

## Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 6 avril 2021

Par Anne-Claire de RUFFRAY – van den HOVE

Né(e) le 26 mai 1993 à Mont Saint Aignan

### **La place du maternage proximal dans la prise en charge des pleurs prolongés du nourrisson de moins de 6 mois : enquête auprès des médecins généralistes du Limousin.**

Thèse dirigée par le Dr Marie MIZZI-ROZIER

Examineurs :

Professeur Nathalie DUMOITIER

Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE

Docteur Marie MIZZI-ROZIER

Docteur Nadège LAUCHET

Docteur Marcellin KIBELO

Présidente

Juge

Juge

Juge

Membre invité





## Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 6 avril 2021

Par Anne-Claire de RUFFRAY – van den HOVE

Né(e) le 26 mai 1993 à Mont Saint Aignan

### **La place du maternage proximal dans la prise en charge des pleurs prolongés du nourrisson de moins de 6 mois : enquête auprès des médecins généralistes du Limousin.**

Thèse dirigée par le Dr Marie MIZZI-ROZIER

Examineurs :

Professeur Nathalie DUMOITIER  
Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE  
Docteur Marie MIZZI-ROZIER  
Docteur Nadège LAUCHET  
Docteur Marcellin KIBELO

Présidente  
Juge  
Juge  
Juge  
Membre invité



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 7 septembre 2020

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>HOUETO</b> Jean-Luc	NEUROLOGIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE

<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

### **PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
<b>KARAM</b> Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
<b>MOREAU</b> Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

<b>COUVE-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

### **P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS**

<b>SALLE</b> Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2020 au 31-08-2021)
-----------------------	---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

<b>DUMOITIER</b> Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>HOUDARD</b> Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
<b>LAUCHET</b> Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
<b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule	(du 01-09-2018 au 31-12-2020)
<b>SEVE</b> Léa	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

### **PROFESSEURS EMERITES**

<b>ADENIS</b> Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020

<b>BUCHON</b> Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>MERLE</b> Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2020
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>TREVES</b> Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2021
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
<b>VIROT</b> Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2021



## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 12 juin 2020

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>AUDITEAU</b> Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
<b>DAURIAT</b> Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
<b>DERBAL</b> Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
<b>DOUCHEZ</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUPONT</b> Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
<b>DURIEUX</b> Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
<b>GUYOT</b> Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HERMINEAUD</b> Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HUMMEL</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>LABRIFFE</b> Marc	PHARMACOLOGIE
<b>LEFEBVRE</b> Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
<b>LOPEZ</b> Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
<b>PASCAL</b> Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
<b>PIHAN</b> Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>RIVAILLE</b> Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
<b>SANSON</b> Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
<b>TCHU HOI NGNO</b> Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ALBOUYS</b> Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>ARMENDARIZ-BARRIGA</b> Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBLANC</b> Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BAÏSSE</b> Arthur	REANIMATION POLYVALENTE

<b>BEEHARRY</b> Adil	CARDIOLOGIE
<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BRISSET</b> Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>CHASSANG-BRUZEAU</b> Anne-Hélène	RADIOLOGIE
<b>CHAUVET</b> Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
<b>CISSE</b> Fatou	PSYCHIATRIE
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE
<b>DESCHAMPS</b> Nathalie	NEUROLOGIE
<b>DEVAUX</b> Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
<b>DUVAL</b> Marion	NEPHROLOGIE
<b>EL OUAFI</b> Zhour	NEPHROLOGIE
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>FROGET</b> Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
<b>GEYL</b> Sophie	GASTROENTEROLOGIE
<b>GHANEM</b> Khaled	ORL
<b>GILBERT</b> Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
<b>GUTTIEREZ</b> Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
<b>HANGARD</b> Pauline	PEDIATRIE
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>HESSAS-EBELY</b> Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>LALOZE</b> Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
<b>LEGROS</b> Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MAURIANGE TURPIN</b> Gladys	RADIOTHERAPIE

<b>MEUNIER</b> Amélie	ORL
<b>MICLE</b> Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOWENDABEKA</b> Audrey	PEDIATRIE
<b>PARREAU</b> Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
<b>PELETTE</b> Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
<b>PEYRAMAURE</b> Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
<b>PLAS</b> Camille	MEDECINE INTERNE B
<b>QUILBE</b> Sébastien	OPHTALMOLOGIE
<b>SIMONNEAU</b> Yannick	PNEUMOLOGIE
<b>SURGE</b> Jules	NEUROLOGIE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
<b>VAIDIE</b> Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
<b>VERLEY</b> Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
<b>VIDAL</b> Thomas	OPHTALMOLOGIE

### **CHEFS DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**BERTRAND** Adeline

**SEVE** Léa

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

Néant

## Remerciements

---

### **Je tiens tout d'abord à remercier les membres de mon jury,**

Madame le Professeur Nathalie Dumoitier,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre présence tout au long de cet internat.

Madame le Professeur Anne Lienhardt-Roussie,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Vos connaissances en tant que chef de service de pédiatrie seront bénéfiques à ce travail. Je vous remercie pour le stage effectué dans votre service aux urgences pédiatriques qui fut très formateur.

Madame le Docteur Nadège Lauchet,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre présence tout au long de cet internat.

Monsieur le Docteur Marcellin Kibelo,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon sujet de thèse, votre qualité de pédiatre et chef de service de pédiatrie de Tulle sera très enrichissante.

Madame le Docteur Marie Mizzi-Rozier,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ton accompagnement et tes conseils avisés tout au long de ce travail. Merci pour ton enthousiasme et ta gentillesse. Sois-en remercié profondément.

A Marie-Pierre, ma co-interne,

Merci de m'avoir proposé de travailler avec toi. Malgré les débuts difficiles et tous les rebondissements de cette thèse, tu as toujours eu confiance dans le projet. Merci pour cette belle aventure, tu m'as fait découvrir la force du maternage !

### **Un grand merci à ma famille et à mes amis,**

A mes parents qui m'ont toujours soutenu dans ces longues études. Merci pour votre amour et votre présence à mes côtés et tout particulièrement durant la rédaction de cette thèse.

A mes frères, Pierre, Antoine et Thibaut, merci pour tous les moments partagés ensemble, merci pour les folles soirées jeux et la richesse de nos discussions.

A mes belles sœurs, Aurélie et Siphana, merci pour nos discussions éducation et votre soutien dans ma vie de maman.

A Marjolaine et Faustine, merci pour votre amitié et à tous ces moments partagés, vivement que notre cantine préférée rouvre ses portes !

A Marjorie, merci pour ton aide précieuse pour cette thèse et nos belles discussions !

A la team des urg de Brive, Marjo, Charlène et Pauline, tout premier semestre d'internat, 6 mois fort en émotions !

Aux chères SABAYA, Justine, Fanny, Hanieh, Zoé, Charlotte, Bénédicte, Elisa, Maëva, Maïssa, Khadija, merci pour ces années folles d'externat à vos côtés !

A Aurore, merci pour ton amitié et ta relecture !

A ma fille, Laetitia, tes premières semaines de vie nous ont chamboulées mais cet éloignement m'a permis de découvrir la beauté du maternage. Merci pour la joie que tu nous apportes au quotidien.

A mon mari, Jean-Baptiste, sans qui rien n'aurait vu le jour. Merci pour ton soutien et toutes ces joies du quotidien, la vie est belle à tes côtés !

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Introduction .....	19
Contexte.....	20
1.1. Les pleurs du nourrisson.....	20
1.1.1. L'origine des pleurs du nourrisson .....	20
1.1.2. La courbe normale des pleurs .....	20
1.2. Les pleurs prolongés ou colique du nourrisson .....	21
1.2.1. Définition des pleurs prolongés.....	21
1.2.2. L'étiologie des pleurs prolongés .....	22
1.2.2.1. Les causes organiques .....	22
1.2.2.2. De l'organique au physiologique .....	23
1.2.3. L'impact des pleurs prolongés sur la santé des nourrissons et des parents.....	24
1.3. Le maternage proximal .....	25
1.3.1. Définition du maternage proximal .....	25
1.3.2. Impact du maternage proximal sur les pleurs du nourrisson .....	26
1.3.3. Exposition du problème .....	27
Matériel et méthodes.....	28
2.1. Type d'étude .....	28
2.2. Objectifs de l'étude .....	28
2.3. Population de l'étude .....	28
2.4. Questionnaire .....	28
2.4.1. Description du questionnaire .....	28
2.4.2. Diffusion du questionnaire .....	29
2.5. Exploitation des données .....	29
2.6. Bibliographie .....	30
Résultats .....	31
3.1. Profil des répondants .....	32
3.2. Les conseils de maternage proximal.....	33
3.2.1. Le portage .....	34
3.2.2. L'allaitement à la demande.....	35
3.2.3. Le partage de la chambre ou cododo .....	36
3.2.4. La réponse rapide aux pleurs .....	38
3.3. La connaissance de la physiologie des pleurs .....	39
3.4. La médicalisation des pleurs.....	40
3.5. Impact du questionnaire sur les répondants.....	41
Analyse et discussion .....	42
4.1. Forces et justification de l'étude .....	42
4.2. Les limites de l'étude.....	42
4.3. Cohérence externe .....	43
4.4. Discussion des résultats .....	43
4.4.1. Résultats principaux .....	43
4.4.1.1. Le portage.....	43
4.4.1.2. L'allaitement à la demande .....	44
4.4.1.3. Le partage de la chambre ou cododo .....	45
4.4.1.4. La réponse aux pleurs.....	47
4.4.2. Résultats secondaires .....	48

4.4.2.1. Connaissance de la physiologie des pleurs.....	48
4.4.2.2. Médicalisation des pleurs.....	49
4.5. Perspectives.....	49
Conclusion.....	51
Références bibliographiques.....	52
Annexes.....	57
Serment d'Hippocrate.....	67



## Table des illustrations

---

Figure 1 : Courbe normale des pleurs .....	21
Figure 2 : Image illustrant l'acronyme "PURPLE CRYING" .....	22
Figure 3 : Facteurs impliqués dans les pleurs excessifs du nourrisson .....	24
Figure 4 : Diagramme de flux des participants de notre étude .....	31
Figure 5 : Sexe des répondants.....	32
Figure 6 : Âge des répondants .....	32
Figure 7 : Lieu d'exercice des répondants .....	32
Figure 8 : Nombre de consultations par semaine.....	33
Figure 9 : Pratiques de maternage proximal recherchées par les médecins généralistes lors de l'examen du nourrisson au 15e jour de vie. ....	33
Figure 10 : Conseils généraux donnés aux parents pour diminuer les pleurs .....	34
Figure 11 : Conseil du portage .....	34
Figure 12 : Conseil du portage en dehors des périodes de pleurs .....	34
Figure 13 : Causes des pleurs du nourrisson chez la femme allaitante .....	35
Figure 14 : Partage de la chambre avec le bébé .....	36
Figure 15 : Conseil du « cododo » .....	36
Figure 16 : Conseils délivrés face aux difficultés d'endormissement.....	37
Figure 17 : Taux de conseil de réponse rapide aux pleurs.....	38
Figure 18 : Seuil d'anormalité des pleurs.....	39
Figure 19 : Traitements prescrits lors d'un diagnostic de colique du nourrisson.....	40
Figure 20 : Taux d'impact sur les répondants .....	41

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Corrélation entre le rythme de l'allaitement maternel et la prescription de compléments de lait artificiels (LA). .....	36
Tableau 2 : Corrélation entre le sexe et le conseil de répondre rapidement aux pleurs. ....	38
Tableau 3 : Corrélation entre le conseil de répondre rapidement aux pleurs et ses conséquences. ....	39
Tableau 4 : Corrélation entre l'orientation du terme « colique » vers la sphère digestive et la médicalisation des pleurs. ....	41

## Introduction

---

A chaque naissance, les parents sont plongés dans un nouvel univers ; appelé par Ingrid Bayot le quatrième trimestre de la grossesse. Il s'agit d'un temps de chamboulements et de découvertes où les pleurs tiennent une place centrale (1). Les pleurs restent pour le nourrisson son seul moyen de communication. A travers eux, il cherche à exprimer un besoin, une émotion, à attirer l'attention de celui qui prend soin de lui.

Certains pleurs sont considérés comme excessifs, plus longs ou plus difficiles à calmer. Ces pleurs dits prolongés, sont un problème de santé publique. Source d'inquiétudes chez les parents, ils sont à l'origine d'une consommation de soins importante à travers de nombreuses consultations tant en médecine libérale (médecin généraliste, pédiatre, PMI) qu'aux urgences pédiatriques. En France, on évalue à 15% le taux de consultations pour pleurs du nourrisson en soins primaires (2) et 14% de consultations aux urgences (3).

Ces pleurs couramment attribués à des coliques du nourrisson, ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche. C'est en 1954 qu'Illingworth utilisera le terme de « colique du nourrisson ». Il décrit des épisodes d'attaques de pleurs, « rhythmic attacks of screaming » durant 5 minutes ou plus, prédominant le soir sans cause clairement établie (4,5). Ces pleurs prolongés possèdent certaines caractéristiques typiques : ils sont inopinés, imprévisibles, inconsolables et indépendants de tout élément extérieur. Leurs caractéristiques sont résumées à travers l'acronyme « purple crying » (6).

Jusqu'alors considérés comme une anomalie, ces pleurs du nourrisson ont fait naître de nombreuses hypothèses diagnostiques centrées sur la sphère digestive entraînant à tort une surmédicalisation sans preuve avérée de son efficacité (7).

Le maternage proximal, une approche éducative favorisant la proximité parents-bébé, a démontré son efficacité pour diminuer les pleurs du nourrisson(8–10). Elle s'appuie sur quatre piliers que sont l'allaitement à la demande, le portage, le partage de la chambre et la réponse rapide aux pleurs(11).

En respectant davantage le rythme biologique de l'enfant et en favorisant la relation d'attachement, le maternage proximal contribue à diminuer la fréquence et la durée des pleurs (12,13). Il apparaît donc intéressant de voir le maternage proximal comme une alternative aux traitements médicamenteux dans la prise en charge des pleurs du nourrisson.

Dans leur quotidien, les médecins généralistes sont confrontés à la problématique des pleurs du nourrisson. Il nous a paru légitime d'évaluer leurs pratiques face à ces pleurs et de soulever la question suivante : Quelle est la prévalence des conseils orientés vers le maternage proximal dans la prise en charge des pleurs du nourrisson de moins de 6 mois par les médecins généralistes ?

Nous avons choisi de répondre à cette question en menant une étude observationnelle descriptive auprès des médecins généralistes du Limousin.

## Contexte

---

### 1.1. Les pleurs du nourrisson

#### 1.1.1. L'origine des pleurs du nourrisson

Les pleurs du nourrisson sont un problème de santé publique. Source d'inquiétudes chez les parents, ils sont à l'origine d'une consommation de soins importante à travers de nombreuses consultations tant en médecine libérale (médecin généraliste, pédiatre, PMI) qu'aux urgences pédiatriques. En France, on évalue à 15% le taux de consultations pour pleurs du nourrisson en soins primaires (2) et 14% de consultations aux urgences (3).

D'un point de vue anthropologique, on peut interpréter l'origine de ces pleurs au regard de l'évolution des hominidés. En effet, il y a plus de 3 millions d'années, l'acquisition de la bipédie s'est faite au dépend d'un rétrécissement de la filière pelvienne. En parallèle, on constate, entre 1.5 millions d'année et 500.000 ans, une augmentation de la taille du cerveau de l'espèce homo sapiens. Ces modifications morphologiques ont eu pour conséquence un accouchement « prématuré » donnant naissance à des enfants immatures ; à tel point que certains parlent de « fœtus ex-utéro » durant les 6 à 9 premiers mois de vie (14). Le comportement de pleurs que l'on observe actuellement chez les nourrissons peut être expliqué par l'immaturité et l'état de dépendance dans lequel ils se trouvent à la naissance (15). En effet, les pleurs sont le principal moyen de communication du nouveau-né, ils lui permettent de subvenir à ses besoins physiologiques en attirant l'attention sur lui. Le pleur sert à exprimer un besoin, une émotion mais également à tisser un lien d'attachement. C'est en recherchant la proximité avec ses proches, que le nourrisson s'apaise (7).

Les premiers homos sapiens répondaient aux pleurs par une proximité importante : l'enfant était allaité sans restriction, porté en continu et partageait le même espace de couchage que ses parents (14). Ces habitudes de maternage proximal pratiquées durant des milliers d'années se sont modifiées à travers les siècles laissant place à une culture de l'autonomie précoce. Celle-ci favorise l'autonomie et l'indépendance du nourrisson en diminuant le temps de contact et la proximité entre les parents et leurs bébés (14).

Les pleurs observés chez les nourrissons pourraient être dus à un décalage entre le rythme biologique déterminé par l'évolution et la culture occidentale d'aujourd'hui (16,17).

#### 1.1.2. La courbe normale des pleurs

Les pleurs ont fait l'objet de nombreuses études. C'est en 1962, à force d'observations, que le pédiatre Américain Brazelton décrira pour la première fois une courbe comportementale des pleurs. Ces pleurs qui prédominent en fin d'après-midi, augmentent à partir de la deuxième semaine de vie pour atteindre un maximum vers le 2<sup>e</sup> mois puis diminuent progressivement jusqu'à l'âge de 4 mois après lequel on constate une certaine stabilité (4).

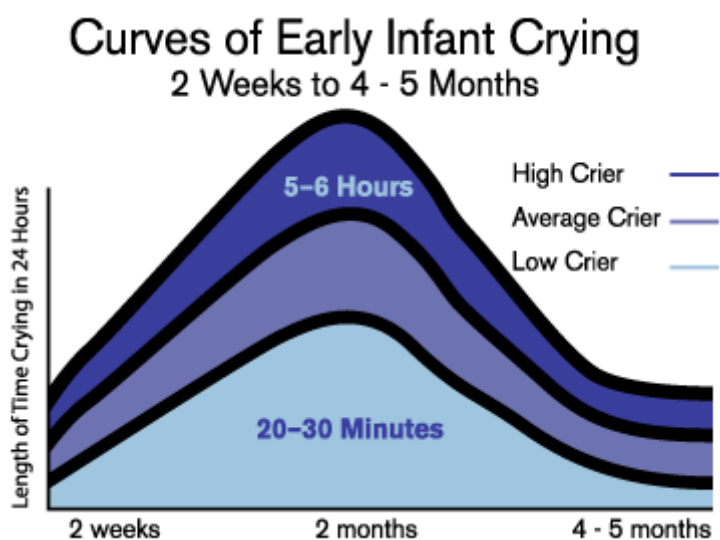


Figure 1 : Courbe normale des pleurs

D'autres travaux menés par R.G. Barr et St James-Roberts confortent ceux de Brazelton, et mettent notamment en avant le caractère universel de cette courbe (4). Cette courbe reste identique quelle que soit la civilisation, la culture, le type de maternage ou l'alimentation (18). Sans modifier le schéma comportemental général, certains facteurs extérieurs peuvent influencer l'aspect de cette courbe notamment le portage et le maternage proximal. Il existe également une grande variabilité interindividuelle, à l'origine de schémas de courbes très différents (7). Ainsi, certains bébés pleurent davantage et peuvent être considérés comme ayant des pleurs prolongés.

## 1.2. Les pleurs prolongés ou colique du nourrisson

### 1.2.1. Définition des pleurs prolongés

Certains pleurs sont considérés comme excessifs, plus longs ou plus difficiles à calmer. Ils concernent entre 10 et 30% des nourrissons et sont un motif fréquent de consultation de médecine de ville (7). Ces pleurs dits prolongés, couramment attribués à des coliques du nourrisson, ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche. C'est en 1954 qu'Illingworth utilisera le terme de « colique du nourrisson ». Il décrit des épisodes d'attaques de pleurs, « rhythmic attacks of screaming » durant 5 minutes ou plus, prédominant le soir sans cause clairement établie. Durant ces épisodes, le nourrisson adopte une attitude particulière, le visage rouge, les sourcils froncés, les jambes relevées et les poings serrés. Ni les bercements, ni le contact physique n'arrivent à calmer l'enfant. Il nommera ce phénomène « three months colic » en référence à l'âge à partir duquel les symptômes s'améliorent (4,5). Par la suite, Wessel décrira ce même phénomène en utilisant le terme d'« agitation paroxystique ». Selon lui, les nourrissons peuvent être classés en trois groupes en fonction de la durée de leurs pleurs. Ceux qui pleurent ou s'agitent plus de 3 heures par jour, plus de 3 jours par semaine

pendant plus de 3 semaines entrent dans la catégorie des nourrissons particulièrement agités. Les nourrissons sont dits agités si les périodes de pleurs durent moins de 3 semaines. Les nourrissons satisfaits sont ceux qui pleurent moins souvent et ne répondent pas aux critères ci-dessus (4).

La règle dite « règle des trois de Wessel » reste aujourd'hui très présente dans la pratique médicale pour décrire les pleurs excessifs du nourrisson. Elle est pourtant remise en question car elle ne prend en compte qu'un seul facteur quantitatif (5). Les derniers critères diagnostiques issus de la classification de Rome IV, nuancent cette définition. Les coliques du nourrisson sont considérées comme un syndrome comportemental qui s'applique aux nourrissons de moins de 5 mois qui ne présentent aucun retard psychomoteur ou pathologie organique identifiée et qui présentent des périodes récurrentes et prolongées de pleurs, avec agitation ou irritabilité (19). Cette définition est reprise par le gastro-pédiatre Marc Bellaïche qui réaffirme que l'utilisation de la règle de Wessel est désormais désuète. Il semblerait donc plus opportun de prendre en compte le ressenti des familles en incluant une variable qualitative qu'est la tolérance des parents à ces pleurs (20).

Ces pleurs prolongés possèdent certaines caractéristiques typiques : ils sont inopinés, imprévisibles, inconsolables et indépendants de tout élément extérieur. Leurs caractéristiques sont résumées à travers l'acronyme « purple crying » (6).

## The Letters in **PURPLE** Stand for



Figure 2 : Image illustrant l'acronyme "PURPLE CRYING"

### 1.2.2. L'étiologie des pleurs prolongés

#### 1.2.2.1. Les causes organiques

Selon les études, 5% des pleurs prolongés du nourrisson sont dus à une pathologie organique. Un examen clinique rigoureux est donc nécessaire pour éliminer ces pathologies. Celles-ci sont regroupées sous l'acronyme anglais "IT CRIES" qui permet de mémoriser les diagnostics

à évoquer : I pour infection (otite, pneumopathie, méningite, pyélonéphrite) ; T pour traumatisme (traumatisme crânien, hématome sous-dural, hypertension intracrânienne, fracture) ; C pour cœur (insuffisance cardiaque, tachycardie supraventriculaire, hypertension artérielle) ; R pour reflux gastro-œsophagien et réactions allergiques d'origine alimentaire ou médicamenteuse ; I pour immunisation (vaccin) et intoxication au monoxyde de carbone ; E pour « eye » (glaucome, brûlure oculaire) ; S pour « surgery » (volvulus, invagination intestinale aiguë, hernie, torsion testiculaire) (21).

Pour les 95% restants, l'origine reste encore aujourd'hui mal comprise. Le terme même de colique, faisant référence au colon, porte à confusion et oriente parfois à tort vers une cause digestive à l'origine d'une hyper médicalisation des pleurs(19,22). En effet, ces dernières années ont été marquées par une augmentation des prescriptions de traitements antiacides, pansements gastriques et régimes alimentaires. Ces traitements ont vu le jour à la suite d'une augmentation de diagnostics ciblés sur la sphère digestive tels que les reflux gastro-œsophagiens, l'allergie aux protéines de lait de vache et l'intolérance au lactose (23). Ces étiologies sont actuellement remises en question. En effet, les dernières études n'ont trouvé aucune corrélation entre la présence d'un reflux et les pleurs prolongés chez les enfants de moins de 3 mois (22). L'allergie aux protéines de lait de vache semble être une cause avérée de colique du nourrisson mais ne concernerait que 5% des causes organiques. Concernant l'intolérance au lactose, les études restent mitigées et non concluantes (22). Cependant, il est avéré que chez les femmes allaitantes, si l'enfant n'absorbe que la première partie du lait riche en lactose, cela peut entraîner des selles explosives verdâtres accompagnées de douleurs abdominales. Les causes telles que la constipation ou l'aérophagie ne sont plus des causes retenues de coliques du nourrisson (24).

### 1.2.2.2. De l'organique au physiologique

Aujourd'hui, les hypothèses diagnostiques récentes s'orientent davantage vers une immaturité du système nerveux et un déséquilibre de la flore intestinale. Les nourrissons qui pleurent auraient une flore intestinale moins riche en bifidobactéries et lactobacilles au dépend de bactéries de type *Escherichia coli* et de protéobactéries productrices de gaz (22,24).

L'immaturité neuronale quant à elle se traduirait par une difficulté de régulation des pleurs associée à une immaturité du rythme circadien (25–27). Cette idée est apparue en 1990 avec St James et plusieurs auteurs confirment son intuition. Lors d'un épisode de pleurs, les systèmes réflexes du contrôle du comportement seraient immatures et ne permettraient pas un contrôle adéquat des pleurs (28,29). Les auteurs appuient leur théorie à travers l'observation des enfants nés prématurément qui seraient davantage concernés par les pleurs prolongés (25,26).

Certains auteurs proposent de voir les pleurs du nourrisson comme l'expression de processus physiologiques précoces d'adaptation du système nerveux central. Ils ne seraient plus l'expression d'un symptôme d'une maladie mais une étape du développement normal de l'enfant (7,28,30). Le caractère universel de la courbe des pleurs, sa stabilité dans le temps et sa présence au sein de différentes espèces de mammifères viennent appuyer cette hypothèse. Les pleurs sont également une manière d'entrer en relation avec l'entourage, source d'interactions et d'échanges bénéfiques au développement neuronal.

Certains facteurs psychologiques pourraient être à l'origine d'une exacerbation de ce comportement physiologique. En effet, les études montrent que les pleurs prolongés sont plus fréquents en cas d'anxiété parentale, de syndrome dépressif maternel ou paternel (22,24,29). D'autre part, les études récentes montrent que le cerveau humain est prédisposé pour répondre de manière plus intense aux pleurs des bébés qu'à d'autres stimuli similaires. Cette réaction est majorée si la mère a un terrain anxieux ou a vécu une expérience traumatisante. Les pleurs entraînent un stress parental, ressenti par le bébé qui pleure davantage (24).

Le docteur Marc Bellaïche résume cette idée à travers une vision triangulaire des pleurs du nourrisson. Il propose de voir les pleurs comme une relation complexe entre plusieurs facteurs comportementaux, environnementaux et digestifs (31).

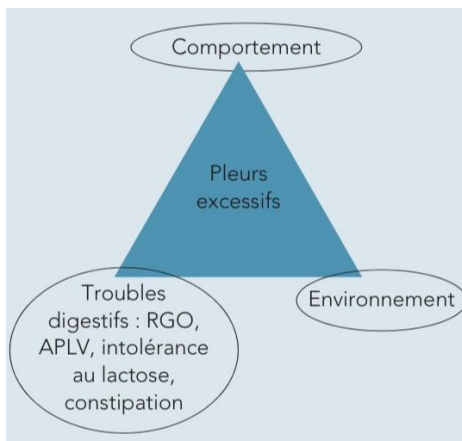


Figure 3 : Facteurs impliqués dans les pleurs excessifs du nourrisson

Malgré l'incertitude sur l'origine de ces pleurs, une certitude existe, celle de l'impact négatif sur la santé de la femme et de l'enfant.

### 1.2.3. L'impact des pleurs prolongés sur la santé des nourrissons et des parents

Si les pleurs font partie du développement normal de l'enfant ils ne sont pas sans conséquence sur la santé de la femme et de l'enfant (7). A la naissance, le cerveau du nourrisson est encore très immature et celui-ci est particulièrement sensible aux effets du stress et de l'environnement (32). La recherche en neurosciences permet de mieux appréhender l'impact de ces pleurs. Lors d'un épisode de pleurs, les circuits du stress sont activés. Ce stress entraîne un afflux d'adrénaline, de noradrénaline et de cortisol nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. Mais lorsque ces molécules sont sécrétées à des taux trop élevés et de manière prolongée, elles deviennent toxiques (33). L'adrénaline et la noradrénaline peuvent entraîner un sentiment de peur, d'angoisse ou de colère mettant le corps dans un état d'hypervigilance (33). Le cortisol quant à lui impacte directement au niveau du cerveau entraînant une diminution des fibres myélinisées, une destruction neuronale et une diminution de la plasticité cérébrale (34–36). Des images IRM du cerveau montrent que le stress précoce peut causer une hyperactivité permanente de l'axe HPA, axe de réponse au stress où intervient le cortisol (37). Une étude de 2011 a évalué le taux cortisol dans un contexte d'entraînement au sommeil chez des nourrissons âgés de 4 à 10 mois. Il conclut que l'entraînement au sommeil est efficace sur les pleurs, l'enfant apprenant à s'endormir seul et



sans pleurs mais malgré l'absence de pleurs, le taux de cortisol reste élevé chez l'enfant (38). Une étude américaine évoque les risques à long terme sur la santé psychique de l'enfant : « *en laissant pleurer les enfants sans leur accorder d'attention, [les parents] peuvent provoquer des dommages à long terme. Le système nerveux de l'enfant deviendra anormalement sensible aux traumatismes à venir.* »(39). L'Association Australienne pour la santé mentale infantile s'inquiète de l'impact des méthodes occidentales pour contrôler les pleurs et notamment l'entraînement au sommeil. Ils estiment « *que ces pratiques ne correspondent pas aux besoins émotionnels et psychologiques des jeunes enfants, et qu'elles peuvent avoir des conséquences à long terme sur leur santé psychologique.* » (40). Ainsi, les pleurs prolongés peuvent nuire à la relation d'attachement et de sécurité du nourrisson et pourraient entraîner des troubles de l'humeur, une hypersensibilité, des manifestations anxieuses voire dépressives (41).

Ces pleurs ont également un impact parental important source d'anxiété, de culpabilité et de sentiment d'impuissance. Les études décrivent les pleurs comme pouvant être à l'origine de dépressions du post-partum, d'altérations du lien parents-bébé, d'arrêts précoces de l'allaitement ainsi que de comportements parentaux inadaptés pouvant aller jusqu'à la maltraitance et au syndrome du bébé secoué (22,23,42,43).

### **1.3. Le maternage proximal**

#### **1.3.1. Définition du maternage proximal**

La science nous permet de mieux appréhender les pleurs du nourrisson mais dans notre société occidentale, des croyances populaires persistent : les pleurs sont vécus comme des caprices voir de la manipulation, la proximité est limitée de peur de donner de mauvaises habitudes aux enfants (7). Cette vision est un héritage de la « culture de la séparation » ou « maternage distal » prônée au milieu du 20<sup>e</sup> siècle. A cette époque, l'autonomie précoce et l'indépendance étaient mis en avant ; l'enfant doit s'endormir seul, dans sa chambre, doit apprendre à se consoler seul. Les parents sont incités à ne pas agir trop rapidement voire à ignorer les pleurs. L'alimentation au biberon est privilégiée et l'allaitement maternel doit se faire à heures fixes. Ce rythme imposé à l'enfant et la diminution de contact ont tendance à prédisposer les enfants aux pleurs (7).

Dans les pays riches, le concept de contrôle des naissances via la contraception est apparu. A travers lui, la parentalité devient un véritable projet réfléchi à deux et offrant aux nouveaux-nés des conditions d'accueil favorables à leur bien-être (44).

Un autre type de parentage, le maternage dit proximal revient dans les pratiques depuis les années 60. Il est basé sur la théorie de l'attachement du psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby. Selon lui, les bébés semblent programmés à pleurer lorsqu'ils n'ont plus de contact ou lorsqu'ils sont en détresse. Ils sont plus efficacement calmés par le contact physique proche (45). L'attachement se réfère au lien émotionnel spécifique que le bébé développe avec celui qui prend soin de lui ; son « caregiver ». Le besoin d'attachement est un besoin primaire et inné nécessaire au bon développement psychique et social de l'enfant. Pour créer ce lien d'attachement, Bowlby évoque plusieurs attitudes qui permettent une proximité physique avec le « caregiver » : sucer, attraper, suivre. Si la réponse du « caregiver » est

adaptée aux besoins d'attachement de l'enfant, cette figure d'attachement devient une base de sécurité pour l'enfant l'amenant à une autonomie progressive (34,46). Cette théorie a été complétée par la suite par Mary Ainsworth, psychologue Américaine, qui introduit la notion d'attachement « sécuritaire » et « insécure ». L'enfant est dit sécuritaire lorsque la figure d'attachement répond de manière appropriée et rapide aux demandes de l'enfant et que celui-ci en recherche sa proximité. L'enfant sécuritaire s'individualise, s'autonomise progressivement et développe pleinement ses capacités. Dans le cas contraire, lorsque les réponses de l'entourage aux besoins d'attachement de l'enfant sont peu ou non adéquates, l'enfant n'a pas de base de sécurité où trouver réconfort et attention. Se développent alors des relations d'attachement dites insécures entraînant manque d'échanges affectifs, introversion des émotions, angoisse de séparation majeure, crainte, violence (34,47). Répondre de manière constante, rapide et chaleureuse aux besoins ou aux appels de détresse du nourrisson permet de créer un attachement stable (13).

A partir de cette théorie, le pédiatre William Sears et sa femme, Martha ont rédigé le livre « The attachment parenting book ». Celui-ci décrit les différents piliers du maternage proximal permettant de construire cette relation d'attachement. Le maternage proximal se définit à travers plusieurs attitudes pour prendre soin de l'enfant notamment une réponse rapide aux pleurs, l'allaitement prolongé et à la demande, le partage de la chambre ou « cododo » et le portage (11). Le « cododo » est une pratique de sommeil où l'enfant dort dans la même pièce que ses parents mais dans une surface de couchage distincte. Il se distingue du « sommeil partagé » ou « partage du lit », où le nourrisson dort dans le même lit que ses parents.

### **1.3.2. Impact du maternage proximal sur les pleurs du nourrisson**

Au vu des études scientifiques, la médicalisation des pleurs n'apparaît pas comme une solution optimale. Plusieurs chercheurs se sont donc intéressés à l'impact du maternage proximal sur les pleurs du nourrisson. Les ethnologues ont constaté une diminution des pleurs dans les cultures pratiquant le maternage dit proximal par rapport aux pays occidentaux. L'étude la plus connue, menée par R.G. Barr en 1991 s'intéresse au peuple de chasseurs cueilleurs Kung sang. Dans cette culture, le bébé est porté plus de 80% du temps, allaité en continu et la réponse aux pleurs est quasi immédiate. Chez ces bébés il est observé que les épisodes de pleurs sont extrêmement brefs (8).

Par la suite, plusieurs études ont montré une diminution de la durée des pleurs lorsque la proximité parent-bébé était favorisée. Mary Ainsworth a montré que les nourrissons, dont les mères ont répondu vite et souvent à leurs pleurs dans les trois premiers mois de vie, en ont réduit la durée et la fréquence en l'espace de quelques mois, et ont développé une plus large gamme de moyens de communication (vocalises, mimiques, mouvements) (9). Une grande étude menée en 2006 par St James a étudié la durée des pleurs chez les nourrissons de moins de 3 mois dont les parents pratiquaient des styles de parentage différents. Dans les 3 groupes constitués, des épisodes de pleurs prolongés sont retrouvés mais chez les parents qui pratiquent un maternage dit proximal, on constate une diminution de la durée des pleurs de 50% (10).

Certaines études se sont intéressées uniquement au portage ou à l'allaitement et retrouvaient des résultats similaires avec diminution de la durée des pleurs (43,48,49).

Ainsi, répondre de manière constante, rapide et chaleureuse aux besoins ou appels de détresse du nourrisson favorise le lien d'attachement et permet une diminution des pleurs (12,13).

### **1.3.3. Exposition du problème**

Aujourd'hui, les médecins généralistes tentent de répondre aux questionnements des parents sur les pleurs de leurs nourrissons. La multiplicité des conseils actuels souvent contradictoires et la surmédicalisation peuvent renforcer l'anxiété et aggraver les pleurs. Le besoin de mettre le nourrisson à distance et de contrôler ses pleurs et son sommeil reste encore très prégnant dans nos sociétés. Les pratiques de puéricultures, culturellement déterminées mais non validées scientifiquement ne sont pas toujours les plus adaptées aux besoins des nourrissons. La biologie de l'enfant contraste avec les habitudes de la vie contemporaine. L'alimentation à heure fixe, l'espacement des repas, l'apprentissage du sommeil ne solutionnent pas forcément les pleurs et tendent à les majorer.

Le maternage proximal apparaît comme une alternative intéressante ayant un impact majeur sur la santé psychosociale du tout petit. Des conseils favorisant la proximité parents-bébés devraient faire partie d'une consultation pour pleurs du nourrisson. Il paraît donc légitime de se poser cette question : Quelle est la place du maternage proximal dans la prise en charge des pleurs du nourrisson de moins de 6 mois par les médecins généralistes du Limousin ?

## Matériel et méthodes

---

### 2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale.

### 2.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'évaluer la prévalence de conseils orientés vers le maternage proximal dans la prise en charge des pleurs prolongés du nourrisson de moins de 6 mois par les médecins généralistes du Limousin.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer chez les médecins généralistes du Limousin :

- La connaissance de la physiologie des pleurs.
- La médicalisation des pleurs prolongés du nourrisson.

### 2.3. Population de l'étude

Le questionnaire s'adressait aux médecins généralistes du Limousin (Haute-Vienne, Corrèze et Creuse).

Les critères d'inclusions étaient :

- D'être médecin généraliste
- Exerçant en libéral
- Et installé dans la zone géographique définie ci-dessus.

Les critères d'exclusions étaient d'exercer en milieu hospitalier ou d'être médecin remplaçant.

### 2.4. Questionnaire

#### 2.4.1. Description du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé via la plateforme Google Forms. Il comprenait 34 questions organisées en 7 parties. A l'exception d'une d'entre elles, l'ensemble des questions étaient de types fermés binaires ou à choix multiples. Lors des questions à choix multiples, il y avait une proposition « autre » permettant de recueillir des commentaires libres.

La première partie s'intéressait aux données sociodémographiques des médecins généralistes et à leur expérience en pédiatrie (formation spécifique en pédiatrie).

La deuxième partie explorait les connaissances théoriques de la physiologie des pleurs.

La troisième partie s'intéressait à la prise en charge spécifique en cabinet et notamment à la médicalisation des pleurs du nourrisson.

Les parties suivantes s'intéressaient successivement aux différents piliers du maternage proximal que sont l'allaitement maternel, le portage, le sommeil partagé et la réponse rapide aux pleurs.

La dernière question s'intéressait à l'impact de ce questionnaire sur leur pratique quotidienne.

Si les médecins le souhaitaient, un lien était proposé à la fin du questionnaire pour avoir des informations supplémentaires sur le sujet.

Une première version du questionnaire a été envoyée à 3 médecins généralistes pour vérifier la compréhension des questions et le temps nécessaire pour y répondre. Celui-ci a été évalué à 5 min par les 3 médecins. Cette relecture a donné lieu à une modification de certaines questions.

#### **2.4.2. Diffusion du questionnaire**

Initialement, le questionnaire devait être envoyé par mail à l'ensemble des médecins généralistes de Haute-Vienne. L'ordre des médecins de Haute-Vienne ainsi que l'Union Régionale-des-Professionnels-de-Santé n'ont pas accédé à notre demande. La possibilité proposée par l'ordre des médecins était de mettre un lien sur leur site ou d'envoyer par voie postale via une liste d'adresse postale. Le choix a été fait de privilégier les courriels moins chronophages et moins coûteux. La zone géographique a également été élargie prenant en compte 3 départements : la Haute-Vienne, la Corrèze et la Creuse. Le questionnaire a finalement pu être diffusé par mail à 160 médecins généralistes maîtres de stage rattachés à l'université de Limoges à la date du 2 octobre 2020. Deux relances à l'ensemble de la liste de mails ont eu lieu, le 9 octobre 2020 puis le 20 octobre 2020.

#### **2.5. Exploitation des données**

Les données ont été retranscrites directement depuis le logiciel Google Forms vers un fichier Excel. Les tableaux ont été réalisés à partir du fichier Excel.

Le taux de réponses au questionnaire n'a pas pu être calculé du fait d'une prise de contact indirecte avec la population cible.

Le test du Chi2 ainsi que le test de Fischer ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives avec un seuil de significativité p fixé à 0.05.

## **2.6. Bibliographie**

Les recherches ont été effectuées à partir de Google, Google Scholar, PubMed et SUDDOC.

Les mots clés utilisés ont été maternage proximal, colique du nourrisson, attachment parenting, crying infant, excessive crying.

La bibliographie a été réalisée à partir du logiciel Zotero.

## Résultats

---

Nous avons obtenu 101 réponses à notre questionnaire. 10 questionnaires ont été exclus en raison du lieu géographique : ces médecins n'exerçaient pas en Limousin.

Les résultats portent donc sur 91 questionnaires.

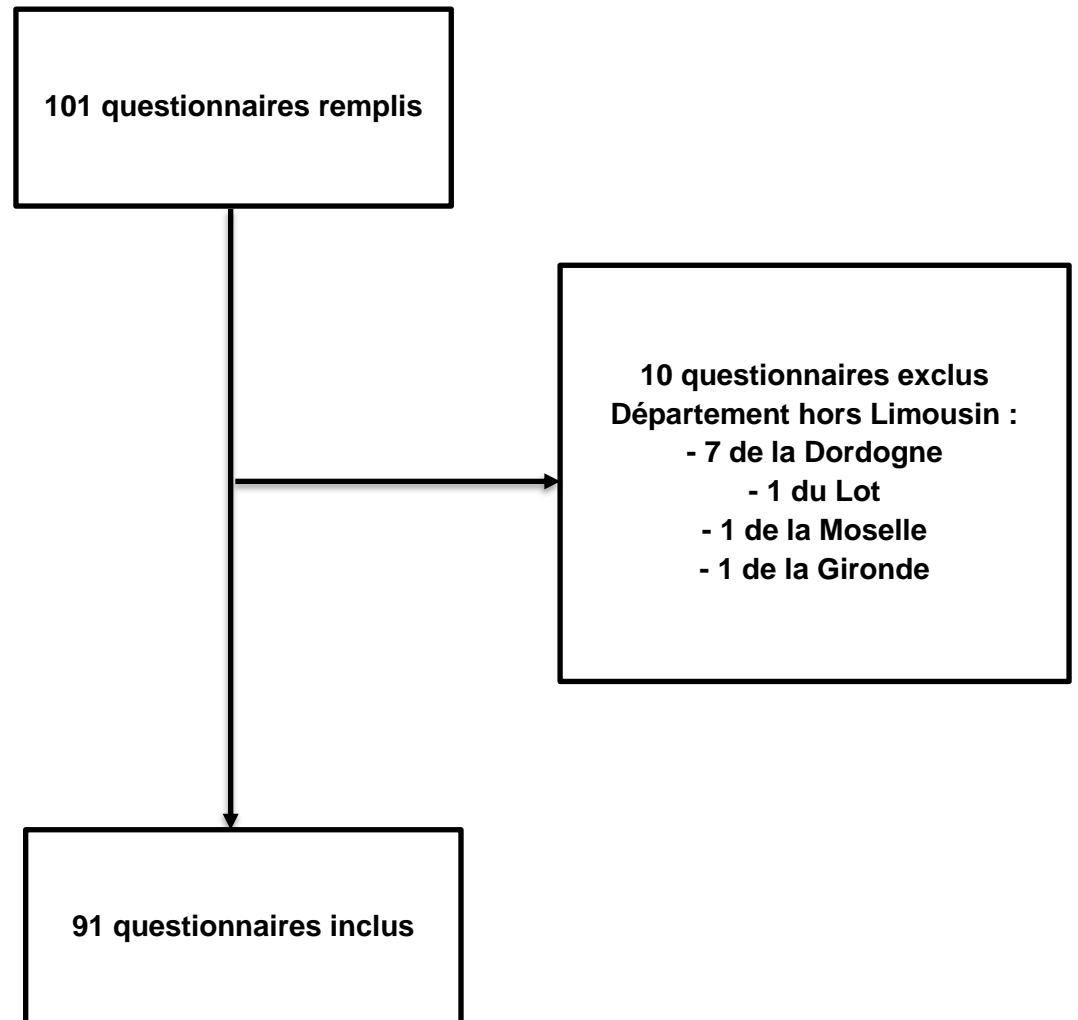


Figure 4 : Diagramme de flux des participants de notre étude

### 3.1. Profil des répondants

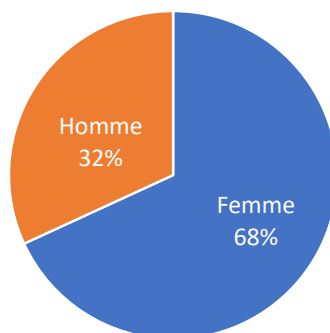


Figure 5 : Sexe des répondants

Les médecins répondants étaient en majorité des femmes.

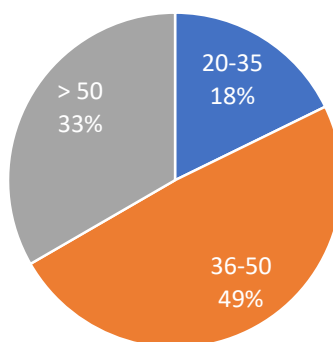


Figure 6 : Âge des répondants

Les médecins ont été classés en trois tranches d'âge, la plus représentée était celle des 36-50 ans.

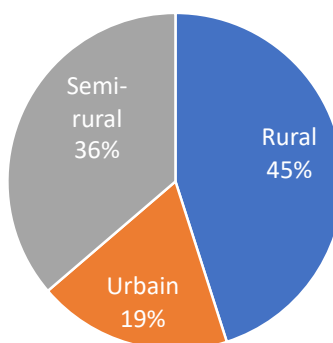


Figure 7 : Lieu d'exercice des répondants

Les médecins exerçaient en majorité en milieu rural, le département le plus représenté était la Haute-Vienne.



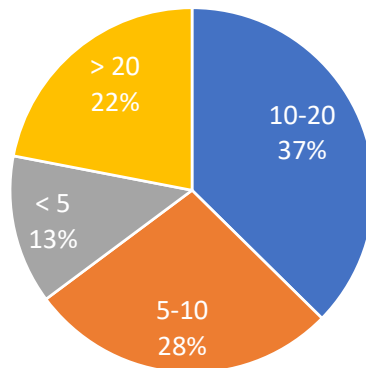


Figure 8 : Nombre de consultations par semaine

La majorité des médecins ont déclaré faire entre 10 et 20 consultations de pédiatrie par semaine.

Sur l'ensemble des médecins généralistes, 10 n'avaient pas d'enfants.

Parmi les répondants, 8 avaient une formation spécifique en pédiatrie (3 DU d'urgence pédiatrique, 1 DESC de Chirurgie pédiatrique, 2 ayant exercé pendant un an dans un service hospitalier de pédiatrie, une expérience en PMI et un stage d'interne de 6 mois en pédiatrie).

### 3.2. Les conseils de maternage proximal

La théorie de l'attachement est connue par 48% des médecins généralistes et 15% d'entre eux connaissent la notion de maternage proximal.

Pour 87% des médecins, la proximité parents-bébé permet de diminuer les pleurs.

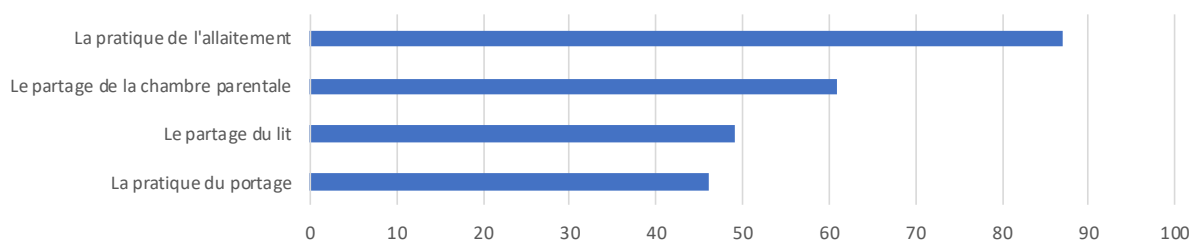


Figure 9 : Pratiques de maternage proximal recherchées par les médecins généralistes lors de l'examen du nourrisson au 15e jour de vie.

Voici les différents conseils délivrés aux parents par les médecins généralistes pour diminuer les pleurs de leur nourrisson :

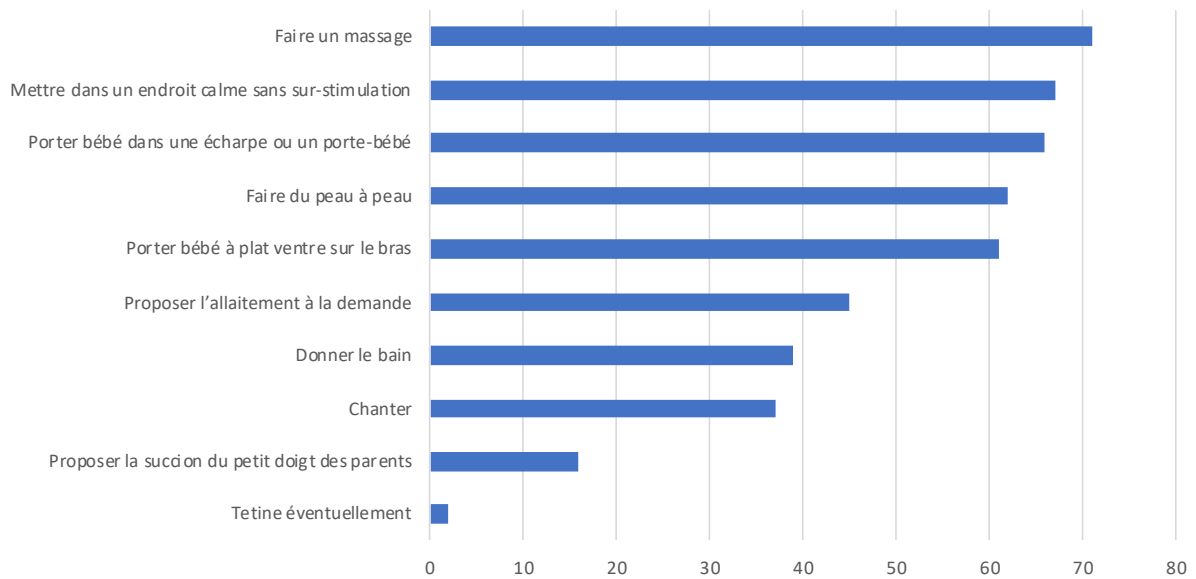


Figure 10 : Conseils généraux donnés aux parents pour diminuer les pleurs

### 3.2.1. Le portage

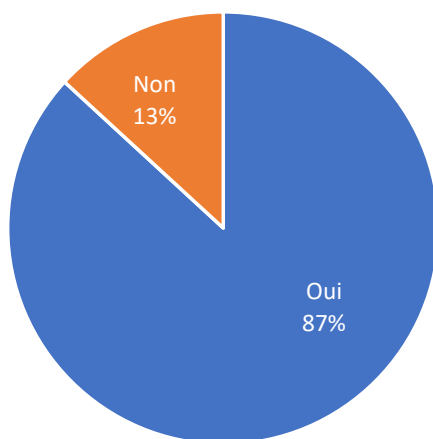


Figure 11 : Conseil du portage

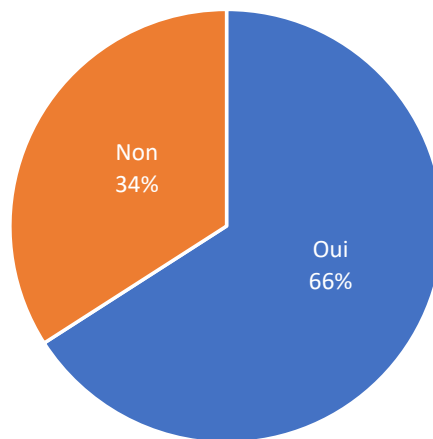


Figure 12 : Conseil du portage en dehors des périodes de pleurs

Concernant le portage, 87% des médecins conseillent aux parents de porter leur bébé pour diminuer les pleurs (en écharpe, porte bébé ou dans le bras) et 66% le conseillent également en dehors des périodes de pleurs.

Pour 97% des médecins, le risque de luxation des hanches n'est pas un frein à la pratique du portage.

Plus de la moitié des médecins savent montrer aux parents comment porter un bébé en écharpe ou porte-bébé.

Les médecins qui ne conseillent pas le portage sont en majorité des hommes de plus de 50 ans ; seul un médecin de la tranche des 20-35 ans ne conseille pas le portage.

### 3.2.2. L'allaitement à la demande

Face aux pleurs d'un nourrisson chez une femme qui allaite, les principales causes évoquées sont des causes mécaniques : une mauvaise prise du sein par le bébé (67%) et l'existence d'un frein de langue restrictif (50%).

Une insuffisance de lait maternel est évoquée par 48% des médecins et 10% évoquent la possibilité d'un lait maternel pas assez riche.

Des réponses orientées vers la physiologie de l'allaitement maternel étaient plus rares : une poussée de croissance est évoquée par 30% des médecins, la présence d'un réflexe d'éjection fort par 13% d'entre eux et un manque de lait gras en fin de tétée par environ 10%.

Un médecin évoque en commentaire libre la possibilité d'une difficulté chez la mère pour allaiter.

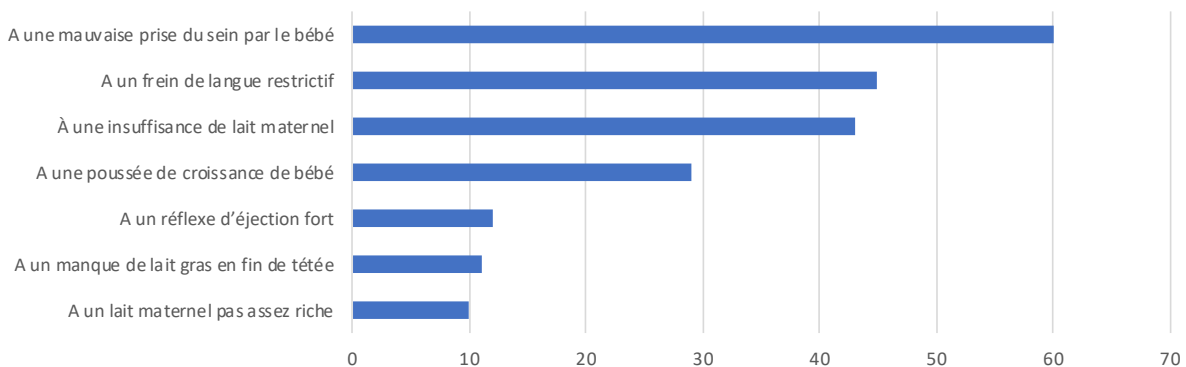


Figure 13 : Causes des pleurs du nourrisson chez la femme allaitante

Face aux pleurs prolongés d'un nourrisson chez une femme qui allaite, 36% des médecins proposent de donner le sein pour calmer les pleurs et 57% proposent d'éviter de donner le sein à chaque épisode de pleurs ou de respecter un intervalle de temps minimum entre deux tétées.

Devant l'hypothèse d'une allergie aux protéines de lait de vache, 10% des médecins proposent un régime alimentaire chez la maman avec éviction de protéines de lait de vache.

25% des médecins proposent l'introduction de compléments de lait artificiel. Nous constatons une corrélation significative ( $p=0.008$ ) entre la prescription de complément de lait artificiel et la

proposition d'un cadre à l'allaitement. Seul 4 médecins qui proposent l'allaitement à la demande prescrivent également des compléments.

Tableau 1 : Corrélation entre le rythme de l'allaitement maternel et la prescription de compléments de lait artificiels (LA).

		Proposition d'allaitement à la demande	Proposition d'un cadre à l'allaitement	Total répondants	<i>p</i>
		33	43	76	
Prescription de compléments de LA	Oui	4	17	21	<0,01
	Non	29	26	55	

La poursuite de l'allaitement est privilégiée par la majorité des médecins, 3 médecins proposent aux femmes un arrêt de l'allaitement.

56% des médecins ayant entre 25-35 ans proposent l'allaitement à la demande lors de pleurs du nourrisson, les pourcentages sont plus faibles dans les autres catégories : 30 % chez les 36-50 ans, et 35% chez les plus de 50 ans. Parmi les 3 médecins qui proposent un arrêt de l'allaitement 2 ont plus de 50 ans et 1 entre 36 et 50 ans.

### 3.2.3. Le partage de la chambre ou cododo

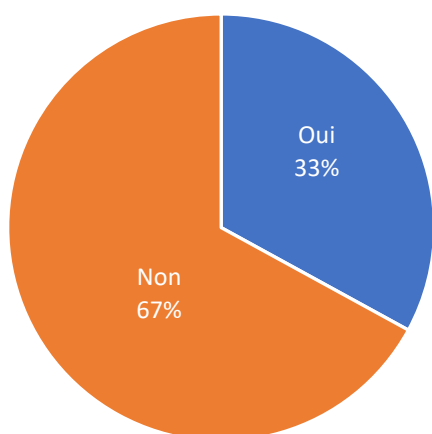


Figure 14 : Partage de la chambre avec le bébé

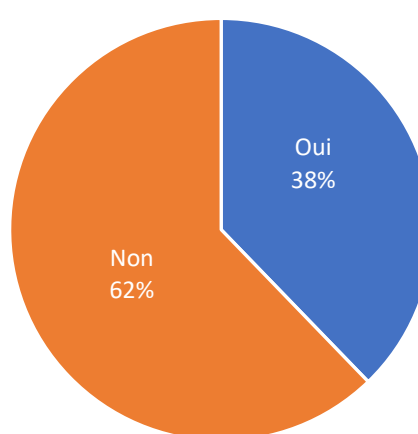


Figure 15 : Conseil du « cododo »

34% des médecins conseillent aux parents de dormir dans la même chambre que leur bébé jusqu'au 6 mois de l'enfant et 38% conseillent la pratique du « cododo » (l'enfant dormant dans sa propre surface de couchage, à proximité immédiate de ses parents).

Un seul des médecins conseille aux parents de partager la même surface de couchage que leur bébé.

Face aux difficultés d'endormissement, les médecins généralistes conseillent en majorité d'instaurer un rituel d'endormissement (86%) et de ne pas répondre trop rapidement aux pleurs (74%). Viennent par la suite les conseils de favoriser l'auto-apprentissage à s'endormir (40%), et de laisser l'enfant s'endormir seul (34%).

Les conseils favorisant la proximité sont cités par une minorité de médecins généralistes avec 27% qui proposent l'instauration de la pratique du cododo, 16% qui proposent d'endormir l'enfant au sein, dans les bras ou en portage et 6% qui proposent de rester aux côtés de l'enfant tant qu'il n'est pas endormi.

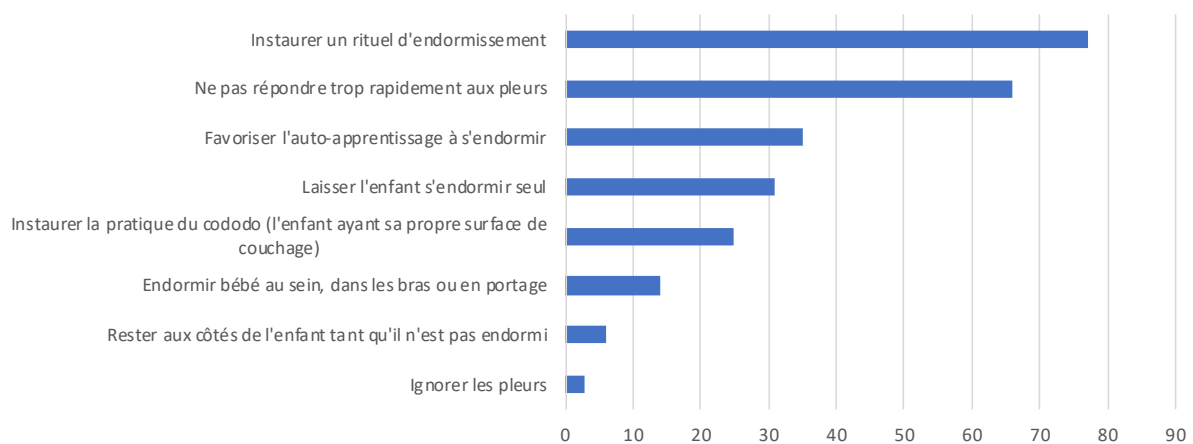


Figure 16 : Conseils délivrés face aux difficultés d'endormissement

Face à des parents ayant fait le choix du partage du lit, 4 médecins ont cité l'ensemble des recommandations à respecter pour diminuer le risque d'étouffement.

Les conseils les plus connus par les médecins sont l'absence de tabac et d'alcool chez les deux parents (90%), un lit assez grand sans couverture ni oreillers (72.5%) et sans autre enfant dans le lit (76%).

Les conseils les moins connus sont la présence d'un allaitement maternel (27.5%) et la position du bébé du côté de la mère et non du conjoint (41%).

### 3.2.4. La réponse rapide aux pleurs

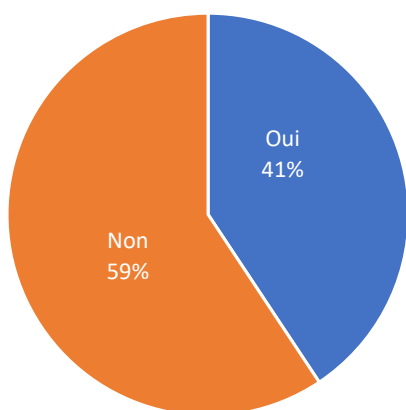


Figure 17 : Taux de conseil de réponse rapide aux pleurs

40% des médecins recommandent aux parents de répondre rapidement aux pleurs des enfants. Parmi eux, 97% sont des femmes.

Les hommes conseillent plus que les femmes de ne pas répondre trop rapidement aux pleurs du nourrisson ( $p=0.018$ ).

Tableau 2 : Corrélation entre le sexe et le conseil de répondre rapidement aux pleurs.

		Homme	Femme	Total répondants	<i>p</i>
<b>Conseil de réponse rapide aux pleurs</b>		<b>29</b>	<b>62</b>	91	
	Oui	3	21	24	<0,05
	Non	26	41	67	

Pour plus de 50% des médecins généralistes, répondre rapidement aux pleurs de bébés entraîne une diminution de la durée des pleurs. La diminution de la fréquence des pleurs est également citée par 38% d'entre eux.

Par contre, certains des médecins généralistes interrogés considèrent que répondre rapidement aux pleurs du nourrissons risque d'entraîner de mauvaises habitudes (36%), un manque d'autonomie (33%) et des caprices plus fréquents (17%).

Ces notions de caprices et de manque d'autonomie sont davantage citées par les médecins qui ne recommandent pas de répondre rapidement aux pleurs des nourrissons ( $p<0.01$ ).

Les médecins qui encouragent la réponse rapide aux pleurs citent plus fréquemment les aspects positifs de cette pratique, sans que la corrélation soit significative.

Tableau 3 : Corrélation entre le conseil de répondre rapidement aux pleurs et ses conséquences.

	Conseil de réponse rapide aux pleurs		Total	<i>p</i>
	Oui	Non	N=90	
<b>Selon vous, répondre rapidement aux pleurs pourrait entraîner :</b>				
Une diminution de la durée des pleurs	32	17	49	NS
Une diminution de la fréquence des pleurs	24	8	32	NS
De mauvaises habitudes	1	31	32	NS
Des caprices plus fréquents	0	16	16	<i>p</i> < 0.01
Un manque d'autonomie	6	23	29	<i>p</i> < 0.01

La notion de « caprices » est majoritairement évoquée par les plus de 50 ans de manière significative ( $p=0.0002$ )

### 3.3. La connaissance de la physiologie des pleurs

La « courbe normale des pleurs » est connue par 12% des médecins. 84% d'entre eux savent que les pleurs des premiers mois sont plus fréquents en début de soirée et 40% connaissent l'existence d'un pic de pleurs vers l'âge de 2 mois.

Les caractéristiques particulières des pleurs précoces du nourrisson sont peu connues, seuls 30% des médecins savent que les pleurs des premiers mois sont inattendus et imprévisibles et que les crises de pleurs débutent et finissent sans raison apparente.

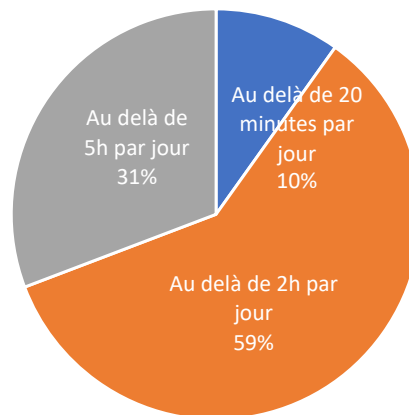


Figure 18 : Seuil d'anormalité des pleurs

A partir de 2h par jour, la majorité des médecins généralistes considèrent ces pleurs comme anormaux. 30% d'entre eux mettent la limite à 5h de pleurs par jour et 10% à 20 minutes par jour.

Concernant l'origine de ces pleurs, pour la majorité des médecins les pleurs prolongés sont liés au développement normal du nourrisson (76%) et à une immaturité de leur système digestif (55%). Les médecins généralistes ne se prononcent pas sur une éventuelle cause liée à une mauvaise synchronisation du rythme veille – sommeil (40%) ou à une immaturité du système nerveux central (35%) ; (Ils ne sont « ni d'accord, ni pas d'accord »).

### 3.4. La médicalisation des pleurs

Face à des pleurs du nourrisson sans cause retrouvée à l'examen clinique, les médecins généralistes proposent en majorité conseils et réassurance parentale (86%).

Dans l'hypothèse où les pleurs seraient liés à un reflux gastro-œsophagien, 37% des médecins prescrivent un pansement gastrique et 14% un inhibiteur de la pompe à protons (IPP).

Dans l'hypothèse où les pleurs seraient dus à une allergie aux protéines de lait de vache, 20% des médecins proposent un changement de lait pour un lait sans protéine de lait de vache.

Un traitement antispasmodique est prescrit par 8% des médecins.

Environ 30% des médecins proposent un traitement de type phytothérapie ou homéopathie.

30% disent ne pas prescrire de traitement médicamenteux.

7% changent de vitamine D.

6,5% des médecins prennent un avis spécialisé et 2% évoquent des pratiques du maternage en favorisant la proximité avec l'enfant.

Lorsque le diagnostic de colique du nourrisson est posé par le médecin, on constate une prise en charge similaire avec une proportion importante de conseils et réassurance parentale. Au niveau des traitements, les traitements de type phytothérapie et probiotiques sont plus prescrits au dépend des traitements par IPP et pansements gastriques.

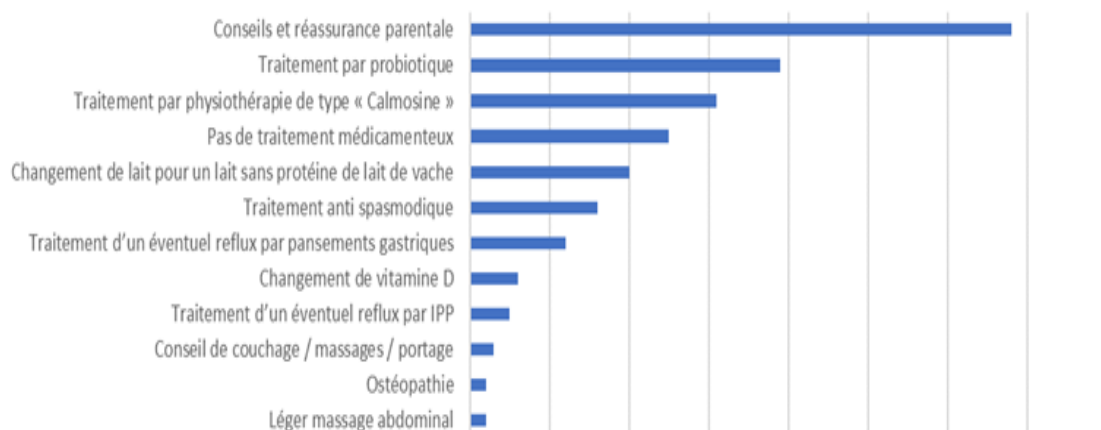


Figure 19 : Traitements prescrits lors d'un diagnostic de colique du nourrisson.

Pour les 56% des médecins qui considèrent que le terme de colique du nourrisson oriente leur prise en charge vers la sphère digestive, nous constatons effectivement une tendance à la



médicalisation plus importante par IPP, pansements gastriques et traitements antispasmodiques sans que ce résultat soit significatif ( $p=0.66$ ).

Nous constatons tout de même que les médecins qui considèrent que le terme de « colique du nourrisson » n'orientent pas leur prise en charge vers la sphère digestive disent effectivement ne pas prescrire de traitement médicamenteux ( $p=0.017$ ).

Tableau 4 : Corrélation entre l'orientation du terme « colique » vers la sphère digestive et la médicalisation des pleurs.

	Le terme « colique » oriente votre prise en charge vers la sphère digestive ?		Total	p
	Oui	Non		
<b>Si vous ne trouvez pas d'étiologie à ces pleurs du nourrisson, quelle est votre attitude :</b>				
Traitement d'un éventuel reflux par IPP	7	5	12	NS
Traitement éventuel reflux par pansement gastrique	20	13	33	NS
Traitement anti-spasmodique	5	3	8	NS
Traitement probiotique	15	8	23	NS
Phytothérapie de type « calmosine »	20	11	31	NS
Pas de traitement médicamenteux	10	17	27	<b><math>p &lt; 0.05</math></b>

### 3.5. Impact du questionnaire sur les répondants

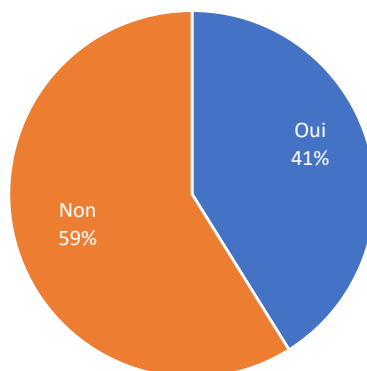


Figure 20 : Taux d'impact sur les répondants

Pour 41% des médecins, ce questionnaire va avoir un impact sur leur pratique ou leur approche des pleurs du nourrisson.

## Analyse et discussion

---

### 4.1. Forces et justification de l'étude

Le sujet du maternage proximal est un sujet d'actualité auquel le monde de la petite enfance se trouve confronté, de plus en plus de parents faisant le choix de ce type d'éducation pour leurs enfants. Et pourtant, ce sujet reste peu connu par le monde médical et peut être à l'origine d'incompréhension ou de scepticisme.

Dans notre étude, le choix a été fait de traiter le maternage proximal à travers la prise en charge des pleurs du nourrisson, une accroche intéressante et innovante qui n'a jamais été traitée pour une thèse de médecine générale.

Un point important à souligner est l'impact de notre étude sur les médecins généralistes, plus de 40% d'entre eux soulignent que le questionnaire aura impact sur leur pratique ou leur approche des pleurs.

D'une manière personnelle, nous avons reçu plusieurs mails de médecins souhaitant recevoir les conclusions de cette thèse montrant un intérêt certain pour le sujet.

La thèse de Marie-Pierre Choffardet traitant des freins et facilitateurs du maternage proximal permettra d'enrichir cette étude du côté des familles. La question essentielle étant de savoir si le discours des professionnels de santé peut être un frein à la mise en place du maternage proximal chez les parents.

### 4.2. Les limites de l'étude

Le principal biais de notre étude est le biais de sélection. Devant la difficulté d'obtenir les adresses mails des médecins généralistes du Limousin, population cible de notre étude, le choix a été fait de transférer le questionnaire à l'ensemble des Maîtres de Stage Universitaires du Limousin créant ainsi un manque de représentativité de notre échantillon par rapport à la population des médecins généralistes du Limousin. Nous pouvons penser que les maîtres de stage universitaires sont davantage formés que leurs confrères.

Les médecins ayant répondu aux questionnaires sont également les plus intéressés par le sujet. Les résultats du questionnaire ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes.

Pour limiter ce biais de sélection et permettre d'augmenter le nombre de répondants, certaines mesures ont été prises au moment de la rédaction du questionnaire. Le choix d'un outil simple de recueil a été fait, simplifiant l'accès au questionnaire. Les réponses aux questions ont été rendues obligatoires ainsi l'ensemble des questionnaires a été rempli correctement et aucun n'a été exclu pour ce motif. Les relances successives ont également permis d'augmenter le nombre de participants et de limiter ce biais.

Certains biais liés aux répondants peuvent être cités dans notre étude :

- Le biais d'information et de mémorisation inhérent à la rédaction d'un questionnaire. Celui-ci a d'abord été testé par quelques médecins généralistes pour vérifier la bonne compréhension des questions et leur faisabilité limitant ainsi ce biais.
- Le sujet sensible du partage du lit et du risque associé de mort subite du nourrisson peut entraîner un biais de prévarication. En effet, certains médecins ont pu répondre sciemment de façon erronée, pour rester conforme aux attentes supposées des confrères, n'osant dire qu'ils conseillent le partage du lit dans certaines situations.
- De même, on peut citer un biais de désirabilité sociale, les médecins ont pu être influencés dans leurs réponses en fonction des convenances sociales et de l'image qu'ils souhaitent donner d'eux même. Ceci est particulièrement vrai concernant les notions d'allaitement long, de partage de la chambre et de la réponse rapide aux pleurs du nourrisson.

### 4.3. Cohérence externe

Au niveau national, selon les chiffres de la démographie médicale publiée par l'Ordre National des médecins en 2020, les femmes représentent 50,4% des médecins généralistes. Parmi elles, on remarque deux pics, la tranche d'âge des 30-39 ans et celle des 55-64 ans. A l'échelle du Limousin en 2015, on constate un seul pic représenté par les 55-64 ans. Dans notre étude, on constate une surreprésentation des femmes médecins qui représentent 69% des effectifs. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 36-50 ans.

Au niveau national, chez les hommes, la classe d'âge la plus représentée est celle des 50-64 ans. On retrouve cette même répartition à l'échelle du Limousin. Malgré une sous-représentation des hommes dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée reste celle des 50 ans ce qui concorde à la répartition démographique Limousine et nationale.

### 4.4. Discussion des résultats

#### 4.4.1. Résultats principaux

##### 4.4.1.1. Le portage

Le portage est le conseil de maternage le plus donné par les médecins généralistes pour diminuer les pleurs du nourrisson, ils sont 86% à le conseiller. La pratique du portage en dehors des périodes de pleurs est conseillée par 65,5% des médecins. Nous pouvons noter également que pour l'ensemble des médecins, le risque de luxation des hanches ne constitue pas un frein à la pratique du portage. Dans la littérature, les études concernant le portage donnent des résultats différents : certaines suggèrent une efficacité préventive du portage sur la durée des épisodes de pleurs (48–50) tandis que d'autres ne montrent pas d'incidence du portage sur la quantité des pleurs (49,51). Malgré ces résultats contrastés, il semblerait que la proximité physique que procure le portage permettrait de répondre au besoin de contact et

d'attachement du nourrisson et diminuerait la quantité globale des pleurs sur 24 heures (52). Les recommandations actuelles conseillent en grande partie la pratique du portage pour diminuer les pleurs du nourrisson, notamment celles de la Société Française de pédiatrie (53).

Notre étude permet d'affirmer que la majorité des médecins généralistes interrogés connaît les bénéfices du portage et le conseille aux parents. Il est intéressant de noter que les médecins qui ne conseillent pas le portage sont en majorité des hommes de plus de 50 ans ; seul un médecin de la tranche des 20-35 ans ne conseille pas le portage. Notre étude n'est pas assez puissante pour pouvoir le confirmer mais nous pouvons émettre que la formation sur les pleurs du nourrisson s'est améliorée chez les jeunes médecins.

La thèse du Dr Anne Guillouet qui s'intéresse à la question du portage des nourrissons à travers des entretiens avec 50 femmes en maternité, rapporte que seul 10% des femmes ont eu une information sur le portage par un professionnels de santé et aucune par un médecin (54). Nous pouvons supposer que le sujet du portage est rarement soulevé spontanément par les médecins sans question ou problème spécifique des parents et que la présence de pleurs importants semble être une occasion pour les médecins d'évoquer le portage.

Aux vues des bénéfices qu'apporte le portage du nourrisson, il serait intéressant que les médecins généralistes le proposent de manière plus large aux parents.

#### **4.4.1.2. L'allaitement à la demande**

L'allaitement à la demande fait partie des conseils délivrés par les médecins généralistes pour diminuer les pleurs du nourrisson. Notre étude montre qu'un médecin sur deux propose ce conseil. Lorsque que nous interrogeons les médecins généralistes sur leur prise en charge des coliques du nourrisson chez une femme qui allaite, nous obtenons des résultats un peu plus contrastés. Seul un tiers des médecins propose de donner le sein sans restriction particulière. Nous avons fait le choix d'assimiler cette attitude à une promotion de l'allaitement à la demande. Les deux tiers restants proposent un cadre à l'allaitement en donnant le conseil d'espacer les tétées et/ou d'éviter de donner le sein à chaque épisode de pleurs.

Dans la littérature, trois autres thèses ont évalué la place de l'allaitement dans la prise en charge des pleurs du nourrisson. D'un côté la thèse du Docteur Bissuel dans laquelle 13% des médecins proposaient d'espacer, de fractionner les tétées et de ne pas répondre aux pleurs par une tétée systématique (55). Ces résultats sont à nuancer, les réponses ont été données lors d'une question à réponse libre, sous-estimant probablement le nombre de médecins qui auraient proposé cette solution. Une seconde thèse du Dr Cibaud-Le Turdul qui traite de la prise en charge de l'insuffisance de lait maternel par les médecins généralistes montre que face aux pleurs du soir, 63% des médecins proposent d'augmenter les tétées et 29% des câlins que nous pouvons associer à une pratique de maternage proximal (56). La dernière thèse du Docteur Mouangvong a permis, à la suite de l'interrogation de médecins de la petite enfance de mettre en évidence 26 conseils non médicamenteux à délivrer aux parents lors de coliques du nourrisson, parmi lesquels est proposé l'allaitement à la demande à travers ce conseil : "Ne limitez pas le nombre de tétées, n'attendez pas que bébé soit affamé pour lui proposer le sein" (57).

Il semblerait que l'allaitement à la demande soit une pratique connue par les médecins généralistes mais que dans notre étude, les médecins généralistes proposent davantage un

cadre pour l'allaitement. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le manque de connaissance de la physiologie de l'allaitement est probablement un frein pour les médecins à proposer l'allaitement à la demande. En effet, la thèse du Dr Segue-Bailleux a montré un manque de connaissance de l'allaitement par les médecins généralistes de Haute-Vienne (58). Le phénomène des "tétées groupées" peut être cité comme exemple. Chez le nourrisson allaité, il est fréquent qu'en début de soirée, le bébé tète de façon très fréquente pendant 2 à 3 heures, prenant à chaque fois de petites quantités de lait plus gras et donc plus riche (59). Les « poussées de croissance » du bébé peuvent également être citées. Ce sont des périodes de quelques jours qui se caractérisent par un changement brutal du rythme des tétées. Ces périodes peuvent avoir lieu autour de 3 semaines, 6 semaines, 3 mois, au cours d'une poussée dentaire, d'un épisode infectieux ou d'un événement familial (déménagement, vacances) (59). Certains auteurs considèrent ces périodes comme des « poussées de développement pendant lesquelles l'enfant a besoin de plus de réconfort et de sécurité et donc de proximité physique » (60–62). Dans ces situations, l'allaitement à la demande est une solution facile et efficace qui diminue les pleurs en répondant de manière adéquate à la physiologie du nourrisson.

Un autre point intéressant à soulever est la corrélation significative ( $p=0.008$ ) entre la pratique du maternage proximal et la non-prescription de complément de lait artificiel. En effet, ceux qui proposent de donner le sein pour calmer les pleurs proposent rarement des compléments de lait artificiel. Au contraire, ceux qui proposent un cadre pour l'allaitement prescrivent davantage de complément. Est-ce que cela signifie que l'allaitement à la demande tend à diminuer effectivement les pleurs et que l'introduction de complément ne semble plus nécessaire ? Ou simplement que la formation des jeunes médecins permet des pratiques plus proches de la physiologie de la lactation ? Notre étude ne permet pas d'y répondre mais elle met en lumière un cercle vicieux retrouvé dans la littérature : l'introduction d'horaires qui se calent sur les habitudes du biberon empêche une mise fréquente au sein et donc la mise en place d'une bonne lactation. La prescription de compléments de lait artificiel entraîne une diminution de la lactation en diminuant la stimulation du mamelon et la sécrétion de prolactine et d'ocytocine, nécessaires à son maintien. Une insuffisance secondaire de lait peut ainsi apparaître. La diminution du nombre de tétées limite également l'extraction du lait et entraîne une diminution du volume de lait produit. Ce mécanisme se fait via une protéine « feedback inhibitor of lactation » ou FIL qui en s'accumulant avec le lait alvéolaire freine sa synthèse (63). Le risque final étant d'entraîner un arrêt prématuré de l'allaitement (64).

Dans notre étude, l'allaitement à la demande reste minoritaire mais nous remarquons que plus de 56% des 25-35 ans proposent l'allaitement à la demande lors de pleurs du nourrisson, les pourcentages sont plus faibles dans les autres catégories (30 et 35%). Ces résultats renforcent l'hypothèse que les jeunes médecins sont davantage formés à l'accompagnement de l'allaitement maternel.

#### **4.4.1.3. Le partage de la chambre ou cododo**

Face aux difficultés d'endormissement, la majorité des médecins propose de laisser l'enfant s'endormir ou de ne pas répondre trop rapidement aux pleurs.

11% des médecins proposent des pratiques de maternage proximal pour diminuer les pleurs du soir à travers la mise en place du « cododo » ou le conseil d'endormir l'enfant dans les bras. Pour rappel, le « cododo » est une pratique de sommeil où l'enfant dort dans la même pièce que ses parents mais dans une surface de couchage distincte. Il se distingue du « sommeil partagé » ou « partage du lit », où le nourrisson dort dans le même lit que ses parents.

Nous constatons que le partage de la chambre parentale pendant les 6 premiers mois de l'enfant n'est conseillé que par 34% des médecins généralistes. Il aurait été intéressant de connaître les raisons qui poussent les médecins à ne pas conseiller la proximité parents-bébé chez les nourrissons de moins de 6 mois. D'autant plus que depuis 2005, l'American Academy of Pediatrics (AAP) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont recommandé que le nourrisson dorme dans la même chambre que ses parents les six premiers mois en prévention de la mort subite du nourrisson (65).

La pratique du partage de la chambre a été évaluée par la thèse du Dr Renon où 42 % des médecins conseillent que le nouveau-né dorme dans la même chambre que ses parents et 48% qu'il dorme dans sa propre chambre (66). Selon une étude nationale publiée en 2004, 36% des nourrissons de moins de 6 mois dorment dans la chambre parentale et 62% y dorment régulièrement (67).

Les résultats obtenus dans notre étude suggèrent que bien qu'il soit plus répandu, le partage de la chambre parentale est encore insuffisamment promu et encouragé par les médecins généralistes.

Dans notre étude, un seul médecin conseille le partage du lit avec le bébé. Un résultat similaire est retrouvé dans la thèse du Dr Moinier où 2% des médecins conseillent le sommeil partagé, 42% le déconseillent et 36% n'abordent pas le sujet (68).

Selon l'étude nationale de 2004 sur le sommeil partagé, les principales raisons pour lesquelles l'enfant dort dans le lit parental sont les pleurs de l'enfant (43% des cas), l'allaitement (30.9% des cas) et le désir de mieux surveiller l'enfant (14.8%) (67). Mais la pratique du sommeil partagé reste largement déconseillée en raison du risque d'étouffement et de suffocation. De nombreuses études montrent que le sommeil partagé est un facteur de risque de mort subite du nourrisson (69). Selon certains auteurs, ce n'est pas la pratique du partage du lit qui est à risque mais les conditions dans lesquelles elle est effectuée (69–71).

La pratique du partage du lit a montré des bénéfices concernant la mise en place et le maintien de l'allaitement. Ainsi, UNICEF UK baby a publié des recommandations qui doivent être respectées pour diminuer le risque de mort subite du nourrisson (72). Notre étude a évalué la connaissance de ces recommandations par les médecins généralistes. Seuls 4 médecins ont cité l'ensemble des recommandations à mettre en place pour limiter le risque de mort subite en cas de partage du lit. Les critères les plus cités sont l'absence de tabac et d'alcool chez les deux parents, un lit assez grand, sans autre enfant dans le lit et sans couverture ou oreiller. Selon la thèse du Dr Renon, 57.1% des médecins donnent des conseils inadaptés aux parents qui font du partage de lit (66).

Malgré les recommandations contraires, la pratique du sommeil partagé est une réalité notamment chez les femmes allaitantes. Pour limiter la mort subite du nourrisson, les médecins généralistes devraient être davantage formés aux recommandations de l'UNICEF.

Une étude réalisée par Wert en 2015 montre que les mères n'évoquent pas spontanément le fait de partager le lit parental avec leur nouveau-né (73). Lorsque le médecin dramatise le partage du lit, une étude a montré que les femmes préfèrent nourrir leur enfant sur un canapé ou un fauteuil augmentant finalement le risque de mort subite du nourrisson (74). Dans notre étude, la pratique du partage du lit est recherchée par 54% des médecins à 15 jours de vie. Il semble effectivement important que la pratique du partage du lit soit recherchée par les médecins à condition que les conseils délivrés soient adaptés.

#### 4.4.1.4. La réponse aux pleurs

Seuls 40% des médecins conseillent de répondre rapidement aux pleurs des bébés et parmi eux 97% sont des femmes. Ils sont 73% à proposer aux parents de ne pas répondre trop rapidement aux pleurs au moment du coucher. Les hommes conseillent plus que les femmes de ne pas répondre trop rapidement aux pleurs du nourrisson ( $p=0.018$ ).

De manière logique, les médecins qui conseillent de répondre rapidement aux pleurs pensent que cela permet de diminuer la durée ou la quantité des pleurs. Au contraire, ceux qui ne conseillent pas cette pratique citent davantage l'éventuel impact négatif : ils évoquent un manque d'autonomie, des caprices plus fréquents et de mauvaises habitudes. L'absence de corrélation significative entre ces paramètres dans notre étude est probablement liée à un manque de puissance.

Cependant, évaluées de manière séparée, notre étude montre que les notions de caprices et de manque d'autonomie sont davantage citées par les médecins qui ne recommandent pas de répondre rapidement aux pleurs des nourrissons et ceci de manière significative.

La notion de caprices est également évoquée en majorité par les plus de 50 ans. Nous pouvons penser que les jeunes générations de médecins sont davantage sensibilisées au développement psychique et aux besoins essentiels du tout-petit.

Notre étude met en évidence une différence importante en fonction du sexe. En effet, le conseil de répondre rapidement aux pleurs est délivré en grande majorité par des femmes de même que les aspects positifs quelle que soit la tranche d'âge.

Une étude menée par Mary Ainsworth en 1973 montre que les nourrissons dont les mères ont répondu vite et souvent à leurs pleurs dans les trois premiers mois de vie en ont réduit la durée et la fréquence et ont développé une plus large gamme de moyens de communications (vocalise, mimique...) (9). Dans un article à destination des professionnels de santé, la Société Canadienne de Pédiatrie rappelle qu'il est essentiel de répondre de manière constante, rapide et chaleureuse aux besoins ou aux appels de détresse du nourrisson pour favoriser un attachement stable. Ils notent également que « *les parents ne « gâtent » pas leur nourrisson lorsqu'ils répondent avec chaleur et réconfort aux pleurs qui s'amplifient ou qu'ils le câlinent et le bercent pour le consoler* »(75).

## 4.4.2. Résultats secondaires

### 4.4.2.1. Connaissance de la physiologie des pleurs

Notre étude montre une connaissance limitée de la physiologie des pleurs par les médecins généralistes. 87% disent ne pas connaître la courbe normale des pleurs et seuls 4 médecins ont su reconnaître l'ensemble des caractéristiques des pleurs précoces du nourrisson. Malgré cela, ils sont tout de même 84% à savoir que les pleurs sont plus fréquents en début de soirée.

Concernant l'origine de ces pleurs, pour la majorité des médecins les pleurs prolongés sont liés au développement normal du nourrisson et à une immaturité sur système digestif. Les médecins généralistes ne se prononcent pas sur une éventuelle cause liée à une immaturité du système nerveux central ou une mauvaise synchronisation du rythme veille - sommeil.

A partir de deux heures de pleurs par jour, 59% des médecins considèrent cela comme anormal. La quantité de pleurs est très variable d'un nourrisson à l'autre ; environ 25 % des nourrissons pleurent plus de 3,5 heures par jour et 25 % pleurent moins de 1,75 heure dans la période d'intensité maximale. Certains enfants peuvent pleurer jusqu'à 5h par jour sans que cela soit anormal. La littérature s'accorde qu'il existe une grande variabilité interindividuelle concernant la quantité de pleurs et qu'il n'y ait pas de « limite » particulière entre quantité normale et anormale de pleurs (12).

Il est intéressant de noter que pour 56% des médecins, le terme de colique du nourrisson oriente leur prise en charge vers la sphère digestive et conduit à une médicalisation des pleurs du nourrisson plus importante. Notre étude montre que ces médecins ont tendance à médicaliser davantage les pleurs du nourrisson. Cela rejoint les résultats de la thèse du Dr Sautereau qui cite que « *Malgré leur préférence pour les termes « pleurs du nourrisson », les médecins généralistes finissent, dans la majorité des cas, par recentrer leur examen clinique autour de l'abdomen.* »(76).

Au niveau de l'allaitement maternel, un point intéressant à soulever est la notion de freins restrictifs. En effet, 45 médecins évoquent ce diagnostic lors de pleurs prolongés chez le nourrisson. Une controverse ancienne existe quant au rôle possible d'un frein de langue court dans certaines difficultés d'allaitement (77). Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre frein de langue et difficulté d'allaitement ; la section de ce dernier permettant une amélioration de l'allaitement(78–80). Suite à l'augmentation importante de diagnostics de freins de langue court constatés ces dernières années, des conférences de consensus ont été publiées et précisent qu'« un frein de langue court est une cause potentielle de difficultés d'allaitement mais n'est que l'un des nombreux facteurs qui peuvent y contribuer. » (81,82). Il aurait été intéressant dans notre étude de connaître la prise en charge proposée par ces médecins. Cherchent-ils à l'examen clinique la présence de freins au niveau buccal, orientent-ils les enfants vers des spécialistes ?



#### 4.4.2.2. Médicalisation des pleurs

Lors de pleurs prolongés sans cause retrouvée à l'examen clinique, les médecins généralistes préconisent en large majorité conseils et réassurance parentale. Il en est de même lorsque le diagnostic de colique est posé. Ces résultats rejoignent ceux de la thèse du Dr Vidrequin où 87% des médecins proposent des conseils parentaux pour la prise en charge des pleurs du nourrisson. Dans la thèse du Dr Sautereau « les médecins généralistes, dans leur majorité, ne donnent pas de traitement en première intention. Si les parents insistent, certains donneront de l'homéopathie, des anti-douleurs ou conseilleront un changement de lait ».

Malgré l'absence de preuve concernant l'efficacité des traitements (83,84), seuls 30% des médecins généralistes disent ne pas prescrire de traitement médicamenteux. Les classes thérapeutiques les plus prescrites sont les pansements gastriques (37%) et la phytothérapie (34%). Lorsque le terme de colique du nourrisson est utilisé, nous constatons une plus large prescription de traitement de type phytothérapie et probiotiques au dépend des traitements par IPP et pansements gastriques.

Notre étude montre que les médecins qui considèrent que le terme de « colique du nourrisson » n'oriente pas leur prise en charge vers la sphère digestive disent effectivement ne pas prescrire de traitement médicamenteux. L'inverse n'est pas retrouvé de manière significative mais notre étude laisse apparaître que les médecins qui considèrent que le terme de colique du nourrisson oriente leur prise en charge vers la sphère digestive médicalisent davantage les pleurs à travers la prescription d'IPP, pansements gastriques et traitements antispasmodiques.

Cette étude ne permet pas de mettre en évidence la chronologie des conseils et des prescriptions : il est possible qu'une première consultation pour pleurs du nourrisson n'entraîne pas de prescription médicamenteuse, mais que des consultations répétées dans les premiers mois conduisent à une médicalisation croissante.

Il aurait été intéressant de rechercher d'autres facteurs influençant cette médicalisation : le manque de formation, la promotion des laits artificiels ou des traitements comme les probiotiques par les visiteurs médicaux au cabinet. Nous pouvons aussi évoquer l'hypothèse que dans un pays comme la France, où les patients sont demandeurs de prescriptions, il peut être difficile de laisser repartir les parents angoissés et fatigués par les pleurs de leur nourrisson avec uniquement des conseils non médicamenteux.

#### 4.5. Perspectives

Il semblerait que pour faire référence aux « coliques du nourrisson », le terme de « pleurs prolongés ou excessifs » serait plus approprié. En effet, il est reconnu que le terme de « colique », qui oriente à tort vers la sphère digestive, entraîne une surmédicalisation et un recours excessif aux gastro-pédiatres (19). Au niveau de la formation des étudiants en médecine, le cours du Collège de Pédiatrie se résume à quelques lignes dans le chapitre des douleurs abdomino-pelviennes et lombaires de l'enfant sans notion de l'origine de ces coliques (85). Sa présence dans la partie gastro-pédiatrie oriente les médecins, dès le début de leur formation,

vers une cause digestive. Avec l'avancée des connaissances, il semblerait intéressant de discuter de ce chapitre davantage dans le cadre du développement normal de l'enfant.

Malgré ce manque de formation, il semblerait qu'au sein du monde médical, le terme de pleurs prolongés prenne sa place mais les habitudes persistent notamment auprès des parents. Il est rassurant pour eux de savoir que leur enfant pleure à cause d'une cause identifiée : les coliques du nourrisson. L'utilisation à grande échelle du terme "pleurs prolongés" plus proche de la physiopathologie, permettrait une meilleure compréhension et acceptation de ces pleurs et diminuerait les traitements qui ne sont pas sans conséquences sur la santé de l'enfant (86).

Le maternage proximal est désormais encouragé par de nombreuses maternités à travers le label « IHAB ou Initiative Hôpital Amis des Bébé » (87). Celui-ci promeut l'allaitement maternel et la proximité maman-bébé en favorisant le peau-à-peau dès la naissance. Le guide pratique « *Prendre soin de votre bébé la nuit* », proposé par les promoteurs de ce label, à destination des professionnels de santé et du grand public encourage la pratique du maternage proximal (88).

Il rappelle que les réveils nocturnes font partie du développement normal de l'enfant et qu'il est désormais recommandé de faire dormir le nourrisson dans la chambre de ses parents sur une surface de couchage qui lui est propre pendant les 6 premiers mois.

L'allaitement à la demande y est recommandé : « Tous les bébés devraient être nourris « à la demande », quel que soit le lait qu'ils reçoivent. »

Concernant les pleurs prolongés, le peau-à-peau est conseillé : « Il peut y avoir des moments où votre bébé ne se calme pas après le repas. Placer votre bébé en contact peau-à-peau avec vous et le bercer doucement peut le satisfaire » ainsi que l'allaitement à la demande « Si vous allaitez, vous pouvez donner le sein à nouveau, même si votre bébé vient de téter. Les bébés trouvent un réconfort en tétant et il n'y a pas de risque de suralimenter un bébé allaité. »

L'impact des pleurs prolongés y est abordé : « Laisser les jeunes bébés pleurer, à tout moment, mais surtout dans la croyance qu'ils peuvent être « entraînés » à ne pas se réveiller la nuit, non seulement les prive de la nourriture dont ils ont besoin, mais aussi les expose aux risques potentiels de niveaux élevés de cortisol (hormone du stress) pendant de longues périodes. »

Ce guide mériterait d'être plus largement diffusé, tant au grand public qu'aux professionnels de la santé.

Enfin, le contexte sanitaire particulier que nous vivons depuis plusieurs mois à travers l'épidémie de la Covid-19 n'est pas sans conséquence. Les nouvelles réglementations sanitaires limitent les visites à la maternité aux seuls parents, facilitant ainsi la mise en place de l'allaitement maternel et permettant une proximité importante parents-enfants. Mais les parents se retrouvent par la suite davantage isolés, les contacts avec la famille sont limités et l'aide extérieure se fait plus rare. Le rôle du médecin généraliste pour la diffusion du maternage proximal prend alors tout son sens, celui-ci restant un acteur central dans le suivi des nourrissons. Le travail de thèse de ma co-interne Marie-Pierre Choffardet, qui traite des freins et facilitateurs du maternage proximal pourra être éclairant sur ce propos.

## Conclusion

---

Les connaissances actuelles et les recherches en neurosciences permettent désormais de mieux appréhender les pleurs prolongés du nourrisson. Pour la majorité d'entre eux, ces pleurs sont liés au développement normal du nouveau-né et disparaîtront spontanément vers l'âge de 4-5 mois.

Notre étude a permis d'évaluer pour la première fois la prévalence du maternage proximal dans les conseils délivrés par les médecins généralistes du Limousin face aux pleurs du nourrisson. En dehors du portage, largement conseillé, nous pouvons conclure à une faible représentation des conseils de maternage proximal dans la pratique des médecins généralistes du Limousin. Malgré les recommandations internationales, le partage de la chambre ne fait pas partie des conseils délivrés par les médecins. L'allaitement à la demande quant à lui souffre encore de l'influence du biberon avec de nombreuses propositions de cadre à l'allaitement. La réponse rapide aux pleurs est peu conseillée, les croyances et fausses idées restent présentes dans l'esprit des médecins qui citent un risque de manque d'autonomie, de mauvaises habitudes et de caprices plus fréquents.

Malgré une proportion importante de médecins qui privilégie conseils et réassurance parentale, notre étude met en lumière un manque de connaissance de la physiologie des pleurs ainsi qu'une persistance de la médicalisation de ces pleurs.

Devant son impact majeur sur la santé psychosociale du nourrisson, la pratique du maternage proximal devrait être encouragée par l'ensemble du monde médical. Il semble important que la formation sur la physiologie et le rythme biologique du nourrisson devienne une priorité de santé publique. La promotion de pratiques adaptées répondant de manière constante et chaleureuse aux pleurs des nourrissons reste un défi pour améliorer la relation d'attachement parents-enfants, diminuer les situations de difficultés parentales et améliorer la santé psychique de la future génération.

*« La solitude des nourrissons qui caractérise les cultures occidentales est (...) probablement peu adaptée à l'immaturité globale et aux attentes biologiquement déterminées des bébés »  
Gisèle Gremmo-Feger*

## Références bibliographiques

---

1. Bayot I. Le quatrième trimestre de la grossesse. Editions Erès. Toulouse; 2018. 285 p.
2. Lucassen P, Assendelft W, van Eijk JTM, et al. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *mai 2001;84(5):398-403.*
3. P. Richier, X. Gocko, and O. Mory. Etude épidémiologique des consultations précoces de nouveau-nés aux services d'accueil des urgences pédiatriques. 2015. 22:135-40.
4. Herman M, Le A. The Crying Infant. *Emerg Med Clin North Am.* nov 2007;25(4):1137-59.
5. Long T. Review : Excessive infantile crying: a review of the literature. *J Child Health Care.* sept 2001;5(3):111-6.
6. The Period of PURPLE Crying | PURPLECrying.info [Internet]. Disponible sur: <http://purplecrying.info/>
7. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. 2007;10.
8. Barr RG, Konner M, Bakeman R, Adamson L. Crying in !Kung san infants: A test of the cultural specificity hypothesis. *Dev Med Child Neurol.* 1991;(33):601-10.
9. Bell SM, Ainsworth MD. Infant crying and maternal responsiveness. *Child development.* 1972;1171-90.
10. St James-Roberts I. Infant Crying and Sleeping in London, Copenhagen and When Parents Adopt a « Proximal » Form of Care. *PEDIATRICS.* 1 juin 2006;117(6):e1146-55.
11. Sears W, Sears M. The attachment parenting book: a commonsense guide to understanding and nurturing your baby. Hachette Book Group. New York; 2001. 182 p.
12. Barr RG. Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants. *Devenir.* 2010;22(2):163.
13. Rushton FE, Kraft C. Building brains, forging futures: the pediatrician's role. *Int J Pediatr Adolesc Med.* sept 2014;1(1):3-7.
14. Douglas PS. Excessive crying and gastro-oesophageal reflux disease in infants: misalignment of biology and culture. *Med Hypotheses.* janv 2005;64(5):887-98.
15. Odent M. Le bébé est un mammifère.
16. Barr RG. Infant crying behavior and colic : an interpretation in evolutionary perspective. *Evolutionary medicine.* In : Trevathan WR, Smith JJ, McKenna JJ, editors. 1999;28-51.
17. Barr RG. The early crying paradox : a modest proposal. *Human Nat.* 1999;14:355-89.
18. Vidrequin C. Les pleurs du nourrisson de 0 à 3 mois : Effet du mode d'alimentation, et prise en charge du Médecin Généraliste. Thèse de médecine générale. Université de Lille II; 2016.
19. Coliques du nourrisson – G.F.H.G.N.P [Internet]. Disponible sur: <https://www.gfhgnp.org/recommandations-et-documents/coliques-du-nourrisson/>

20. Pleurs excessifs du nourrisson | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/maladie-chronique/pleurs-excessifs-du-nourrisson>
21. Freedman S.B, Al-Harthy N, Thull-Freedman J. The crying infant : diagnostic testing and frequency of serious underlying disease. 2009;(123):841.
22. Sung V. Infantile colic. Aust Prescr. 1 août 2018;41(4):105-10.
23. Douglas PS, Hiscock H. The unsettled baby: crying out for an integrated, multidisciplinary primary care approach. Med J Aust. nov 2010;193(9):533-6.
24. Scott-Jupp R. Why do babies cry? Arch Dis Child. 28 avr 2018;archdischild-2017-313597.
25. Leuchter RH-V, Darque A, Hüppi PS. Brain Maturation, Early Sensory Processing, and Infant Colic. J Pediatr Gastroenterol Nutr. déc 2013;57:S18.
26. Halpern R, Coelho R. Excessive crying in infants. J Pediatr (Rio J). mai 2016;92(3):S40-5.
27. Akhnikh S, Engelberts AC, van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Benninga MA. The Excessively Crying Infant: Etiology and Treatment. Pediatr Ann. 1 avr 2014;43(4):e69-75.
28. Barr RG. Colic and Crying Syndromes in Infants. Pediatrics. 1998;(102):1282.
29. Zeevenhooven J, Browne PD, L'Hoir MP, de Weerth C, Benninga MA. Infant colic: mechanisms and management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. août 2018;15(8):479-96.
30. Jenni O. Enfants bruyants, parents désespérés: Pleurs du nourrisson et développement de la régulation sommeil/veille. Prim Hosp Care. 12 oct 2016;16(19):362-8.
31. M. J. s. Pleurs « excessifs » du nourrisson : explorer ou rassurer ? . Compte rendu du 2e congrès ECHANGE. Médecine & enfance. mars 2017;74-7.
32. Korosi A, Naninck EFG, Oomen CA, Schouten M, Krugers H, Fitzsimons C, et al. Early-life stress mediated modulation of adult neurogenesis and behavior. Behav Brain Res. févr 2012;227(2):400-9.
33. McEwen BS. Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. Physiol Rev. juill 2007;87(3):873-904.
34. Gueguen C. Pour une enfance heureuse : repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau. Robert Laffont. Paris; 2014. 509 p.
35. McEwen BS, Akil H. Introduction to Social Neuroscience: Gene, Environment, Brain, Body: Introduction. Ann N Y Acad Sci. août 2011;1231(1):vii-ix.
36. McEwen BS. Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. Eur J Pharmacol. avr 2008;583(2-3):174-85.
37. Sunderland M. Un enfant heureux. Faites des choix éducatifs avertis grâce aux récentes découvertes scientifiques. Pearson éditions. Montreuil; 2007. 288p p.
38. Middlemiss W et al. Asynchrony of mother-infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep. Early Hum Dev. 2011;63(4):227-32.

39. Powell A. Children need touching and attention, Harvard researchers say. The Harvard University Gazette. avr 1998;
40. AAIMHI-Position-paper-1-Controlled-crying.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.aaimhi.org/key-issues/position-statements-and-guidelines/AAIMHI-Position-paper-1-Controlled-crying.pdf>
41. Beatson J, Taryan S. Predisposition to Depression: The Role of Attachment. Aust N Z J Psychiatry. avr 2003;37(2):219-25.
42. Douglas PS, Hill PS, Brodribb W. The unsettled baby: how complexity science helps. Arch Dis Child. 1 sept 2011;96(9):793-7.
43. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, Eberly S, Lawrence RA. Parental Responses to Infant Crying and Colic: The Effect on Breastfeeding Duration. Breastfeed Med. sept 2006;1(3):146-55.
44. Bayot PI. Mais pourquoi les bébés pleurent-ils? Éveils, pleurs et besoins du tout petit. :6.
45. Bydlowski-Aidan S, Jusselme C. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. J Pédiatrie Puériculture. août 2008;21(5-6):204-8.
46. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. Devenir. 1 juin 2007;Vol. 19(2):151-88.
47. La théorie de l'attachement: Bowlby et Ainsworth [Internet]. La Ligue de l'Enseignement. 2019. Disponible sur: <https://ligue-enseignement.be/la-theorie-de-lattachement-bowlby-et-ainsworth/>
48. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. Pediatrics. 1986;77:641-8.
49. Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, Leduc DG, Yaremko J, Barfield R, Francoeur TE, Hunziker UA. Carrying as colic « therapy »: a randomized controlled trial. Pediatrics. 1991;(87):623-30.
50. St James-Roberts I. Infant Crying and Sleeping: Helping Parents to Prevent and Manage Problems. Prim Care Clin Off Pract. sept 2008;35(3):547-67.
51. Walker AM, Menahem S. Intervention of supplementary carrying on normal baby crying patterns: a randomized study. J Dev Behav Pediatr. 1994;(15):174-8.
52. St. James-Roberts I, Hurry J, Bowyer J, et al. Supplementary carrying compared with advice to increase responsive parenting as interventions to prevent persistent infant crying. Pediatrics. 1995;95(3):381-8.
53. Pleurs "excessifs" ou colique du nourrisson.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/documents/BrochurePatients/pleurs.pdf>
54. Guillouet A. Le portage en écharpe. Thèse de médecine. Université de Grenoble.2010;47p.
55. Bissuel A. Évaluation de la prise en charge des coliques du nourrisson par les médecins généralistes de Midi – Pyrénées. Thèse de médecine. Toulouse III; 2015;39p.

56. Cibaud-Le Turdu N. Allaitement maternel et insuffisance de lait : prise en charge en médecine générale. Thèse de médecine générale. Université de Grenoble; 2011.
57. 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. Université de Bordeaux; 2019;107p.
58. Segue-Bailleux P. L'allaitement maternel dans l'exercice de la médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne. Thèse de médecine. Université de Limoges; 2003;198p.
59. DA 80 : Quand la connaissance des rythmes peut lever des obstacles [Internet]. Disponible sur: <https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1624-da-80-quand-la-connaissance-des-rythmes-peut-lever-des-obstacles>
60. Gremmo-Féger G. Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Spirale. 2003;no 27(3):45-59.
61. MCCARTER-SPAULDING, D.E. ; KEARNEY, M.H. Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2001;(30):515-22.
62. VERRONEN, P. Breast feeding : reasons for giving up and transient lactational crisis. Acta Paediatr Scand. 1982;(447-50):447-50.
63. HARTMANN, P.E. Régulation de la synthèse du lait chez les femmes. Doss L'allaitement Hors-sér. mars 2000;
64. CARRIE MISMETTI O. Arrêt prématuré de l'allaitement maternel exclusif chez les femmes du Médoc et du Langonais. Thèse de médecine. Université de Bordeaux; 2016;90p.
65. TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics. nov 2016;138(5):e20162938.
66. Renon P. Lieu de couchage des nourrissons : explorations des pratiques des médecins généralistes en Bretagne sur les conseils donnés aux parents. Thèse de médecine. Université de Rennes 1; 2018;48p.
67. MP Streicher, F Undreiner, B Escande, C Langlet, J Messer. Etude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. 2004.
68. Moinier A. Le sommeil partagé, enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. Thèse de médecine. Université de Bordeaux; 2016;62p.
69. Levasseur M. Mort subite du nourrisson et sommeil partagé : quelles informations donner aux patients ? Revue de la littérature et des recommandations internationales. Thèse de Médecine. Université Claude Bernard Lyon 1; 2012.
70. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK. 2014;
71. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin D, Vennemann M, Smuck M, et al. Bedsharing when parents do not smoke. Is there a risk of SIDS ? An individual level analysis of five case control studies. BMJ Open Published Letters. 2013;3: 2012-002299.

72. sharingbedleaflet\_french.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.coordination-allaitement.org/images/informer/sharingbedleaflet\\_french.pdf](https://www.coordination-allaitement.org/images/informer/sharingbedleaflet_french.pdf)
73. Wert KM, Lindemever R, Spatz DL. Breastfeeding, cosleeping and dental health advice. *MCN Am J Matern Child Nurs.* juin 2015;(40(3)):174-9.
74. Blair PS. Perspectives on bedsharing. *Curr Pediatr Rev.* 2010;6:67-70.
75. L'importance des relations : comment les cliniciens peuvent soutenir des pratiques parentales positives pendant la petite enfance | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/parentales-positives>
76. Sautereau S. Coliques du nourrisson : Croyances et ressentis des médecins généralistes charentais Thèse de médecine. Université de Poitiers; 2014;74p.
77. Gremmo-Féger G. La saga des « freins buccaux restrictifs » chez l'enfant allaité. 2021;9.
78. Messner A, Lalakea M, Aby J, et al. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;126(1):36-9.
79. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay NJ. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pr.* 2005;18(1):1-7.
80. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health.* 2005;41(5-6):246-50.
81. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, et al. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;162(5):597-611.
82. Australian Dentist Association 2020. Ankyloglossia-andOral-Frena-Consensus-Statement.
83. Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, van Eijk JT, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic : systematic review. *BMJ* 1998. (316):1563-9.20.
84. Garrisson M, Christakis A. A Systematic Review of Treatments for Infant Colic. *Pediatrics.* 2000;(106):184-90.
85. Cours douleurs abdomino-pelviennes de l'enfant. [Internet]. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/alimentation\\_nutritionnel/site/html/3.html#3](http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/alimentation_nutritionnel/site/html/3.html#3)
86. Canani RB. Therapy With Gastric Acidity Inhibitors Increases the Risk of Acute Gastroenteritis and Community-Acquired Pneumonia in Children. *PEDIATRICS.* 1 mai 2006;
87. 12-recommandations-IHAB.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf>
88. Prendre soin de votre bébé la nuit.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.i-hab.fr/wp-content/uploads/2020/04/health\\_professionals\\_guide\\_caring\\_night\\_FRENCH.pdf](https://www.i-hab.fr/wp-content/uploads/2020/04/health_professionals_guide_caring_night_FRENCH.pdf)



## Annexes

---

Annexe 1. Questionnaire de l'étude .....	58
Annexe 2. Fiche explicative adressée aux médecins généralistes. ....	65

## Annexe 1. Questionnaire de l'étude

Le sujet de ma thèse de médecine générale concerne la prise en charge des pleurs du nourrisson de moins de 6 mois. Je cherche à évaluer quels conseils sont délivrés par les médecins généralistes aux parents pour les aider à prendre en charge les pleurs de leur nourrisson.

Ce questionnaire dure 5 minutes.

Merci !

### I. Informations personnelles

Sexe :  homme  femme

Age :  20-35  35-50  +50 ans

Vous exercez en milieu :  Urbain  Rural  Semi rural

Votre département :

Avez-vous des enfants ?  Oui  Non

Avez-vous une formation spécifique en pédiatrie :  Oui  Non

Si oui laquelle :

En moyenne, combien de consultations de suivi de nourrissons faites-vous par semaine :

- Moins de 5 consultations par semaine
- Entre 5 et 10 consultations par semaine
- Entre 10 et 20 consultations par semaine
- Plus de 20 consultations par semaine

### II. Physiologie des pleurs

Selon-vous, la proximité parents-bébé permet-elle de diminuer les pleurs ?

Oui  Non

Pensez-vous que le terme « colique du nourrisson » oriente votre prise en charge vers la sphère digestive ?

Oui  Non

Connaissez-vous la « courbe des pleurs » ?

- Oui       Non

Parmi les affirmations suivantes, laquelle ou lesquelles vous paraissent vraies ?

- Les pleurs des premiers mois sont plus fréquents le matin  
 Les pleurs des premiers mois sont plus fréquents en début de soirée  
 Les pleurs des premiers mois sont inattendus et imprévisibles  
 La quantité de pleurs atteint un pic vers 2 mois  
 Lors des premiers mois, les crises de pleurs débutent et finissent sans raison apparente

A propos des pleurs des premiers mois :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Ils sont liés à une cause organique dans 50% des cas					
Ils font partie du développement normal du nourrisson					
Ils sont liés à une immaturité du système nerveux central					
Ils sont liés à une immaturité du système digestif					
Ils sont liés à une mauvaise synchronisation du rythme veille - sommeil					

### III. La prise en charge des pleurs prolongés du nourrisson de moins de 6 mois

Selon vous, à partir de quelle durée les pleurs deviennent anormaux ? (Une seule réponse possible) :

- Au-delà de 20 minutes par jour  
 Au-delà de 2h par jour

Au-delà de 5h par jour

Si vous ne trouvez pas d'étiologies à ces pleurs anormaux du nourrisson, quelle est votre attitude ? (Une ou plusieurs réponses possibles) :

- Traitement d'un éventuel reflux par IPP
- Traitement d'un éventuel reflux par pansements gastriques
- Traitement anti spasmodique
- Traitement par probiotique
- Traitement par physiothérapie de type « Calmosine »
- Pas de traitement médicamenteux
- Changement de vitamine D
- Changement de lait pour un lait sans protéine de lait de vache
- Conseils et réassurance parentale
- Autre ...

Quand vous faites le diagnostic de « colique du nourrisson », quelle est votre prise en charge ? (Une ou plusieurs réponses possibles) :

- Traitement d'un éventuel reflux par IPP
- Traitement d'un éventuel reflux par pansements gastriques
- Traitement anti spasmodique
- Traitement par probiotique
- Traitement par physiothérapie de type « Calmosine »
- Pas de traitement médicamenteux
- Changement de vitamine D
- Changement de lait pour un lait sans protéine de lait de vache
- Conseils et réassurance parentale
- Autre ...

Quels sont les conseils généraux que vous donnez aux parents pour diminuer les pleurs ? (Une ou plusieurs réponses possibles) :

- Porter bébé dans une écharpe ou un porte-bébé
- Faire du peau à peau
- Proposer l'allaitement à la demande

- Faire un massage
- Chanter
- Donner le bain
- Proposer la succion du petit doigt des parents
- Porter bébé à plat ventre sur le bras
- Mettre dans un endroit calme sans sur-stimulation
- Autre

#### IV. Allaitement maternel

Chez une femme qui allaite, pensez-vous que ces pleurs peuvent être dû : (Une ou plusieurs réponses possibles) :

- A un lait maternel pas assez riche
- À une insuffisance de lait maternel
- A une poussée de croissance de bébé
- A une mauvaise prise du sein par le bébé
- A un réflexe d'éjection fort
- A un manque de lait gras en fin de tétée
- A un frein de langue restrictif
- Autre

Que proposez-vous à cette femme qui allaite ? (Une ou plusieurs réponses possibles) :

- Donner le sein pour calmer les pleurs
- Donner le sein en respectant un intervalle de temps minimum
- Éviter de donner le sein à chaque épisode de pleurs
- Régime alimentaire chez la maman avec éviction des protéines de lait de vache
- Introduction de complément de lait artificiel
- Arrêt de l'allaitement
- Autre

#### V. Portage du bébé

Déconseillez-vous le portage en écharpe ou porte-bébé devant le risque de malformation des hanches ?

Oui       Non

Conseillez-vous le portage du bébé (porte bébé, écharpe, bras) pour diminuer les pleurs ?

Oui       Non

Conseillez-vous de porter l'enfant (porte bébé, écharpe, bras) dans la journée même en dehors des périodes de pleurs ?

Oui       Non

Savez-vous montrer aux parents comment porter correctement un enfant en écharpe ou porte bébé ?

Oui       Non

## VI. Pleurs nocturnes

Face aux difficultés d'endormissement, que conseillez-vous aux parents ? (Une ou plusieurs réponses possibles) :

- Laisser l'enfant s'endormir seul
- Ne pas répondre trop rapidement aux pleurs
- Ignorer les pleurs
- Instaurer un rituel d'endormissement
- Rester aux côtés de l'enfant tant qu'il n'est pas endormi
- Favoriser l'auto-apprentissage à s'endormir
- Endormir bébé au sein, dans les bras ou en portage
- Instaurer la pratique du cododo (l'enfant ayant sa propre surface de couchage)
- Autre ...

Conseillez-vous aux parents de dormir dans la même chambre que leur bébé jusqu'à 6 mois ?

Oui       Non

Conseillez-vous aux parents de dormir dans le même lit que leur bébé ?

Oui       Non

Conseillez-vous aux parents de faire dormir bébé dans la chambre parentale sur une surface dédiée (installation type cododo) ?

- Oui       Non

Quelles recommandations doivent être délivrées face à des parents ayant fait le choix du partage du même lit avec leur bébé ? (Une ou plusieurs réponses possibles) :

- Uniquement chez une mère allaitante
- Pas de couverture ni d'oreiller
- Pas d'autres enfants dans le lit
- Le bébé n'est pas du côté du conjoint
- Pas de tabac ni d'alcool chez les deux parents
- Un lit assez grand

## VII. La réponse aux pleurs

Recommandez-vous de répondre rapidement aux pleurs du bébé ?

- Oui       Non

Connaissez-vous la théorie de l'attachement ?

- Oui       Non

Selon vous répondre rapidement aux pleurs des bébés pourrait entraîner ? (Une ou plusieurs réponses possibles) :

- Une diminution de la durée des pleurs
- Une diminution de la fréquence des pleurs
- De mauvaises habitudes
- Des caprices plus fréquents
- Un manque d'autonomie
- Autre ...

Lors de la consultation à J15 de vie, recherchez-vous à l'interrogatoire ? (Une ou plusieurs réponses possibles) :

- La pratique du portage
- La pratique de l'allaitement

Le partage de la chambre parentale

Le partage du lit

Connaissez-vous la notion de maternage proximal ?

Oui

Non

Ce questionnaire va-t-il changer votre pratique ou votre approche des pleurs ?

Oui

Non

Pour plus d'information :

Si vous le souhaitez, voici quelques informations supplémentaires sur le sujet de ma thèse :

[https://docs.google.com/document/d/1-](https://docs.google.com/document/d/1-B8TXkXMZHRhwlpXQQnJbHdnL3EmiHqMmHpl2F3sAes/edit?usp=sharing)

[B8TXkXMZHRhwlpXQQnJbHdnL3EmiHqMmHpl2F3sAes/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/1-B8TXkXMZHRhwlpXQQnJbHdnL3EmiHqMmHpl2F3sAes/edit?usp=sharing)

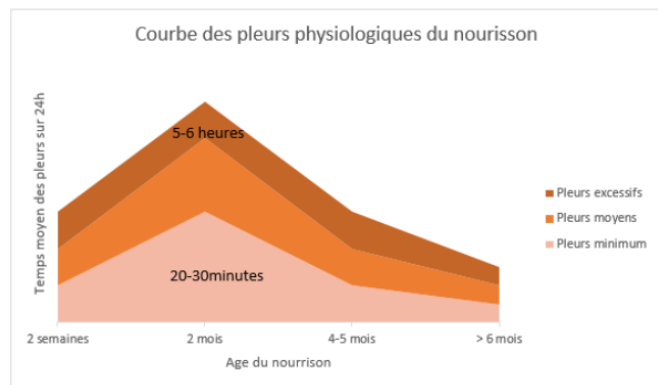


## Annexe 2. Fiche explicative adressée aux médecins généralistes.

### Les pleurs des nourrissons de moins de 6 mois

Les pleurs des premiers mois font partie du **développement normal du nourrisson** et sont liés à une immaturité du système nerveux central. **Ces pleurs, lorsqu'ils sont prolongés, ont un impact direct sur le cerveau** (diminution des fibres myélinisées, destruction neuronale et diminution de la plasticité cérébrale) (1).

**La courbe des pleurs** : les pleurs augmentent progressivement à partir de la deuxième semaine de vie pour atteindre leur **maximum au cours du deuxième mois** puis diminuent et se stabilisent vers l'âge de 4-5 mois. Ces pleurs prédominent en fin d'après-midi et dans la soirée.



Les pleurs du nourrisson sont un facteur de risque reconnu **d'anxiété parentale**, de **dépression du post-partum**, **d'arrêt précoce de l'allaitement** et de **syndrome du bébé secoué**.

Seuls **5% des pleurs sont liés à une cause organique** (2). Il est intéressant de voir les pleurs du nourrisson non comme un signe de maladie mais une manière d'entrer en relation et de favoriser la proximité avec ses parents.

Aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité pour diminuer les pleurs du nourrisson. (3) Attention à la **surmédicalisation** responsable d'effets indésirables notamment IPP et infections respiratoires.

**Le terme de colique ne correspond à aucune entité clinique**, il sert uniquement à décrire d'une autre manière les pleurs dit prolongés ou excessifs du nourrisson. (2)

**Le maternage proximal** est une approche éducative qui favorise la proximité entre le bébé et ses parents. Il se base principalement sur l'allaitement, le portage, le cododo et la réponse rapide aux pleurs. En répondant aux besoins de l'enfant, les parents deviennent une "base de sécurité" donnant **confiance** à l'enfant et l'amenant à une **autonomie progressive**. (4)

Les études récentes ont montré que la pratique du maternage proximal entraîne une sécrétion d'ocytocine, hormone du bien-être (1) ainsi qu'une diminution des pleurs. (5)

**L'OMS conseille le partage de la chambre parentale pendant les 6 premiers mois.**

En pratique : Attention à la surmédicalisation / Réassurance parentale ++ (normalité des pleurs, étape du développement) / Encourager le contact avec le bébé

*« La solitude des nourrissons qui caractérise les cultures occidentales est (...) probablement peu adaptée à l'immatunité globale et aux attentes biologiquement déterminées des bébés »*

G. Gremmo-Feger.

1. Gueguen C. Pour une enfance heureuse : repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau. Paris : Robert Laffont; 2014, 509p.

2. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. 2007;10.

3. Garrison M, Christakis A. A Systematic Review of Treatments for Infant Colic. Pediatrics 2000; 106:184-190

4. Choisir le maternage, Catherine Piraud-Rouet, Marabout (Hachette Livre) 2015, ISBN 978-2-501-09881-6

5. St James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, Sorgenfrei E. Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a "proximal" form of care. Pediatrics 2006

## Serment d'Hippocrate

---

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

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## **[Evaluation de la prévalence des conseils de maternage proximal dans la prise en charge des pleurs prolongés du nourrisson de moins de 6 mois par les médecins généralistes du Limousin. ]**

---

Introduction - Les pleurs du nourrisson sont un problème de santé public pour lequel il n'existe pas de recommandation officielle. La médicalisation des pleurs prolongés est une pratique fréquente malgré l'absence de preuve scientifique prouvant son efficacité. Le maternage proximal, approche éducative qui favorise la proximité parents-bébé a démontré son efficacité pour diminuer les pleurs et semble être une alternative à la médicalisation de ces pleurs prolongés. Celui-ci se base sur la pratique du portage, de l'allaitement à la demande, du partage de la chambre et de la réponse rapide aux pleurs.

Méthode – Une enquête observationnelle a été menée auprès des médecins généralistes du Limousin. L'objectif principal était d'évaluer la prévalence des conseils de maternage proximal dans la prise en charge des pleurs prolongés du nourrisson par les médecins généralistes.

Résultats – 86% des médecins généralistes conseillent aux parents de porter leur bébé pour diminuer les pleurs. 36% proposent l'allaitement à la demande. 40% recommandent aux parents de répondre rapidement aux pleurs des enfants. Le partage de la chambre est conseillé par 34% des médecins généralistes.

Conclusion - En dehors du portage, nous pouvons conclure à une faible représentativité des conseils de maternage dans la pratique des médecins généralistes du Limousin. La culture de l'autonomie précoce a imprégné les habitudes des médecins généralistes. Au vu de l'impact majeur sur la santé psycho-sociale du nourrisson, la proximité parents-bébé mériterait d'être encouragée davantage.

---

Mots-clés : maternage proximal, colique du nourrisson, pleurs prolongés

## **[Assessment of the prevalence of proximal parenting advice in the management of prolonged crying with infants less than 6 months old by general practitioners in Limousin region]**

---

Introduction - Baby crying is a public health problem for which there is no official recommendation. Giving medical treatments for excessive crying is frequent despite the lack of evidence of effectiveness. Proximal parenting, an educational approach promoting parent-baby proximity has demonstrated its effectiveness in reducing crying and seems to be an alternative to prolonged crying medicalization. Its bases are the practice of babywearing, breastfeeding on demand, room sharing and quick response to crying.

Method - An observational survey was carried out among general practitioners in Limousin. The main objective was to assess the prevalence of proximal parenting advice in the management of excessive infant cries by general practitioners.

Results - 86% of general practitioners advise parents to carry their baby to reduce crying. 36% to offer breastfeeding on demand. 40% recommend to parents to quickly respond to children's crying. Room sharing is recommended by 34% of general practitioners.

Conclusion - Apart from babywearing, we can conclude that proximal parenting is poorly represented in the practice of general practitioners in Limousin. The culture of early autonomy has permeated the habits of general practitioners. In view of the major impact on the psycho-social health of infants, parent-baby proximity should be further encouraged.

---

Keywords : proximal parenting, infant colic, prolonged crying

