Lechevallier J, Chantepie A, Jop-Deslandre C, et al., editors. *Pédiatrie*. 5 ed., Masson; 2008 (p. 314–15).
4. Devoldère Catherine, « Bébé pleure : manque ou trop plein ? », *Spirale*, 2007/2 (n° 42), p. 131-140. DOI : 10.3917/spi.042.0131.
5. Barr RG, Rotman A, Yaremko J, Leduc D, Francoeur TE. The crying of infants with colic: a controlled empirical description. *Pediatrics*. 1992 Jul;90(1 Pt 1):14-21. PMID: 1614771.
6. Barr RG. Colic and crying syndromes in infants. *Pediatrics*. 1998 Nov;102(5 Suppl E):1282-6. PMID: 9794970.
7. Kheir AEM. Infantile colic, fact and fiction. *Italian Journal of Pediatrics*. 2012 ;38 34-37 15.
8. Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Excessive infant crying: the impact of varying definitions. *Pediatrics*. 2001 Oct;108(4):893-7. doi: 10.1542/peds.108.4.893. PMID: 11581441.
9. Lucassen PL, Assendelft WJ, van Eijk JT, Gubbels JW, Douwes AC, van Geldrop WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child*. 2001 May;84(5):398-403. doi: 10.1136/adc.84.5.398. PMID: 11316682; PMCID: PMC1718751.
10. Benninga MA, Faure C, Hyman PE et al. childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*, 2016;150:1443-1455
11. Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Infantile colic: maternal smoking as potential risk factor. *Arch Dis Child* 2000;83:302-3.
12. Roberts DM, Ostapchuk M, O'Brien JG. Infantile colic. *American Academy of Family Physicians* 2004;70:735-40.

13. Réseau Sécurité Naissance [En ligne]. [cité le 19 mai 2022]. Disponible : https://www.reseau-naissance.fr/medias/2018/06/20180529_Pleurs_boscher.pdf
14. Pas à Pas en Pédiatrie | [En ligne]. Pleurs excessifs du nourrisson | Pas à Pas en Pédiatrie ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://pap-pediatrie.fr/maladie-chronique/pleurs-excessifs-du-nourrisson>
15. REECE R.M., NICHOLSON C.E. (eds): *Inflicted childhood neurotrauma*. (Proceedings of a conference sponsored by Department of Health and Human Services [et al.], October 10 and 11, 2002, Bethesda, Maryland). Elk Grove Village, Ill : American Academy of Pediatrics ; 2003.
16. Barr RG. Changing our understanding of infant colic. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 Dec;156(12):1172-4. doi: 10.1001/archpedi.156.12.1172. PMID: 12444822.
17. Lee C, Barr RG, Catherine N, Wicks A. Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: is crying a trigger for shaking? *J Dev Behav Pediatr*. 2007 Aug;28(4):288-93. doi: 10.1097/DBP.0b013e3180327b55. PMID: 17700080.
18. FREEDMAN S.B., AL-HARTHY N., THULL-FREEDMAN J. : « The crying infant : diagnostic testing and frequency of serious underlying disease », *Pediatrics*, 2009 ; 123 : 841-8
19. Moore DJ, Tao BS, Lines DR et al. Double-blind placebo-controlled trial of Omeprazole in irritable infants with gastroesophageal reflux. *J Pediatr*, 2003;143:219-223.
20. Garrison M, Christakis DA. A systematic review of treatment for infant colic. *Pediatrics*, 2000;106:184-190
21. Gordon M, Biagioli E, Sorrenti M et al. Dietary modifications for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018;10:CD011029.
22. Sung V, D'Amico F, Cabana MD et al. Lactobacillus reuteri to treat infant colic: a meta-analysis. *Pediatrics*, 2018;141 [Epub ahead of print]
23. Savino F. Focus on infantile colic. *Acta Paediatr*. 2007 Sep;96(9):1259-64. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00428.x. PMID: 17718777.

24. Hall B, Chesters J, Robinson A. Infantile colic: a systematic review of medical and conventional therapies. *J Paediatr Child Health*. 2012 Feb;48(2):128-37. doi: 10.1111/j.1440-1754.2011.02061.x. Epub 2011 Apr 7. PMID: 21470331
25. Lucassen PL, Assendelft WJ. Systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics*. 2001 Oct;108(4):1047-8. doi: 10.1542/peds.108.4.1047. PMID: 11589211.
26. Iacovou M, Ralston RA, Muir J, Walker KZ, Truby H. Dietary management of infantile colic: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2012 Aug;16(6):1319-31. doi: 10.1007/s10995-011-0842-5. PMID: 21710185.
27. Sampson HA. Infantile colic and food allergy: fact or fiction? *J Pediatr*. 1989 Oct;115(4):583-4. doi: 10.1016/s0022-3476(89)80285-9. PMID: 2795350.
28. Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, Vlioger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12:CD004796. doi: 10.1002/14651858.CD004796.pub2. PMID: 23235617.
29. Huhtala V, Lehtonen L, Heinonen R, Korvenranta H. Infant massage compared with crib vibrator in the treatment of colicky infants. *Pediatrics*. 2000 Jun;105(6):E84. doi: 10.1542/peds.105.6.e84. PMID: 10835097.
30. Long T, Johnson M. Living and coping with excessive infantile crying. *J Adv Nurs*. 2001 Apr;34(2):155-62. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01740.x. PMID: 11430276.
31. Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics*. 1984 Dec;74(6):998-1003. PMID: 6390331.
32. Akman I, Kusçu K, Ozdemir N, Yurdakul Z, Solakoglu M, Orhan L, Karabekiroglu A, Ozek E. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child*. 2006 May;91(5):417-9. doi: 10.1136/adc.2005.083790. Epub 2006 Feb 1. PMID: 16452109; PMCID: PMC2082735.
33. Douglas P, Hill P. Managing infants who cry excessively in the first few months of life. *BMJ*. 2011 Dec 15;343:d7772. doi: 10.1136/bmj.d7772. PMID: 22174332.
34. Zwart P, Vellema-Goud MG, Brand PL. Characteristics of infants admitted to hospital for persistent colic, and comparison with healthy infants. *Acta Paediatr*. 2007 Mar;96(3):401-5. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00090.x. PMID: 17407465

35. ISNI [En ligne]. Médecine Générale - ISNI ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://isni.fr/medecine-generale/>
36. ISNAR-IMG [En ligne]. DES de médecine générale - ISNAR-IMG ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>.
37. PAPS : Hauts-de-France | [ars_site:field_baseline] | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Hauts-de-France [En ligne]. [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/media/84108/download?inline>
38. Accueil Médecine - Faculté de Médecine Henri Warembourg [En ligne]. Formation Continue - Faculté de Médecine Henri Warembourg ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://medecine.univ-lille.fr/formation-continue>
39. Castelain E, Bouche P. Groupes d'échanges de pratiques et optimisation de la prise en charge en médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale 2003;628:1370-4.
40. Le Mauff, P., Bail, P., Gargot, F., Garnier, F., Guyot, H., Honnorat, C., & Huez, J. F. (2005). L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Exercer, 73, 63-9.
41. Mouangvong A. Coliques du nourrisson, élaboration d'un projet de fiche-conseil destinée aux parents: enquête par méthode Delphi auprès de médecins généralistes et pédiatres. Thèse de médecine. 2019;107
42. Duhamelle N. Représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs des nourrissons. Thèse de médecine. 2020;76
43. G.F.H.G.N.P [En ligne]. Coliques du nourrisson – G.F.H.G.N.P ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://www.gfhgnp.org/recommandations-et-documents/coliques-du-nourrisson>
44. Barr RG, St. James-Roberts I, Keefe MR. New evidence on unexplained early infant crying: its origins, nature, and management. Skillman, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001.
45. James-Roberts IS, conroy S. Bases for maternal perceptions of infant crying and colic behaviour. Archives of Disease in Childhood. 1996;75:375-84.

46. Sardaine G. Ressenti des médecins généralistes du languedoc-Roussillon sur leur place dans le suivi du nourrisson. Thèse de médecine ; 2020,79
47. Vidrequin C. Les pleurs du nourrisson de 0 à 3 mois : Effet du mode d'alimentation, et prise en charge du Médecin Généraliste. Mémoire de fin de cycle. Université du droit et de la santé-Lille 2. octobre 2016 ; 77
48. Chouraqui J-P. Les coliques du nourrisson. JTA (Journées de Technique Avancées en gynécologie obstétrique, périnatalogie et pédiatrie). Grenoble 1994.
49. Bellaïche 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.
50. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations. BMJ 1997;315:520-3
51. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. British Medical Journal 1997;315:1506-10
52. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps – L'Académie nationale de médecine a pour missions de répondre au Gouvernement sur la santé publique, de contribuer aux progrès de l'art de guérir et de promouvoir la médecine française. [En ligne]. [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-RMM.pdf>
53. Sucche J. Les internes de médecine générale de la faculté de Montpellier-Nîmes évaluent favorablement l'enseignement à la relation médecin-patient. Thèse de médecine ; 2019,43
54. Teste M. Formation des internes de médecine générale en milieu hospitalier : avantages et inconvénients. Enquête menée auprès des internes de la Faculté de Médecine de Limoges en 2018. Thèse de médecine ; 2018, 86
55. Droit-medical.com - Droit médical Droit de la santé [En ligne]. Les fondements de la responsabilité médicale | Droit-medical.com ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <http://droit-medical.com/perspectives/le-fond/68-fondements-responsabilite-medicale>
56. Légifrance [En ligne]. Article R6153-2 - Code de la santé publique - Légifrance ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042240286#:~:text=-%20L'interne%20b%C3%A9n%C3%A9ficiaire%20d',en%20stage%20et%20hors%20stage.

57. Lacaze C. Évaluation des gardes par les internes de premier semestre de médecine générale niçois depuis la réforme du troisième cycle. Thèse de médecine ; 2019, 79
58. Joubert A. Étude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale. Thèse de médecine. 2014;123
59. Blondeau- Abid G. Perception et ressenti du comportement du nourrisson et de ses troubles par ses parents et rôle professionnel du médecin généraliste. Thèse de médecine.2014;77
60. Bissuel A, Latrous L. Évaluation de la prise en charge des coliques du nourrisson par les médecins généralistes de Midi – Pyrénées. Mémoire de fin de cycle médical, UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER 2015 ; 32
61. Le Quotidien du Médecin [En ligne]. Une quatrième année de médecine générale dès la rentrée prochaine ? Les internes disent non, faute de garanties ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/internat/une-quatrieme-annee-de-medecine-generale-des-la-rentree-prochaine-les-internes-disent-non-faute-de>
62. Le Quotidien du Médecin [En ligne]. Une quatrième année pour le DES de médecine générale ? Les internes pas fans ! ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/une-quatrieme-annee-pour-le-des-de-medecine-generale-les-internes-pas-fans>
63. PAPS : Hauts-de-France | [ars_site:field_baseline] | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Hauts-de-France [En ligne]. [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/media/92368/download?inlinehttps://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/media/86832/download?inline>
64. Bergeron C. Place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant. Étude qualitative auprès de parents dont le suivi de l'enfant est assuré par un pédiatre. Thèse de médecine. 2019 ;49
65. Sokolow L. Consultations des enfants de moins de 16 ans par le médecin généraliste : ressenti et état des lieux des pratiques dans deux secteurs d'Ile-de-France. Thèse de médecine. 2016;78

66. Beaumont Chouquais J. Freins et leviers des consultations de suivi des enfants de 0 à 6 ans par les médecins généralistes de l'agglomération caennaise. Thèse de médecine. 2018;61
67. Cohen A. Être mère et médecin généraliste : la gestion de la maternité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 18 femmes médecins généralistes installées dans la région Rhône-Alpes. Thèse de médecine. 2016;82
68. Arnould F. Prévention des consultations aux urgences pédiatriques : enquête sur les conseils de puéricultures donnés par les médecins généralistes lors des consultations du nouveau-né. Thèse de médecine. 2017;90
69. Vallée E. Ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire supervisé) au cabinet de leur médecin généraliste dans la région Rennaise en 2016 : étude qualitative. Thèse de médecine. 2017;46
70. Gaspar A. Représentations des parents sur le professionnel assurant le suivi de la santé de leur enfant de 0 à 2 ans, à travers leurs attentes et leur ressenti. Le médecin généraliste répond-il aux attentes des parents dans l'offre de santé ? Thèse de médecine. 2014;386
71. Accueil Médecine - Faculté de Médecine Henri Warembourg [En ligne]. DU - Faculté de Médecine Henri Warembourg ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://medecine.univ-lille.fr/fmc/du>
72. Accueil Médecine - Faculté de Médecine Henri Warembourg [En ligne]. DIU - Faculté de Médecine Henri Warembourg ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://medecine.univ-lille.fr/fmc/diu>
73. Accueil Médecine - Faculté de Médecine Henri Warembourg [En ligne]. AUEC - Faculté de Médecine Henri Warembourg ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://medecine.univ-lille.fr/fmc/auec>
74. ColiQ [En ligne]. ColiQ ; [cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://coliq.net/>.
75. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Paris : Nathan ; 1996. 127 p.
76. LEJEUNE C. Manuel d'analyse qualitative. [lieu inconnu] : DE BOECK SUP ; 2015. 149 p.
77. Foucaud P, De Truchis A. Pleurs excessifs du nourrisson. 2008. (Elsevier Masson SAS).

78. Oskar J. Enfants bruyants, parents désespérés. Prim Hosp Care - Médecine Interne Générale. 2016;16(19):362-8.
79. Lebeau J-P Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. 2021. (Global Média Santé).
80. Brou C. La réforme du troisième cycle de médecine générale : vécu de la première année par les internes de médecine générale en Alsace. Thèse de médecine. 2019;53.

ANNEXE 1

1er guide d'entretien

entretiens compréhensifs auprès d'internes de Médecine Générale

- Situation pro (quel stage : semestre, lieu de stage ?) et familiale (en couple, célibat, enfants ... ?)
- Sais-tu ce que c'est ? Que t'évoque ce terme ?
- Pour toi, y a-t-il une différence entre pleurs du nourrisson et coliques du nourrisson ? Utilises-tu ce terme de coliques « à tout va » pour désigner certains troubles du nourrisson ?
- Sais-tu détecter si des pleurs du nourrisson dépassent le stade physiologique ?
- As-tu déjà rencontré des parents qui venaient pour des pleurs intenses du nourrisson ?
- Si oui, qu'as-tu fait/dit et as-tu été à l'aise ?
- Es-tu assez formé sur ce sujet ?
- Penses-tu qu'avec l'expérience professionnelle et personnelle, les pleurs du nourrisson sont plus faciles à appréhender ?
- à l'avenir que faire pour mieux gérer ce motif de consultation?

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN évolué

question brise glace: parlez moi un peu de vous, votre cursus? des enfants?

pouvez vous me parler des coliques du nourrisson? Qu'est Ce que ça vous évoque?

A quelle occasion avez-vous été confronté à ce type de pathologie?

Que penses-tu de ta formation théorique sur le sujet?

que penses de la formation pratique, et quel est ton comportement depuis ton passage en stage N1, qu'est ce que ce stage a pu t'apporter?

Que donnes tu comme conseils aux parents?

quel est ton regard selon que tu sois jeune parent ou non?

Quelle est votre réaction face à un stress des parents qui consultent pour ce motif?

Que penses-tu de la notion de surmédicalisation à ce sujet? Quelles solutions pour y remédier?

ANNEXE 3

Journal de bord

J'ai commencé à réfléchir à ma thèse fin 2020. En effet, jeune maman, je me pose une multitude de questions notamment lors des fameuses « coliques » du nourrisson que j'ai pu expérimenter avec ma fille. Bien que futur médecin, je me suis sentie démunie face à ces crises incontrôlables, je n'avais aucune base et aucune méthode pour les appréhender. Cela m'a donné l'idée d'approfondir cette idée pour ma thèse.

J'ai donc, dans un premier temps, contacté mon directeur de thèse : docteur Cauet. Il était qualifié pour les thèses qualitatives. Il a tout de suite adhéré au projet et nous avons donc entamé le début des recherches fin 2020 début 2021.

Au départ, j'ai effectué des recherches bibliographiques concernant les coliques du nourrisson. Ses recherches ont abouti au fait que les coliques n'étaient très peu voire jamais abordées dans des travaux de thèse jusqu'alors. Ceci, puisque les différents articles trouvés ne retrouvaient aucunes données fiables sur ce sujet. Il n'existe aucunes recommandations, il existe une multitude de prise en charge mais toutes remises en cause pour l'instant par la communauté scientifique. Il existe un manque de connaissance criant à ce sujet.

Cependant, j'avais en parallèle commencé à effectuer des entretiens de terrain avec des camarades internes de médecine générale. Il s'agissait d'entretiens de terrain plutôt dirigés. J'en ai effectué 5 généralement de façon dématérialisée (période de COVID oblige). Nous voulions avoir, avec mon directeur de thèse, une approche plutôt sociologique. En retravaillant sur ces entretiens, nous avons réalisé que les entretiens étaient trop orientés, les questions étaient fermées.

J'ai remarqué également que le sujet des « coliques » était déstabilisant. La définition, la cause, le diagnostic, la prise en charge ne sont pas clairement définis par la communauté scientifique. Les coliques sont rapidement assimilées à des pleurs incoercibles du nourrisson. Les internes étaient très vite perturbés par ce mot « coliques », par conséquent, l'entretien avait tendance à basculer vers le motif « pleurs du nourrisson » et non « coliques ».

C'est ainsi que ma thèse sera reformulée : ressenti des internes de médecine générale en dernière année de DES face au motif : « pleurs du nourrisson ».

Je me suis renseignée, d'abord, sur le côté éthique de ma thèse auprès des personnes qualifiées à la faculté de médecine de Lille : une thèse qualitative avec entretiens auprès d'interne de médecine générale ne nécessite aucune démarche auprès de la CNIL ou du comité d'éthique.

J'ai donc entamé par la suite de nouveaux entretiens sur les conseils de mon directeur de thèse. Ceux-ci devaient être ouverts afin d'amener une approche phénoménologique, sociologique, quasi philosophique à ce sujet.

Étant en stage en gynécologie/pédiatrie à St Vincent de Paul, j'ai donc recruté des co-interne de dernière année de DES de médecine générale. J'en ai recruté 9. Cela doit suffire car la méthode est basée sur la suffisance des données.

Les premiers entretiens avaient lieu en début de stage et les derniers en fin de stage. Je connaissais donc les internes recrutés de plus en plus au fur et à mesure des entretiens.

Les 4 premiers entretiens, je les ai codés un par un. Les autres, j'ai d'abord retranscrit puis j'ai tout codé en même temps. En effet, j'ai remarqué lors des

premiers codages que les thèmes ressortis étaient déjà similaires. J'ai donc trouvé plus facile de faire d'une seule traite le codage afin de lier et superposer les idées.

Les premiers entretiens étaient fastidieux, en effet l'exercice de l'entretien ouvert est difficile, nous n'avons pas l'habitude en médecine de laisser libre court à nos idées. Nous avons un esprit très cartésien et sommes habitués aux questions type QCM... J'ai dû à plusieurs reprises introduire des questions fermées dans mes entretiens « ouverts » car l'interlocuteur était à court d'idées...

J'utilisais mon téléphone comme dictaphone ainsi qu'un papier et un crayon pour noter les différentes réactions non verbales, ou les faits d'entretien. Mais j'ai vite remarqué que le fait de noter mettait mal à l'aise les interlocuteurs, peut-être avaient-ils une sensation de jugement ? De ce fait, j'ai abandonné cette méthode « papier/crayon » et je retenais dans ma tête ce qu'il s'était passé durant l'entretien pour les retranscrire juste après.

1er entretien : 30/04/2021

Entretien réalisé dans la salle de pause des IDE. L'après-midi en service d'hospitalisation pédiatrique. Entretien interrompu au milieu par l'irruption de l'une d'elle. Interlocutrice et moi-même très gênées car nous nous connaissions que très peu. Question de l'âge la gêne énormément donc l'entretien est légèrement crispé. Nous restons sur un entretien très « scolaire ». Je n'ai pas réussi à faire amener l'interlocutrice plus loin. Pas fière de cet entretien...

2° entretien : 12/05/2021

Entretien réalisé dans une salle de prélèvement. Entre 2 consultations d'urgences gynécologiques donc léger stress ++. Aucun dérangement. L'interne et moi-même ne

nous connaissions que très peu. J'ai essayé de n'employer que des questions ouvertes mais compliqué. Interlocutrice et moi-même stressées. Entretien court. Mais mieux que le premier...

3^e entretien : 27/05/2021

Entretien réalisé dans la salle de pause des internes. Aucun dérangement. Réalisé après le déjeuner autour d'un café. Je connaissais l'interne qui était en stage avec moi au semestre dernier. Bonne ambiance, sourires, rires, pas de crispation. A l'aise des 2 côtés. Entretien amical. Interlocuteur très prolix +++ donc peu de difficultés pour cet entretien ouvert. Impression d'un entretien très efficace.

4^e entretien : 23/08/2021

Entretien réalisé en salle « famille » des urgences pédiatriques : salle dédiée aux entretiens psychiatriques, donc salle exiguë peu accueillante. Pas de dérangement. Réalisé le matin entre 2 urgences pédiatriques donc léger stress. Je connais que très légèrement l'interne. Le français n'est pas sa langue natale donc peut être mal à l'aise sur des prononciations de mots. J'essaye de la mettre à l'aise, je pense y arriver. L'entretien n'est pas aussi fluide que le précédent. Je dois employer des questions fermées pour avoir plus d'idées... Entretien fastidieux.

5^e entretien : 30/08/2021

Entretien réalisé en salle « famille » des urgences pédiatriques : salle dédiée aux entretiens psychiatriques, donc salle exiguë peu accueillante. Pas de dérangement. Réalisé entre 2 urgences pédiatriques donc léger stress. Il est très investi au niveau des droits des internes, il fait beaucoup d'associatif, il parle bien. Il est dans mon groupe d'ED, je le connais de vue. L'entretien est plus fluide que le précédent. L'interne a beaucoup de revendications et a déjà effectué des recherches concernant

la formation pédiatrique en médecine générale. Il connaît le sujet, sans doute mieux que moi. Il a beaucoup parlé là-dessus. Entretien intéressant, j'ai appris des choses.

6^e entretien : 19/10/2021

Entretien réalisé autour d'un café à la cafétéria à l'écart des autres personnes. Je connais l'interne avec le stage. Ambiance détendue. Entretien très fluide. Avec les 5 autres entretiens, je sais comment « orienter » le questionnaire. Je ressens de plus en plus les mêmes idées revenir, ceci me donne plus de confiance, je mène mieux l'entretien.

7^e entretien : 20/10/2021

Entretien réalisé dans la salle de pause des internes. Pas de dérangement. Je connais l'interne. Impression de maîtriser le déroulement de l'entretien (grâce au précédent). Mais du coup, je suis tombée dans le piège de « trop maîtriser » et j'ai plutôt fonctionner par questions fermées. Néanmoins, les idées commencent réellement à se superposer... Les données des entretiens commencent à saturer...

8^e entretien : 21/10/2021

Entretien réalisé après le déjeuner autour d'un café à l'internat. Pas de dérangement car il était 15h. Ambiance très détendue. Je connais l'interne et nous avons beaucoup de traits en commun notamment la parentalité (futur papa) donc nous parlons souvent de ce sujet. Interne très prolix, posé, réfléchi. Peu de difficulté à relancer mon interlocuteur. Entretien très intéressant, fait d'expériences personnelles, d'analogisme, de blagues...

9^e entretien : 27/10/2021

Entretien réalisé en salle « famille » des urgences pédiatriques : salle dédiée aux entretiens psychiatriques, donc salle exiguë peu accueillante. Pas de dérangement. Réalisé entre 2 urgences pédiatriques donc léger stress. Je ne connais pas très bien l'interne. Elle est discrète, timide. J'ai du mal à lancer l'entretien. J'essaye de la mettre à l'aise. Finalement du fait de l'expérience des précédents entretiens, j'amène mes questions là où je veux même si je dois réitérer mes demandes, reformuler mes questions. Entretien assez intéressant mais assez fastidieux.

Lors du codage, j'ai mis en évidence des « propriétés » : interprétations que je faisais de mots, de phrases, ou de paragraphes. Ceux-ci découlaient en des « étiquettes expérientielles » : idées plus globales, plus conceptuelles de mon interprétation. Ceux-ci à partir du 4^e - 5^e entretien commençaient à être similaires et revenaient beaucoup.

Ces étiquettes expérientielles seront ensuite assemblées afin de créer des catégories d'idées.

Mon directeur de thèse a également travaillé sur le codage de mes entretiens.

Une tierce personne, une jeune médecin généraliste novice en recherche qualitative a également triangulé afin de diminuer l'effet subjectif des interprétations.

ANNEXE 4

Grille COREQ - traduite française des lignes directrices Coreq

N°	Item	Guide questions / Description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Marion CATY	Enquêteur / Animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
1. Validation du 3 ^{ème} cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
1. Interne en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
1. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
1. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
1. Connaissances, inconnus	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
1. Interne de médecine générale réalisant une étude sur les pleurs du nourrisson	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
1. Interne de médecine générale	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur / animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
1. Analyse par théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse du contenu)</i>
Sélection des participants		

1. Echantillonnage raisonné théorique et par effet boule de neige	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
1. face-à-face	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
1. neuf participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
1. 0	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
0. lieu professionnel	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
1. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
1. Sexe, âge	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
1. Oui. Guide d'entretien testé au préalable par un entretien exploratoire.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
1. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
1. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
1. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
1. 11 min en moyenne	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?

1. Oui (suffisance des données atteinte)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
1. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
1. Trois. L'auteur et deux chercheurs indépendants pour le codage ouvert puis l'auteur seul pour le codage axial et sélectif	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
1. Oui par modélisation du codage	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
1. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
1. Excel	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
1. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimés des retours sur les résultats ?
Rédaction		
1. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation est-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
1. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
1. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
1. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y-a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012314004331>

AUTEUR(E) : Nom : CATY

Prénom : Marion

Date de soutenance : 22 juin 2022

Titre de la thèse : Vécu des internes de médecine générale en dernière année de diplôme d'étude spécialisé lors d'une consultation dédiée aux pleurs excessifs du nourrisson : étude qualitative dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : pédiatrie

DES + FST/option : médecine générale

Mots-clés : pleurs excessifs, colique du nourrisson, relation triangulaire, internat médecine générale

Résumé :

Contexte : Les pleurs sont caractéristiques de la première année de vie du nourrisson. Il existe un manque de connaissances des professionnels de santé à ce sujet. Après un parcours de formation inégal, les internes de médecine générale doivent, en fin de DES, attester du développement de leurs compétences dans le suivi de l'enfant. Aucune étude n'aborde le ressenti de l'interne de médecine générale face aux pleurs du nourrisson. L'objectif de cette étude était d'étudier le vécu des internes de médecine générale en dernière année de DES lors d'une consultation dédiée aux pleurs excessifs du nourrisson.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels compréhensifs auprès d'internes en dernière année de DES de médecine générale à Lille en 2021. La suffisance des données a été obtenue. Une analyse par théorisation ancrée des verbatims a été effectuée avec triangulation des données. L'analyse aboutit à la réalisation d'un modèle intégratif.

Résultats : Le vécu des internes de médecine générale face aux pleurs du nourrisson est dans l'ensemble difficile. La formation pédiatrique étant majoritairement hospitalière, les internes considèrent avoir des lacunes. L'interne est donc en perpétuel doute et peut ressentir de la frustration. Des techniques de communication sont alors déployées pour appréhender de la meilleure façon la relation triangulaire (parents/ enfant/ médecin). Les expériences personnelles et professionnelles apportent peu à peu de la confiance à l'interne.

Conclusion : Les internes sont en demande d'exercice en ambulatoire afin de se sentir plus à l'aise à la sortie de leur internat. Les lacunes peuvent traverser le temps malgré les années d'expérience. Des outils pédagogiques sont à disposition des médecins généralistes qui ont un devoir d'auto-formation.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs : Madame le Docteur Marie MOUKAGNI-PELZER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles CAUET

