

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1087

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/10/2015

par BISSUEL Aurore

Évaluation de la prise en charge des coliques du nourrisson par les médecins généralistes de Midi – Pyrénées

DIRECTEUR DE THÈSE :

Leila LATROUS

JURY :

Président : Mr le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Mme le Docteur Brigitte ESCOURROU

Assesseur : Mr le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur : Mme le Docteur Motoko DELAHAYE

Assesseur : Mme le Docteur Leila LATROUS

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophtalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie de défendre la formation des internes en Médecine Générale et de promouvoir la réalisation de stages libéraux formateurs.

A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

A Madame le Docteur Motoko DELAHAYE

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

A Madame le Docteur Leila LATROUS

Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir soutenue et guidée tout au long de sa rédaction.

A ma famille,

A mes parents qui m'ont toujours soutenue et encouragée à poursuivre cette voie.

A mon Alexandre. Tu as été là depuis mes premières révisions d'examens, jusqu'à la rédaction de cette thèse. Sans toi ce chemin aurait été bien plus difficile. A toutes les magnifiques années qui nous attendent.

A Mamie Lulu, qui a su garder le même humour pendant toutes ces années.

A mon frère et sa famille, qui est passé par-là avant moi et qui m'a soutenu de loin.

A Virginie, Jean-Marie et Anouchka, pour toutes les soirées festives dans la Creuse ou ailleurs, diplomatiques ou mentholées ...

A notre Leia, toujours là pour m'accompagner quand je travaille depuis qu'elle est là.

Aux amis,

Aux amies rencontrées à la faculté, Claire, Narjès (même si tu es partie bien loin), Mumu, Léo, Heidi et Sarah, à toutes ces belles soirées et vacances ensemble.

Aux copains Lourdais, une vraie famille toujours soudée et déguisée.

A Elisa, Lorenz et Raphaël, à toutes les supers soirées à jouer ensemble. A toutes celles à venir. Super parraine va tâcher d'assurer.

A Leila, Hanem et Michel, je pense qu'on va former une équipe sympathique.

A Vincent, sans toi je n'aurais rien compris aux statistiques, alors un grand merci, tu la mérites cette dédicace !

Table des matières

I) INTRODUCTION.....	2
a) Définition et symptomatologie	2
b) Etiologies et circonstances augmentant leur survenue	2
c) Conséquences des coliques du nourrisson	3
d) Traitements.....	4
e) Contexte et motif de la recherche	5
II) MATERIEL ET METHODE	7
a) Objectifs	7
b) Population.....	7
c) Le questionnaire	7
d) Diffusion du questionnaire.....	8
e) Relance.....	8
f) Analyse statistique	9
III) RESULTATS	10
a) La population	10
b) Objectif principal	11
c) Objectif secondaire.....	15
d) Comparaison de la prise en charge des coliques du nourrisson entre les différentes classes d'âge des médecins	15
e) Comparaison du regard que portent les médecins sur leur formation entre les différentes classes d'âge des médecins	17
IV) DISCUSSION	18
V) CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	25
ANNEXES	27
Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes	27
Annexe 2 : Lettre adressée aux médecins et accompagnant le questionnaire	30

I) INTRODUCTION

a) Définition et symptomatologie

Les coliques du nourrisson ont été introduites dans la classification de Rome III de 2006 comme étant des troubles fonctionnels intestinaux et ont été définies selon les critères de Wessel (1) modifiés : « présence de crises paroxystiques d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs commençant et se terminant sans cause évidente chez un enfant de moins de 4 mois se développant normalement. Les accès doivent durer 3 heures ou plus par jour, au moins 3 fois par semaine et pendant au moins 7 jours. » (2) Elles débutent vers 3 semaines, sont maximum vers la 6ème semaine de vie, puis diminuent ou disparaissent vers 4 mois. Les pleurs du nourrisson colitique surviennent en fin de journée et ne sont pas rythmés par les repas.

Le tableau clinique retrouve à l'interrogatoire des parents un nourrisson au faciès érythrosique, avec les poings serrés, les cuisses repliées sur l'abdomen, avec fréquemment une émission de gaz. L'examen clinique du nourrisson est normal par ailleurs et le développement staturo – pondéral s'effectue de manière harmonieuse.

b) Etiologies et circonstances augmentant leur survenue

La physiopathologie des coliques du nourrisson est incertaine. Une des hypothèses étiologiques souvent avancée mais controversée est l'allergie aux protéines de lait de vache (APLV) du nourrisson. La prévalence des coliques du nourrisson, qui est de l'ordre de 20 %, est bien supérieure à la prévalence de l'APLV qui est de 2%. Il faut être prudent car les coliques du nourrisson font partie du cortège de symptômes de l'APLV. Mais l'allergie ne peut être la seule cause des coliques. On n'observe pas de différence dans la fréquence des coliques des nourrissons en fonction de s'ils sont allaités ou non (3) mais certaines études ont montré une diminution des coliques chez les nourrissons allaités

dont la mère diminue sa consommation en protéine de lait de vache.(4) 10 à 15 % des nourrissons atteints de coliques sont intolérants aux protéines de lait de vache. (5)

Le tube digestif du nourrisson, de par son immaturité, a des difficultés à digérer de trop grandes quantités de lactose, ce qui entraîne une fermentation colique et donc une émission de gaz importante ainsi que des ballonnements (6). Le rôle de la flore intestinale dans les coliques du nourrisson a été clairement prouvé : il existe une proportion plus importante de *Clostridium difficile* chez les nourrissons colitiques (7) et une plus faible proportion de *Lactobacillus* spp. (8) Un rôle du système hormonal a été avancé du fait de la survenue préférentielle des pleurs en fin de journée, concernant la sérotonine et la mélatonine (9). Au total, le terme de « colique » est utilisé et fait référence à la sphère digestive, et peut parfois induire en erreur du fait de la non certitude de l'origine digestive de ces symptômes.

De nombreuses études ont essayé de rechercher quels sont les facteurs prédictifs de la survenue de ces coliques. Tout d'abord, une grossesse ou une naissance compliquée est susceptible d'augmenter le risque de coliques (10). L'étiologie la plus fréquemment citée est l'anxiété parentale (11) : il a été largement démontré que les familles anxieuses ont plus de risque que leur nourrisson développe des coliques. Comme dans beaucoup d'autres pathologies, le tabagisme maternel pendant la grossesse est à risque. (12) Naître dans une famille ayant un bon niveau d'étude et/ou un niveau socio-économique élevé est un autre facteur de risque. (13) Notamment, les médecins seraient plus à risque d'avoir des enfants souffrant de coliques. (14) L'âge des parents et le rang dans la fratrie ont été évoqués mais les résultats des études sont controversés.

c) Conséquences des coliques du nourrisson

Les coliques du nourrisson en soit ne sont pas graves dans la mesure où elles surviennent chez un enfant en bonne santé mais leurs conséquences peuvent être néfastes. Il existe une augmentation de la maltraitance chez les enfants présentant des coliques du nourrisson car les pleurs sont la cause la plus fréquente du syndrome des bébés secoués (15). Les coliques du nourrisson peuvent aussi favoriser la dépression du post-partum chez les mères prédisposées (16). À cause des pleurs fréquents et

inconsolables, la relation parent – enfant est altérée, les parents perdent confiance en eux devant leur incapacité à calmer leur enfant. Toute la sphère familiale finit par s'en trouver affectée (17), augmentant les difficultés qu'il existe déjà lors de l'arrivée d'un nouveau-né.

d) Traitements

Plusieurs moyens thérapeutiques sont utilisés, médicamenteux et non médicamenteux.

Il est tout d'abord important d'informer les parents sur les coliques, de leur expliquer le caractère bénin et transitoire. Il est important de les déculpabiliser et de les rassurer dans leurs compétences de parents.

Certains petits moyens sont conseillés : le portage et le bercement, le massage abdominal. Ces traitements n'ont pas démontré leur efficacité. Par contre, la réduction des stimuli visuels et auditifs est efficace comme l'a démontré McKenzie en 1991. (18)

La modification du régime alimentaire fait partie des conseils qui peuvent être donnés. Le régime alimentaire de la mère allaitante peut être modifié, en proposant de diminuer la consommation de certains aliments comme le chou-fleur, le brocoli, le chou, les crudités (connus pour entraîner des troubles digestifs), ou bien les œufs, les noix, le poisson (connus pour leurs propriétés allergisantes) ou alors les produits laitiers. Une modification de la préparation pour lait infantile peut aussi être proposée en utilisant plutôt une préparation hypoallergénique à type d'hydrolysate de caséine ou d'hydrolysate du lactosérum, ou une préparation avec activité lactasique contenant des ferments lactiques. Les préparations au lait de soja sont aussi citées. Bien entendu, les préparations anti-coliques sont conseillées. Malgré la faible proportion d'APLV par rapport aux coliques du nourrisson, les préparations à base d'hydrolysats de caséine sont efficaces. (19)

Les thérapies manuelles par ostéopathie, chiropraxie, manipulation vertébrale font partie des thérapeutiques utilisées par les familles. Elles n'ont pas pu faire preuve de leur efficacité devant la difficulté de reproduire les mêmes techniques d'un opérateur à un autre.

Des thérapeutiques allopathiques sont parfois prescrites, en premier lieu la trimébutine DEBRIDAT® (4,8 mg/ml granulé pour suspension buvable : 1 dose poids 3 fois par jour). Or, selon Bruyas-Bertholon and al (20) ayant réalisé une revue de la littérature sur les coliques du nourrisson en 2012, la trimébutine n'a jamais été étudiée dans l'indication des coliques du nourrisson. Un médicament a prouvé son efficacité au prix d'effets indésirables graves (symptômes respiratoires, crises d'épilepsie, coma, syncope, asphyxie) : la dicyclomine, un antispasmodique anticholinergique, qui n'est pas commercialisé en France, contre-indiqué chez les nourrissons de moins de 6 mois dans d'autres pays (notamment au Canada).

Des thérapeutiques non allopathiques sont souvent utilisés : la verveine, la camomille, la réglisse, la mélisse, le fenouil, notamment sous forme de tisane. Une solution buvable, la Calmosine®, contient du fenouil, du tilleul, de la fleur d'oranger est souvent utilisée. Or, la Calmosine® n'a jamais été étudiée. (20) Enfin les probiotiques à base de *Lactobacillus reuteri*, commercialisé en France sous le nom BioGaia® ou ajouté dans les préparations pour lait infantile font également partie des propositions thérapeutiques. D'ailleurs des essais de qualités ont prouvé l'efficacité de ce probiotique chez les nourrissons allaités. (21) (22) Une préparation magistrale contenant du julep gommeux (gomme arabique, fleur d'oranger) est aussi proposée.

e) Contexte et motif de la recherche

Un problème se pose : il n'existe actuellement pas de recommandation concernant la prise en charge des coliques du nourrisson. Or c'est un motif de consultation fréquent en médecine générale. Le taux de consultation en soin primaire des familles pour des pleurs inexplicables est environ de 15% (23).

Une thèse qualitative réalisée en 2014 en région parisienne par Sylla S. sur l'attitude de 14 médecins face aux coliques du nourrisson a mis en évidence plusieurs éléments (24) :

- Le terme de coliques du nourrisson pouvant induire en erreur, les explications des médecins face à cette pathologie auprès des parents sont parfois hésitantes et peuvent engendrer de l'angoisse auprès des parents
- De multiples traitements sont essayés et ne sont pas forcément ceux qui ont prouvé leur efficacité, notamment du fait du manque de recommandations.
- Les médecins ont des difficultés à actualiser leurs connaissances sur le sujet par le manque de recommandations et le manque de publication dans les revues médicales les plus consultées par les médecins généralistes.

Malgré l'absence de recommandations, nous avons voulu savoir comment les médecins généralistes de Midi-Pyrénées prennent en charge les coliques du nourrisson.

II) MATERIEL ET METHODE

Cette étude de type observationnelle descriptive transversale a été réalisée en Midi-Pyrénées du 23/06/2015 au 31/07/2015. Le recueil d'informations a été effectué via l'envoi d'un questionnaire par mails à des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

a) Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer la prise en charge thérapeutique et diagnostique des coliques du nourrisson par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

L'objectif secondaire est d'évaluer les besoins de formation des médecins sur le sujet.

b) Population

Le recueil des informations a été fait auprès de médecins généralistes de Midi-Pyrénées inscrits à l'URPS. Ils répondaient au questionnaire de manière anonyme.

La période de recrutement s'est étalée du 23/06/2015 au 31/07/2015.

c) Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré après réalisation d'une revue de la littérature sur les coliques du nourrisson. Il a été notamment inspiré par les réponses obtenues à un questionnaire de thèse qualitative sur la prise en charge des coliques du nourrisson.(24)

Le questionnaire initial a été plusieurs fois remodelé. Il a été présenté à 4 médecins différents, en plus de ma directrice de thèse, pour recueillir leurs impressions à la lecture du questionnaire. Leurs avis m'ont permis d'en finaliser la rédaction.

Le questionnaire a été validé par la commission des thèses de l'URPS de Midi-Pyrénées avant d'être envoyé par mail aux médecins.

La première partie du questionnaire concerne l'étude de la population de médecin. La deuxième partie concerne la fréquence de consultations pour des coliques du nourrisson au sein de leur activité. La troisième partie questionne sur les différentes possibilités thérapeutiques et sur la prise en charge diagnostique. La dernière partie interroge les médecins sur la qualité de formation sur le sujet. Le questionnaire est disponible en annexe 1.

d) Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par mail aux médecins généralistes de Midi-Pyrénées inscrits à l'URPS. Le questionnaire était accompagné d'un courrier d'introduction expliquant la motivation de ce questionnaire. (Annexe 2) Dans ce courrier je mentionnais mes coordonnées téléphoniques et mail afin que les médecins puissent me contacter s'ils avaient des questions à propos du questionnaire. Le questionnaire a été envoyé le 23/06/2015. 30 questionnaires ont été également distribués en main propre à des médecins généralistes lors de sessions de formation médicale continue.

e) Relance

Un deuxième envoi du questionnaire a été effectué le 7/07/2015 par mail accompagné à nouveau d'un courrier. Le premier envoi et la relance étaient effectués un mardi, jour étant censé permettre le meilleur taux de réponses de par une meilleure disponibilité des médecins.

f) Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide des logiciels Epi Info™ 3.5.4 (CDC) et R version 3.2.2 (The R Foundation for Statistical Computing).

Dans l'analyse descriptive, les données sont présentées avec leur effectif et leur pourcentage. Pour effectuer des comparaisons entre les variables, un test du chi-2 dit de conformité a été appliqué. Lorsque l'effectif théorique était inférieur à 5, un test exact de Fisher a été appliqué. La différence entre les variables était significative si p était inférieur à 0.05.

III) RESULTATS

Sur les 2396 mails envoyés, j'ai recueilli 325 réponses au total soit un taux de participation des médecins de 13,6 %. Sur ces 325 réponses, 289 réponses étaient complètes et donc exploitables, soit 82,1% de réponses complètes.

a) La population

Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques démographiques de l'échantillon de médecins généralistes ayant répondu de façon complète au questionnaire. L'échantillon de médecins est représentatif de l'ensemble de la population de médecins, en termes de sexe, de milieu d'exercice, de tranches d'âge.

Tableau 1 : description de l'échantillon de médecins

		Nombre	Pourcentage
Sexe	Femme	156	54
	Homme	133	46
Statut	Remplaçant	11	3,8
	Installé	278	96,2
Nombre d'années d'installation	<5	71	25,5
	5 – 9	36	13
	10 – 19	55	19,8
	20 – 29	63	22,7
	≥ 30	53	19,1
Tranche d'âge (année)	< 30	9	3,1
	30 – 39	83	28,7
	40 – 49	70	24,2
	50 – 59	80	27,7
	≥ 60	47	16,3
Milieu	Urbain	103	35,6
	Semi-rural	119	41,2
	Rural	67	23,2

b) Objectif principal

Sur les 289 médecins, 185 médecins soit 64% estiment que les coliques du nourrisson sont un motif de consultation fréquent dans leur cabinet.

Le tableau 2 présente les réponses au questionnaire concernant la prise en charge thérapeutique observée par les médecins généralistes dans le cadre des coliques du nourrisson. Le traitement allopathique le plus prescrit est de loin la trimébutine. Parmi les traitements non allopathiques, l'homéopathie est le traitement le plus prescrit avec un faible écart par rapport aux probiotiques. La diminution de la consommation d'aliments favorisant la fermentation chez la mère allaitante est le changement de régime alimentaire le plus conseillé. Le lait anti-colique est le lait conseillé de prime abord. Enfin, le massage parental est conseillé par 83,4% des médecins.

Tableau 2 : Résultat concernant les différentes prises en charge thérapeutiques

		Nombre	Pourcentage
Médicaments allopathiques	Trimébutine	147	50,9
	Phloroglucinol	38	13,2
	Paracétamol	79	27,3
	Autres	13	4,5
Traitements non allopathiques	Homéopathie	86	29,8
	Phytothérapie (Calmosine®)	77	26,6
	Probiotiques	82	28,4
	Autres	11	3,8
Changement de régime alimentaire pour la mère allaitante	Arrêt de la consommation des produits laitiers	12	4,2
	Diminution de la consommation de chou/chou-fleur/brocolis/crudités	155	53,6
	Diminution de la consommation d'œuf/poisson/arachide	9	3,1
Changement de lait maternisé pour le nourrisson	Vers un lait anti-colique	164	56,6
	Vers un autre lait	11	3,8
Autres thérapies	Massage parental	241	83,4
	Kinésithérapie	2	0,7
	Ostéopathie	78	27
	Chiropraxie	3	1
	Acupuncture	2	0,7
	Autre	7	2,4

24 médecins ont cité d'autres thérapeutiques allopathiques ou non allopathiques qu'ils ont précisées en texte libre. Parmi eux, 13 prescrivent du julep gommeux, 3 des inhibiteurs de la pompe à proton. Le gaviscon® et le gel de polysilane® sont prescrits chacun par 2 médecins. Enfin, le smecta®, la levure de bière et les graines de cumin en infusion sont prescrits chacun par un médecin.

Sur les 289 médecins, 164 recommandent de modifier le lait maternisé pour prendre un lait anti-colique. 11 médecins prescrivent un changement de lait maternisé pour un autre lait que le lait anti-colique. 4 médecins conseillent uniquement de changer de marque sans prendre un lait spécifique. 3 médecins conseillent des laits conçus pour les petits troubles digestifs du nourrisson (2 médecins ont cité le NIDAL Pélargon®, 1 le GALLIA Gest®). Ont été chacun cité par un médecin : un lait anti-régurgitation, une formule hypo-allergénique, le MODILAC Riz® (conçu pour l'allergie aux protéines de lait de vache), le MILUMEL Lémiel® (pour la satiété), le NUTRAMIGEN Pregestimil® (un lait sans lactose).

151 médecins communiquent d'autres conseils de prise en charge aux parents dont les résultats sont résumés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Autres conseils communiqués aux parents.

	Nombre	%
Rassurer les parents sur le caractère non pathologique, bénin et transitoire	64	22,1
Etre patient	21	7,3
Diminuer le stress parental/ Relaxation pour ne pas communiquer le stress au bébé	16	5,5
Expliquer la physiologie des coliques du nourrisson	10	3,5
Déculpabiliser les parents, les rassurer sur leurs compétences	4	1,4
Expliquer que l'inconfort est différent de la douleur	2	0,7
Reconnaitre le caractère pénible pour les parents, les écouter	2	0,7
Promouvoir l'allaitement maternel	1	0,4
Prévention du syndrome du bébé secoué (prévenir la fatigue parentale)	12	4,2

Ne pas passer à côté d'un RGO, d'une APLV, d'une constipation	5	1,7
Surveillance de la courbe staturo-pondérale	3	1
Re-consulter si modification des symptômes	1	0,4
Tenir un calendrier des pleurs	1	0,4
Utilisation de l'écharpe de portage	21	7,3
Mettre le bébé en position ventrale sur l'avant- bras des parents	12	4,2
Berçer le bébé	11	3,8
Lui donner un bain le soir ou pendant la crise	6	2,1
Peau à peau	5	1,7
Faire des promenades (landau ou voiture)	5	1,7
Appliquer une bouillotte tiède sur le ventre	4	1,4
Ne pas se disperser dans les sources d'information, prendre un référent	3	1
Emmaillotage	2	0,7
Respecter le rythme veille-sommeil	2	0,7
Chanter des chansons	1	0,4
Eviter la sucette réponse aux pleurs	1	0,4
Ne pas trop serrer les couches	1	0,4
Diminuer la vitesse des têtes / débit de la tétine	16	5,5
Espacer/fractionner les tétées, ne pas répondre aux pleurs par une tétée systématique	13	4,5
Pour la mère allaitante : boire de l'eau uniquement, éviter les excitants, tisane de fenouil, ne pas consommer d'agrumes	8	2,8
Environnement calme pendant la tétée	5	1,7
Respecter le rot / éviter de faire avaler de l'air	5	1,7
Ne pas suralimenter, ne pas forcer la prise alimentaire	4	1,4
Bien positionner le bébé pendant et après la tétée	4	1,4
Respecter la dilution des laits maternisés	1	0,4
Vider complètement le sein	1	0,4
Ajouter des biberons d'eau	1	0,4
Rapprocher l'enfant d'une source de bruit	1	0,4

Si après plusieurs consultations et différentes propositions thérapeutiques, les coliques persistent, 37 médecins (soit 12,8%) prescrivent des examens paracliniques :

- Une échographie abdominale : 33 médecins soit 11,4%
- Une analyse des selles : 6 médecins soit 2,1%
- Une radiographie de l'abdomen sans préparation : 2 médecins soit 0,7%
- Un ECBU : 2 médecins soit 0,7%
- Un dépistage de l'APLV (diallertest) : 2 médecins soit 0,7%.

A noter que 8 médecins ont proposé 2 examens paracliniques à la fois.

91% des médecins (soit 263) n'adressent pas le nourrisson à un confrère en cas de difficultés. 9% adressent le nourrisson. 24 d'entre eux l'adressent à un pédiatre et 2 médecins l'adressent à la fois au pédiatre et à l'allergologue.

c) Objectif secondaire

Au sujet des coliques du nourrisson, 64,7% des médecins (soit 187) se sentent suffisamment formés sur le sujet. Parmi les 102 médecins (soit 35,3%) ayant un besoin de formation, 66 aimeraient recevoir une formation lors d'une formation médicale continue, 42 souhaiteraient une recommandation de l'HAS, et 36 aimeraient trouver l'information dans une revue médicale.

d) Comparaison de la prise en charge des coliques du nourrisson entre les différentes classes d'âge des médecins

Nous avons souhaité savoir si la prise en charge était significativement différente entre les différentes classes d'âge de médecins. Le tableau 4 résume la répartition des principales propositions de prise en charge, de prescription d'examen complémentaires et de recours au confrère en fonction de chaque classe d'âge. Les principales propositions de prise en charge sont celles qui ont été utilisées par plus de 25 % des médecins, ainsi que la réassurance parentale. La différence de prise en charge observée entre les classes d'âge pour une attitude thérapeutique ou diagnostique donnée est significative si le p est inférieur à 0,05.

Tableau 4 : les principales prises en charge thérapeutique en fonction de la classe d'âge des médecins de l'échantillon

	< 30 ans (N=9)	30-39 ans (N=83)	40-49 ans (N=70)	50-59 ans (N= 80)	≥ 60 ans (N=47)	p
Trimébutine (N=147 - 50,9%)	4 ¹ 44,4% ²	30 36,1%	41 58,6%	46 57,5%	26 55,3%	0,03
Paracétamol (N=79 - 27,3%)	4 44,4%	23 27,7%	21 30%	16 20%	15 31,9%	0,34
Homéopathie (N=86 - 29,8%)	2 22,2%	19 22,9%	25 35,7%	23 28,8%	17 36,2%	0,37
Phytothérapie (N=77 - 26,6%)	3 33,3%	22 26,5%	28 40%	17 21,3%	7 14,9%	0,02
Probiotiques (N=82 - 28,4%)	3 33,3%	25 30,1%	21 30%	22 27,5%	11 23,4%	0,37
Diminution de la consommation de chou/chou-fleur/brocoli/crudités (N=155 - 53,6%)	3 33,3%	39 47%	46 65,7%	45 56,3%	22 46,8%	0,08
Changement pour un lait anti-colique (N=164 - 56,6%)	5 55,6%	44 53%	46 65,7%	42 52,5%	27 57,4%	0,91
Massage parental (N=241 - 83,4%)	7 77,8%	73 88%	62 88,6%	64 80%	35 74,5%	0,16
Ostéopathie (N=78 - 27%)	1 11,1%	28 33,7%	22 31,4%	21 26,3%	6 12,8%	0,06
Réassurance parentale (N=64 - 22,1%)	0	19 22,9%	19 27,1%	18 22,5%	8 17%	0,4
Prescription d'examens complémentaires (N=37 - 12,8%)	2 22,2%	6 7,2%	10 14,3%	10 12,5%	9 19,1%	0,22
Recours aux confrères (N=26 - 9%)	0	6 7,2%	4 5,7%	7 87,5%	9 19,1%	0,15

¹ Représente le nombre de médecins de moins de 30 ans prescrivant la trimébutine.

² Représente le pourcentage de médecins de moins de 30 ans prescrivant la trimébutine.

Au vu de ce tableau, on constate que les médecins les moins prescripteurs de trimébutine ont entre 30 et 39 ans, et les plus prescripteurs ont entre 40 et 49 ans ($p=0,03$). La phytothérapie est plus prescrite par les médecins de 40 à 49 ans par rapport aux médecins de plus de 60 ans ($p=0,02$). En ce qui concerne les autres prises en charge, les différences observées entre les classes d'âge des médecins ne sont pas significatives ($p>0,05$).

e) Comparaison du regard que portent les médecins sur leur formation entre les différentes classes d'âge des médecins

Nous voulions savoir s'il existait une différence entre les classes d'âge de médecins sur le regard qu'ils portent sur leur formation. Le résultat est présenté dans le tableau 5. Les médecins se sentant le moins formés sont les médecins de moins de 30 ans ($p=0,002$).

Tableau 5 : Regard porté par les médecins sur leur formation en fonction de leurs différentes classes d'âges

	< 30 ans (N=9)	30-39 ans (N=83)	40-49 ans (N=70)	50-59 ans (N= 80)	≥ 60 ans (N=47)	p
Suffisamment formés (N=187 – 64,7%)	1 11,1%	50 60,2%	54 77,2%	54 67,5%	28 59,6%	0,002
Insuffisamment formés (N=102 - 35,3%)	8 88,9%	33 39,8%	16 22 ,8%	26 32,5%	19 40,4%	0,002

IV) DISCUSSION

La force de cette étude est le grand nombre de médecins ayant répondu de façon exhaustive au questionnaire. Ce taux de participation a pu être obtenu grâce au questionnaire qui était court et dont la réponse pouvait être fournie en moins de 5 minutes. De plus les questions ouvertes ont permis aux médecins de faire d'autres propositions ce qui a permis d'enrichir les réponses.

La faiblesse de cette étude est le manque de propositions de prise en charge. Nous n'avons volontairement pas voulu être exhaustifs pour ne pas perdre en force. Il est probable que certaines propositions faites par les médecins dans les réponses libres auraient été davantage citées si elles avaient fait partie des propositions mentionnées dans le questionnaire.

Les résultats montrent que les coliques du nourrisson sont un motif de consultation fréquent en cabinet de médecine générale pour 64% des médecins, ce qui a pu contribuer à la force de cette étude car les médecins se sont sentis concernés.

Nous pouvons constater que les médecins prescrivent fréquemment des thérapeutiques allopathiques dont l'efficacité n'a pas été prouvée, comme la trimébutine qui n'a pas été étudiée dans cette indication.

Les thérapeutiques non allopathiques sont aussi fréquemment prescrites, même si, mis à part les probiotiques, elles n'ont pas fait preuve de leur efficacité.

Le changement de régime alimentaire pour la mère allaitante le plus fréquemment prescrit est la diminution des aliments produisant une fermentation digestive et donc la production de gaz. Une ancienne étude de 1996 faite par Lust KD et qui étudiait la prise de 15 aliments différents chez les mères allaitantes et leur lien avec la survenue de coliques du nourrisson a montré une augmentation significative des coliques du nourrissons chez les bébés allaités par des mères consommant des aliments crucifères, de l'ordre de 1,6 fois plus importante quand les mères consomment plusieurs aliments crucifères en même temps. (25) Donc ce conseil donné par les médecins est recevable.

Notre étude montre également qu'en ce qui concerne les laits maternisés, 39,4% des médecins ne prescrivent pas de modification de lait et que 56,8% des médecins conseillent de passer à un lait anti-colique. Un très faible pourcentage de médecins (3,8%) prescrit d'autres laits. On peut donc dire que les changements de lait sont globalement bien réalisés par les médecins généralistes dans le cadre des coliques du nourrisson.

L'ostéopathie est citée par plus d'un quart des médecins généralistes. Dans la thèse qualitative sur les coliques du nourrisson (24), certains médecins pensaient que l'ostéopathie est un phénomène de mode. Ce que l'on peut dire c'est que, comme toutes les thérapies manuelles, il est difficile de prouver leur efficacité car les manœuvres sont difficilement reproductibles à grande échelle.

Nous pouvons constater que le massage parental est la prise en charge la plus conseillée (83,4% des médecins). Ceci permet de rapprocher le lien parent-enfant et de rendre le parent acteur de la prise en charge de son enfant. Il est important de prendre le temps en consultation de montrer au moins une technique de massage si le parent ne sait pas s'y prendre.

En ce qui concerne la prescription des examens complémentaires, seul 37 médecins soit 12,8% prescrivent des examens complémentaires ce qui est peu. La prise en charge est donc en adéquation avec les différentes études car c'est une pathologie dont le diagnostic est uniquement clinique. Nous supposons que les examens complémentaires ne sont pas prescrits en première intention. De plus, une partie de ces examens sont probablement prescrits pour rassurer les parents. Dans notre questionnaire, nous n'avions pas prévu de case « ne rien faire », certains médecins auraient pu en avoir l'utilité.

Les nourrissons sont peu souvent adressés au spécialiste (pédiatre ou allergologue). Il est légitime de demander l'avis d'un confrère quand on a un doute diagnostique plutôt que de prescrire des thérapeutiques sans savoir. De plus, face à des parents très inquiets, il peut être utile de leur faire entendre par deux intervenants différents le même diagnostic pour qu'il soit mieux accepté. Si le médecin généraliste est dans une région où l'accès au spécialiste est difficile, les centres de Protection Maternelle et Infantile sont aussi d'une grande utilité dans ce genre de consultations. En effet, le parent et le

nourrisson sont reçus à la fois par la puéricultrice et le médecin, et se voient donc consacrer un temps plus important pour évoquer les éventuels problèmes rencontrés.

Nous avons trouvé que le taux de médecins se sentant insuffisamment formés sur le sujet était important. En effet, c'est le cas pour environ 1/3 des médecins. Or il nous paraît important que les médecins généralistes soient à l'aise dans cette thématique car ils font partie des premiers recours pour les familles. Une thèse publiée en 2009 par Poiret S. concernant les consultations aux urgences du CHU de Rouen chez les nourrissons de moins de 1 mois place en 3^{ème} position les coliques du nourrisson comme motif de venue aux urgences. Il est donc important que les parents aient pu recevoir de notre part, ou de la part du pédiatre ou du médecin de PMI une information claire sur les coliques du nourrisson pour éviter les consultations aux urgences pour ce problème.

En comparant les différentes prescriptions en fonction des tranches d'âge des médecins, nous pouvons voir que la trimébutine est davantage prescrite par les médecins de plus de 40 ans ($p=0,03$). De plus, la phytothérapie est moins prescrite par les médecins de plus de 50 ans ($p=0,02$). Par rapport à ces deux traitements, on peut dire que les médecins de plus de 50 ans prescrivent plus d'allopathie que de traitements non allopathiques.

En ce qui concerne le besoin de formation des médecins en fonction des différentes tranches d'âge, nous constatons que 88,9% des médecins de moins de 30 ans ne se sentent pas suffisamment formés au sujet des coliques du nourrisson ($p=0,002$). Par ailleurs, 40,4% des médecins de plus de 60 ans se sentent également insuffisamment formés. De ce fait, on peut en déduire qu'il est important de renforcer la qualité de la formation initial sur les coliques du nourrisson, mais qu'il est aussi important de proposer des sessions de formation médicale continue sur le sujet.

Dans cette étude, le côté parent n'a pas été abordé par choix car le questionnaire aurait été trop long et nous aurions sûrement perdu en force. De ce fait, l'anxiété parentale, qui peut être à la fois réactionnelle aux coliques et un facteur de risque de coliques, a été peu abordée. Mais un grand nombre de médecins a parlé de l'importance de rassurer les parents face aux coliques, de leur expliquer le caractère bénin et transitoire et de les valoriser dans leur rôle de parents. Il nous paraît essentiel de discuter de l'anxiété des parents, et de leur fatigue morale. En effet, l'épuisement moral associé aux pleurs fréquents du bébé peut conduire à de la maltraitance et au syndrome du bébé

secoué. La prévention du bébé secoué a été mentionnée par seulement 4,2% des médecins, mais elle aurait peut-être été davantage citée si elle avait fait partie des propositions mentionnées dans le questionnaire.

A propos des coliques du nourrisson, nous disposons d'explications physiopathologiques (notamment par rapport à la mauvaise digestion du lactose) mais l'étiologie n'a toujours pas été élucidée. Tout ceci peut conduire à une mauvaise clarté dans la définition de cette pathologie et donc dans les traitements à mettre en œuvre. Nous avons constaté que 4,5% des médecins prennent en charge les coliques du nourrisson comme ils prendraient en charge un reflux gastro-œsophagien (prescription de gaviscon®, de gel de polysylane®, d'inhibiteurs de la pompe à protons, conseil de ne pas trop serrer les couches ou de maintenir le bébé en position demi-assise après les tétées). Il se produit le même phénomène pour l'APLV auprès de 5,5 % des médecins (test de dépistage, consultation allergologue, lait sans lactose ou avec hydrolysate, diminution de la consommation de produits laitiers pour la mère allaitante). Ce résultat peut aussi être expliqué par le fait que le médecin peut avoir un doute diagnostique. De plus, devant l'inquiétude des parents, le médecin peut être amené à faire une prescription qui servira de traitement d'épreuve pour une autre pathologie.

Par comparaison à la thèse qualitative sur la prise en charge des coliques du nourrisson (24), la prise en charge proposée par les médecins est relativement la même. Une grande importance est apportée à la réassurance parentale et à l'explication des coliques du nourrisson. Les mêmes traitements allopathiques sont prescrits. Parmi les traitements non allopathiques, la Calmosine® et les probiotiques sont les plus cités, mais l'homéopathie est peu mentionnée. L'ostéopathie est également le traitement alternatif le plus souvent conseillé. L'utilisation des laits anti-colique est très fréquente également. La prévention de l'épuisement parental a son importance. Et en ce qui concerne la prise alimentaire, l'importance du rot a été rapportée, de même que le fractionnement des repas et l'utilisation de tétines limitant la quantité d'air avalée.

Nous sommes d'avis qu'il est primordial d'expliquer la physiopathologie et le caractère bénin et transitoire des coliques du nourrisson au parent et de le rassurer. De même qu'il est important de le rassurer dans sa capacité à calmer son enfant. Tout ceci prend beaucoup de temps en consultation, surtout si on veut être persuasif pour ne pas avoir à prescrire de traitement médicamenteux ou d'examen. Il est probable qu'un grand

nombre des prescriptions effectuées par les médecins le sont par manque de temps pour discuter avec les parents ou aussi par pression parentale. La non-prescription demande du temps de par l'information qu'elle nécessite, et demande davantage de temps que la prescription. La non-prescription est peu fréquente en France, et il est d'autant plus difficile de laisser partir un parent angoissé, fatigué, sans prescription médicamenteuse pour améliorer l'état de son enfant. (26)

V) CONCLUSION

Les coliques représentent un motif de consultation fréquent pour les nourrissons de moins de 4 mois en médecine générale, en dehors des examens de suivi. Le médecin généraliste occupe une place importante dans leur prise en charge, avec d'autres intervenants tels que les médecins de PMI, et les pédiatres. Notre étude auprès des médecins généralistes confirme que les coliques du nourrisson sont un motif fréquent de consultation.

En l'absence de recommandations précises concernant la prise en charge des coliques du nourrisson, notre étude a montré que certains médecins prescrivent des thérapeutiques qui n'ont pas prouvé leur efficacité dans cette pathologie, tels que les traitements allopathiques ou la phytothérapie. L'homéopathie fait partie de l'arsenal thérapeutique des médecins mais elle n'a pas montré son efficacité versus placebo. Une grande majorité des médecins généralistes interrogés conseillent le massage parental. A défaut d'étude prouvant son efficacité sur les coliques du nourrisson, il a le mérite au moins de contribuer à renforcer le lien parent-enfant et à rendre le parent acteur du soulagement de son enfant. Parmi les autres prises en charge manuelles, l'ostéopathie est de loin la plus conseillée. Mais, n'étant pas reproductible, il est difficile de trouver des études prouvant son efficacité.

Les médecins généralistes de Midi-Pyrénées accordent une grande importance à informer les familles sur le caractère bénin des coliques du nourrisson, à les rassurer et à les valoriser dans leur rôle de parents. Ce temps d'écoute et d'information nous paraît primordial lors d'une consultation pour ce motif. L'écoute doit aussi nous permettre d'évaluer le degré d'anxiété et de fatigue morale des parents. Tout ceci permet de prévenir la maltraitance.

Notre étude montre que la prescription des examens complémentaires est peu fréquente. Elle pourrait l'être encore moins. Effectivement, la non prescription nécessite des consultations plus longues pour écouter et informer les parents.

Il nous semble important que les médecins généralistes soient performants dans la prise en charge des coliques du nourrisson. Or un tiers des médecins interrogés dans

notre étude estiment être insuffisamment formé sur le sujet. Notre étude montre qu'il est important de renforcer à la fois la formation médicale initiale et continue sur les coliques du nourrisson.

Bien que les coliques du nourrisson soient une pathologie au caractère bénin, il serait souhaitable qu'un jour il existe des recommandations claires sur leur prise en charge qui reposeraient sur des études de qualité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, et al. Paroxysmal Fussing in Infancy, Sometimes Called « Colic ». *Pediatrics*. 11 janv 1954;14(5):421-35.
2. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. avr 2006;130(5):1519-26.
3. Thomas DW, McGilligan K, Eisenberg LD, et al. Infantile colic and type of milk feeding. *American Journal of Diseases of Children*. avr 1987;141(4):451-3.
4. Jakobsson I, Lindberg T. Cow's milk proteins cause infantile colic in breast-fed infants: a double-blind crossover study. *Pediatrics*. févr 1983;71(2):268-71.
5. Leung A, Sauve R. Dietary manipulations for infantile colic. *Paediatric and Child Health*. sept 2003;8(7):449-52.
6. Roy P, Aubert-Jacquín C, Avart C, et al. Intérêt d'une formule infantile épaissie avec activité lactasique dans la prise en charge des troubles digestifs bénins du nourrisson. *Archives de Pédiatrie*. déc 2004;11(12):1546-54.
7. Lehtonen L, Korvenranta H, Eerola E. Intestinal microflora in colicky and non colicky infants: bacterial cultures and gas-liquid chromatography. *Journal of Pediatric Gastroenterology Nutrition*. 1994 Oct;19(3):310-4.
8. Savino F, Cresi F, Pautasso S, et al. Intestinal microflora in breastfed colicky and non-colicky infants. *Acta Paediatrica Oslo Norway*. juin 2004;93(6):825-9.
9. Weissbluth L, Weissbluth M. Infant colic: the effect of serotonin and melatonin circadian rhythms on the intestinal smooth muscle. *Medical Hypotheses*. oct 1992;39(2):164-7.
10. Zwart P, Vellema-Goud MGA, Brand PLP. Characteristics of infants admitted to hospital for persistent colic, and comparison with healthy infants. *Acta Paediatrica Oslo Norway*. mars 2007;96(3):401-5.
11. Rähä H, Lehtonen L, Korvenranta H. Family context of infantile colic. *Infant Mental Health Journal*. 1995;16(3):206-17.
12. Canivet CA, Ostergren P-O, Jakobsson IL, et al. Infantile colic, maternal smoking and infant feeding at 5 weeks of age. *Scandinavian Journal of Social Health*. 2008;36(3):284-91.
13. Bocquet A, Gottrand F, Mouterde O, et al. Quels facteurs de risque des coliques du nourrisson ? A partir de 2 études AFPA (Association française de pédiatrie ambulatoire). *Archives de Pédiatrie*. mai 2014;21(5):344.
14. Paradise JL. Maternal and other factors in the etiology of infantile colic: Report of a prospective study of 146 infants. *Journal of the American Medical Association*. 18 juill 1966;197(3):191-9.

15. Levitzky S, Cooper R. Infant colic syndrome-maternal fantasies of aggression and infanticide. *Clinical Pediatrics*. 2000;39(7):395-400.
16. Maxted AE, Dickstein S, Miller-Loncar C, et al. Infant colic and maternal depression. *Infant Mental Health Journal*. 2005;26(1):56-68.
17. Papousek M, Von Hofacker N. Persistent crying in early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child : Care, Health and Development*. sept 1998;24(5):395-424.
18. McKenzie S. Troublesome crying in infants: effect of advice to reduce stimulation. *Archives of Diseases in Childhood*. déc 1991;66(12):1416-20.
19. Oggero R, Garbo G, Savino F, et al. Dietary modifications versus dicyclomine hydrochloride in the treatment of severe infantile colics. *Acta Paediatrica Oslo Norway*. févr 1994;83(2):222-5.
20. Bruyas-Bertholon V, Lachaux A, Dubois J-P, et al. Quels traitements pour les coliques du nourrisson ? *Presse Médicale*. juill 2012;41(7-8):e404-10.
21. Savino F, Pelle E, Palumeri E, et al. *Lactobacillus reuteri* (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. *Pediatrics*. janv 2007;119(1):e124-30.
22. Szajewska H, Gyrczuk E, Horvath A. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for the Management of Infantile Colic in Breastfed Infants: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Pediatrics*. févr 2013;162(2):257-62.
23. Lucassen P, Assendelft W, van Eijk JTM, et al. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Archives of Diseases in Childhood*. mai 2001;84(5):398-403.
24. Sylla S. La prise en charge des coliques du nourrisson est-elle basée sur des données scientifiques probantes ? Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
25. Lust KD, Brown JE, Thomas W. Maternal intake of cruciferous vegetables and other foods and colic symptoms in exclusively breast-fed infants. *Journal of the American Dietetic Association*. janv 1996;96(1):46-8.
26. Hauvespre B, Farge T. La non-prescription : représentation et vécu des médecins généralistes, étude qualitative à partir de 13 entretiens. Faculté de médecine Lyon Sud. 2012

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

1) *Etes – vous :

- Une femme
- Un homme

2) *Etes – vous :

- Remplaçant
- Installé
- Si vous êtes installé, depuis combien d’années l’êtes-vous ? ...

3) *A quelle tranche d’âge appartenez-vous ?

- Moins de 30 ans
- 30 - 39 ans
- 40 – 49 ans
- 50 – 59 ans
- Plus de 60 ans

4) *Dans quel type de milieu travaillez-vous ?

- Milieu urbain
- Milieu semi-rural
- Milieu rural

5) *Chez les nourrissons de moins de 4 mois, est- ce que les coliques sont un motif de consultation fréquent dans votre cabinet ?

- Oui
- Non

6) Concernant les possibilités thérapeutiques :

- Prescrivez-vous des médicaments allopathiques ?

- ❖ Antispasmodique : trimébutine DEBRIDAT
- ❖ Antispasmodique : phloroglucinol SPASFON
- ❖ Antalgiques : paracétamol
- ❖ Autres (merci de préciser) ...

- Prescrivez-vous des thérapeutiques non allopathiques ?
 - ❖ Homéopathie
 - ❖ Phytothérapie : Calmosine
 - ❖ Probiotiques
 - ❖ Autres (merci de préciser) ...

- Prescrivez-vous un changement de régime alimentaire :
 - ❖ Pour la mère allaitante ?
 - Arrêt de la consommation de produits laitiers
 - Diminution de la consommation de chou / chou-fleur / brocoli / crudités
 - Diminution de la consommation d'œuf / poisson / arachide
 - ❖ Pour le nourrisson ?
 - Changement pour un lait anti-colique
 - Changement pour un autre lait (merci de préciser) ...

- Prescrivez-vous ou conseillez-vous d'autres thérapies :
 - ❖ Massage parental
 - ❖ Kinésithérapie
 - ❖ Ostéopathie
 - ❖ Chiropraxie
 - ❖ Acupuncture
 - ❖ Autres (merci de préciser) ...

- Quels autres conseils pouvez-vous être amenés à communiquer ?

7) Après plusieurs consultations et différentes propositions thérapeutiques, les coliques persistent. Que faites-vous ?

- Prescrivez-vous des examens paracliniques ?
 - ❖ Radiographie de l'abdomen sans préparation
 - ❖ Echographie abdominale
 - ❖ Analyse des selles
 - ❖ Autre (merci de préciser) ...

- *Adressez-vous l'enfant à un confrère ?
 - ❖ Oui
 - ❖ Non
 - ❖ Si oui :
 - Pédiatre
 - Allergologue

8) *Sur ce sujet, vous sentez-vous suffisamment formé ou informé ?

- Oui
- Non
- Si non : souhaiteriez – vous être informé par :
 - ❖ Une revue médicale
 - ❖ La formation médicale continue
 - ❖ L' HAS
 - ❖ Autre (merci de préciser) ...

(* = questions à réponse obligatoires)

Annexe 2 : Lettre adressée aux médecins et accompagnant le questionnaire

Cher (e)s confrères,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de la réalisation de ma thèse pour le diplôme d'études spécialisée en médecine générale intitulée « Evaluation de la prise en charge des coliques du nourrisson par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées », dirigée par le Dr Latrous.

Comme vous le savez, les coliques du nourrisson sont un motif régulier de consultation en médecine générale. Elles sont définies comme la « présence de crises paroxystiques d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs commençant et se terminant sans cause évidente chez un enfant de moins de 4 mois se développant normalement. Les accès doivent durer 3 heures ou plus par jour, au moins 3 fois par semaine et pendant au moins 7 jours» (classification de Rome III – 2006). Elles débutent vers 3 semaines, sont maximum vers la 6ème semaine de vie, puis diminuent ou disparaissent vers 4 mois.

Leur prise en charge n'a pas, à ma connaissance, fait l'objet de recommandations. Nous disposons de plusieurs possibilités thérapeutiques. Je souhaiterais étudier quelles sont vos pratiques.

Répondre au questionnaire vous demandera environ 3 minutes. D'ores et déjà, je vous remercie du temps que vous accorderez à y répondre. Acceptez toute ma reconnaissance dans votre aide à la réalisation de ce travail.

Sincères salutations,

Aurore BISSUEL

Interne en médecine générale.

PS : Si le résultat de ce travail vous intéresse, je vous en adresserai les conclusions avec plaisir. Merci de m'adresser alors vos coordonnées.

Mail :

Tél : 06.

**EVALUATION OF THE MANAGEMENT OF INFANT COLICS BY GENERAL PRACTITIONERS
OF MIDI-PYRENEES**

Toulouse, october 15th 2015

Introduction : Infant colics represent 15% of consultations by general practitioners for infants under 4 months. Despite the lack of recommendations, we would like to know how the general practitioners of Midi-Pyrénées support infant colics.

Method : Descriptive cross-sectional observational study. We sent a survey by e-mail from 06/23/2015 to 07/31/2015 to general practitioners of Midi-Pyrénées registered at URPS.

Results : We studied 289 completed surveys. The most used therapeutics are parental massage (83,4%), anti-colic milk (56,7%), decrease of cruciferous foods and raw vegetables eaten by the mother (53,6%), trimébutine (50,9%) and homeopathy (29,8%). 37 doctors prescribe additional tests. 26 doctors send the family to a colleague. 35,3% of the doctors are not enough qualified on the subject.

Discussion : Take time to explain infant colics and reassure parents are parts of the support. It's important to evaluate parents' anxiety and tiredness to prevent child abuse. It would be necessary to do good studies on infant colics treatments to have recommandations.

Keywords : infant colics, general practice, drug treatments, parental massage, parental reinsurance, medical training

**EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES COLIQUES DU NOURRISSON PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DE MIDI-PYRENEES**

Toulouse le 15 octobre 2015

Introduction : Les coliques représentent 15% des motifs de consultation en médecine générale chez les nourrissons de moins de 4 mois. En l'absence de recommandations, nous avons voulu savoir comment les médecins généralistes de Midi-Pyrénées les prennent en charge.

Méthode : Etude descriptive transversale observationnelle avec envoi d'un questionnaire par mail du 23/06/2015 au 31/07/2015 aux médecins généralistes de Midi-Pyrénées inscrits à l'URPS.

Résultat : 289 questionnaires complets ont été étudiés. Les thérapeutiques les plus souvent conseillées sont le massage parental (83,4%), le lait anti-colique (56,7%), la diminution de la consommation des aliments crucifères et des crudités par la mère allaitante (53,6%), la trimébutine (50,9%) et l'homéopathie (29,8%). 37 médecins prescrivent des examens paracliniques et 26 médecins adressent à un confrère. 35,3% des médecins ne se sentent pas suffisamment formés sur le sujet.

Discussion : Prendre le temps d'expliquer ce que sont les coliques du nourrisson et rassurer les parents font intégralement partie de la prise en charge. Il est important d'évaluer l'anxiété et la fatigue parentale pour prévenir la maltraitance. Il serait nécessaire de réaliser des études de qualité sur les différents traitements afin d'élaborer des recommandations.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : coliques du nourrisson, médecine générale, traitements médicamenteux, massage parental, réassurance parentale, formation médicale

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER – Faculté de Médecine Rangueil

133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Leila LATROUS