



Année 2016

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Quentin MAUPERTUIS

Né le 15 janvier 1988 à Flers (61)

**Les déterminants de la prise en charge du reflux gastro-œsophagien
physiologique chez le nourrisson**

**Quels sont les déterminants de la prise en charge par les médecins généralistes du Loiret
d'un nourrisson présentant un reflux gastro-œsophagien physiologique ?**

Présentée et soutenue publiquement le 10 novembre 2016 devant un jury composé de :

Président de Jury :

Monsieur le Professeur LEBEAU Jean-Pierre, Médecine Générale, PU , Faculté de médecine - Tours,

Membres du jury :

Monsieur le Professeur LESCANNE Emmanuel, Oto-Rhino-Laryngologie, Faculté de médecine - Tours,

Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain, Pédiatrie, Faculté de médecine - Tours,

Monsieur le Docteur RUIZ Christophe, Médecine générale - Neuvy Saint Sépulchre,

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZÉ - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ..	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabète, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Gériatrie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence

LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne Cardiologie

BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ...	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
MONDON Karl Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur LEBEAU qui me fait l'honneur de présider ma thèse.

À Messieurs les Professeurs CHANTEPIE et LESCANNE qui ont accepté de juger mon travail.

Aux dix médecins généralistes du Loiret qui m'ont permis de réaliser ce travail.

À tous mes maîtres de stage pour leurs bons conseils pendant ma formation.

À mes parents et grands-parents pour leur soutien tout au long de mes études et leur relecture

À Mathilde, ma sœur, traductrice et correctrice,

À Christophe, médecin dévoué, inépuisable et pédagogue exceptionnel,

À ma femme et à mon fils, qui me soutiennent chaque jour.

Résumé

Introduction : Le reflux gastro-œsophagien est un motif de consultation fréquent en médecine générale. L'objectif de l'étude est d'observer les facteurs déterminants la prise en charge du médecin généraliste au cours d'une consultation pour un reflux gastro-œsophagien physiologique chez un nourrisson.

Matériel et méthode : Étude qualitative réalisée dans le département du Loiret par entretiens semi-dirigés. Dix entretiens ont été réalisés entre les mois de décembre 2014 et novembre 2015.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés sont confrontés au reflux gastro-œsophagien. Pour la plupart des médecins interrogés il s'agit d'une situation complexe. Les principaux déterminants mis en évidence par l'étude sont l'angoisse parentale, la difficulté diagnostique, la crainte de complication.

Conclusion : Notre étude confirme l'hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes dans une situation de RGO physiologique. Leurs objectifs sont conformes aux recommandations actuelles. La principale source d'hétérogénéité de prise en charge retrouvée est la gestion de l'angoisse parentale.

Mots Clés :

- Médecine générale
- Reflux gastro-oesophagien
- RGO
- Nourrisson

Title

Determining factors in therapeutic decision for physiological gastroesophageal reflux in infants.

What are the determining factors for general practitioners of the Loiret department to pursue care for infants presenting physiological gastroesophageal reflux

Summary

Introduction: The gastroesophageal reflux is a frequent cause for consultation with general practitioners. The aim of this study is to observe the deciding factors for a general practitioner to pursue further care during a consultation for physiological gastroesophageal refluxes.

Material & method: A qualitative study was conducted in the Loiret department through semi-structured interviews. 10 interviews were conducted between December 2014 and November 2015.

Results: The general practitioners interviewed were faced with gastroesophageal refluxes. Most of the interviewed doctors stated that it could be a complex situation. The prime factors brought about by the study are parental anxiety, the difficulty of the diagnostic and the fear of further complications.

Conclusion: Our study confirms the heterogeneity of general practitioners' practices when faced with gastroesophageal refluxes. Their objectives are in line with the current recommendations. The prime source of heterogeneity in their decision to pursue further care is parental anxiety.

Keywords

- General practice
- Gastroesophageal Reflux
- GER
- Infants

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	11
2	MATERIEL ET METHODES	12
2.1	Type d'étude.....	12
2.2	Population étudiée et échantillonnage	12
2.3	Recueil des données.....	12
2.4	Retranscription des données et analyse des résultats.....	13
3	RESULTATS	14
3.1	Caractéristiques du corpus.....	14
3.1.1	Taille de l'échantillon.....	14
3.1.2	Caractéristiques de la population	14
3.2	Analyse des entretiens	15
3.2.1	Les symptômes au premier plan	15
3.2.2	Le vécu des parents	18
3.2.3	La démarche diagnostique :	21
3.2.4	La prise en charge.....	25
3.2.5	Les ressources externes.....	32
4	DISCUSSION	37
4.1	Biais, limites et forces de l'étude	37
4.1.1	Biais	37
4.1.2	Limites et forces de l'étude	37
4.2	Discussion des résultats	37
4.2.1	L'inquiétude parentale	38
4.2.2	La difficulté d'un diagnostic.....	39
4.2.3	La crainte de complications.....	40
4.2.4	La prise en charge, une théorie unanime, des pratiques diverses.....	41
4.2.5	Les déterminants extérieurs au trinôme médecin-patient-parents.....	42
5	CONCLUSION	44
6	BIBLIOGRAPHIE.....	45
7	ANNEXE	48

1 INTRODUCTION

Le reflux gastro-œsophagien (RGO), défini par le passage du contenu gastrique dans l'œsophage, est le trouble digestif le plus fréquent pendant la petite enfance. Il se manifeste le plus souvent par des régurgitations, dont la prévalence dans les enquêtes de population varie de 18 à 50 %.

En l'absence de retentissement sur la croissance ou de symptômes associés, le RGO est dit « simple » ou « non compliqué » ou « physiologique ». L'évolution est le plus souvent spontanément favorable à l'âge de la marche (orthostatisme, introduction d'aliments solides, maturation digestive...)

Le RGO est un motif fréquent d'inquiétude des parents et un motif de consultation en soins primaires.

La distinction entre RGO physiologique (ou non compliqué) et pathologique (associé à des complications) est souvent difficile à faire du fait d'un continuum de situations entre physiologique et pathologique. Un travail international a été réalisé en 2009 [1] pour essayer de préciser les limites du physiologique et pathologique.

D'après un précédent travail de thèse par Magali Roussenac en 2012 [2], 55% des médecins généralistes répondants disaient être souvent confrontés au RGO.

Seulement 44,9% des médecins estimaient qu'il s'agissait d'un diagnostic facile et 39.2% n'étaient pas à l'aise avec cette situation. 61% des médecins étaient demandeurs d'information sur le sujet.

Dans un second travail de thèse, Philippe-Édouard DENIS et Briec DUMOULIN de 2008, 39% des médecins interrogés prescrivaient un traitement médicamenteux en première intention [3],

Ces deux travaux montrent d'une part la difficulté des médecins généralistes devant cette situation fréquente et d'autre part un taux de prescription de traitement médicamenteux très important.

Des recommandations internationales ont été publiées en 2009 pour limiter la prise en charge médicamenteuse du RGO physiologique du nourrisson [4].

L'objectif de notre étude est d'observer les déterminants de la prise en charge par les médecins généralistes d'un reflux gastro-œsophagien physiologique chez un nourrisson.

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés à partir d'un échantillon de médecins généralistes du département du Loiret.

2.2 Population étudiée et échantillonnage

Dix médecins généralistes du Loiret ont été interrogés.

Critères d'inclusion :

- être médecin généraliste
- exercer dans le Loiret
- être installé dans un cabinet de médecine libérale

Critères d'exclusion :

- exercer dans un autre département
- être interne ou remplaçant
- avoir une activité de pédiatrie exclusive
- exercer une autre spécialité

Le choix des médecins généralistes interrogés a été fait de façon à obtenir un échantillon hétérogène représentatif de la population de médecins généralistes du département et pour avoir le plus de réponses diversifiées possibles.

Le recrutement a été fait pour obtenir un échantillon raisonné selon le sexe, l'âge, le lieu d'exercice, le mode d'exercice, les formations complémentaires et l'implication dans la formation des étudiants [5].

Le sujet de thèse et le mode de recueil par entretiens enregistrés ont été expliqués aux médecins par téléphone ou directement au cours d'une rencontre, ainsi que l'assurance de leur anonymat.

2.3 Recueil des données

Un guide d'entretien a été établi à partir d'une revue de la littérature et d'hypothèses en résultant. [5]

Un entretien test a été réalisé. Il n'a pas entraîné de modification du guide d'entretien.

Les entretiens ont été réalisés entre les mois de décembre 2014 et novembre 2015 au sein de leurs cabinets de médecine générale respectifs.

Après avoir présenté rapidement la question de recherche, expliqué le mode de recueil des données et assuré l'anonymat des médecins, l'entretien a pu démarrer.

La saturation des données a été ressentie au neuvième entretien, un dixième entretien a été réalisé pour confirmer la saturation des données [5].

Le recueil de données a été fait par entretiens semi-dirigés avec des questions ouvertes permettant aux médecins de s'exprimer librement et d'aborder les thèmes qu'ils jugeaient importants [5].

2.4 Retranscription des données et analyse des résultats

Chaque entretien a été enregistré sur un support audio puis retranscrit intégralement mot à mot pour créer des verbatim [6].

L'approche analytique a été choisie avec une analyse par théorisation ancrée [6] [7]. Il n'y avait pas de codes préétablis. Ils ont émergé des données des entretiens en étant toujours centrés sur la question de recherche. Un code étant une unité de sens, un segment de texte [5].

L'analyse descriptive a ensuite débuté et a suivi plusieurs étapes :

- L'appréhension globale du contenu par plusieurs lectures attentives des verbatim
- Le codage libre « ouvert » qui permet d'analyser les contenus des verbatim et d'en ressortir les différents codes
- Le codage « axial » qui permet de rassembler les données recueillies et d'assembler les codes selon des thèmes
- Le codage « matriciel » ou sélectif qui permet de choisir les thèmes en fonction du sujet de recherche

3 RESULTATS

3.1 Caractéristiques du corpus

Taille de l'échantillon

Douze entretiens ont été enregistrés entre les mois de décembre 2014 et novembre 2015 au sein des cabinets médicaux des médecins généralistes interrogés.

Les entretiens ont une durée de 7 minutes 03 secondes à 14 minutes 09 secondes.

Caractéristiques de la population

Tableau 1 : Caractéristiques d'âge, de sexe, de lieu d'installation et de formations en rapport ou non avec la pédiatrie des médecins généralistes interrogés

Médecin (M)	Sexe	Âge	Année d'installation	Formation pédiatrique	Autres formations	Type d'exercice
M1	Femme	58	1985	-	Maitre de stage FMC Lecture de revues	Urbain* Seule
M2	Homme	54	1993	Certificat de pédiatrie préventive	Maitre de stage FMC Lecture de revues	Semi-urbain En groupe
M3	Femme	44	2002	-	Maître de stage FMC Lecture de revues Réception de laboratoires	Urbain En groupe
M4	Homme	60	1984	-	Lecture de revues médicales	Urbain, groupe
M5	Homme	67	1978	-	FMC Lecture de revues	Semi-urbain En groupe
M6	Homme	49	2001	-	Maitre de stage, FMC, Groupes qualités Lecture de revues	Semi-urbain En groupe
M7	Femme	55	1989	-	Maître de stage FMC (organisation) Lecture de revues	Semi-urbain En groupe
M8	Homme	53	1991	-	Lecture de revues	Semi-urbain En groupe
M9	Homme	31	2013	-	FMC, participation à des études Lecture de revues	Semi-urbain En groupe
M10	Homme	53	1995	-	Maitre de stage, groupe qualité, Lecture de revues	Semi-Urbain En groupe

La qualification Urbain / Semi-Urbain / Rural était celle perçue par le médecin interrogé.

3.2 Analyse des entretiens

Les symptômes au premier plan

L'analyse sémiologique est le premier élément qu'évoquent les médecins de l'étude.

À commencer par l'anamnèse :

Avec l'âge :

« L'âge » M2 M7

« Puis l'âge auquel ça a commencé » M7

Les antécédents de l'enfant :

« Antécédents pathologiques » M4

La chronologie :

« Depuis quand ça dure » M4

« Fréquence » M4

« La répétition » M2 M6

« Qu'est-ce qu'ils ont fait jusque-là » M4

Et les symptômes rapportés par les parents, avec en premier lieu les termes de reflux / régurgitation :

« Des symptômes » M8

« Reflux » M2 ; M3 M8 M9

« Des reflux c'est très fréquent » M9

« Reflux simple, non pathologique » M9

« Rejet » M8

« Régurgite » M1 M2

« Régurgitation » M2 M8 M9

« Régurgitait » M7

« Il régurgite ça sort tout seul il y en a partout » M7

« La plupart du temps l'enfant régurgite sans aucun symptôme associé, sans pleurer, sans avoir d'autres choses » M1

Le terme de reflux était souvent associé à une notion de fréquence :

« Qui régurgitait sans arrêt » M1

« Régurgitations très fréquentes » M9

« Que la maman de l'autre côté nous dit qu'il régurgite, qu'il régurgite... » M8

La plupart évoquaient aussi le terme de vomissements :

« Vomit » M1

« vomissement » M5 M8 M10

« vomissements en jet » M5

« Des vomissements précoces/tardifs » M8

« Le gamin peut vomir en plus » M2

- « Plus manger ou à manger tout le temps et vomir dès qu'il mange » M2
- « Sans qu'il vomisse » M6

La plupart des médecins interrogés associaient également des symptômes ORL ou respiratoire à la notion de RGO, notamment la toux :

- « Toux » M2 M4 M5 M6 M7 M10
- « C'est les toux liées au reflux » M7
- « Ça tousse » M6

La chronologie de la toux leur semblait alors importante :

- « La toux positionnelle. » M5
- « Allongé » M7
- « Toux nocturne » M2
- « Toux persistante » M9
- « Tousse toute la nuit » M2
- « Les moments de la toux » M5
- « S'il est couché » M2

Certains médecins évoquaient aussi la répétition d'épisodes infectieux ORL :

- « Otites » M6
- « Otites à répétition » M9
- « Otites et les otalgies » M10
- « Infection à répétition » M6
- « Symptômes ORL à répétition » M9
- « Hoquet » M2
- « Mycose buccale récidivante » M2

Ou de pathologies respiratoires :

- « De soucis respiratoires » M4
- « D'asthme futur » M4
- « Histoires respiratoires répétées » M4
- « Wheezing » M4
- « Sibilants » M4
- « Complications respiratoires » M4

L'analyse de l'alimentation revenait chez tous les médecins, en termes qualitatifs :

- « Si l'enfant est allaité » M2
- « Ce qu'il boit comme lait » M2
- « Mange pas bien » M2
- « Enfant qui mange pas » M3
- « Difficultés d'alimentation » M8
- « Ce qu'il mange » M2
- « Ça mange plus » M6
- « Prise des biberons » M9
- « A faim » M2

Ou quantitatifs :

- « Les changements alimentaires, dans la fréquence, dans la durée des biberons, dans les quantités... » M8
- « Va boire plus, plus souvent, par petites quantités » M8
- « Quelles quantités, comment » M2
- « Quantités de liquides » M2
- « Ce qu'il prend » M2
- « Évaluer la prise alimentaire » M9
- « L'enfant boit bien, c'est des bonnes quantités, la courbe de poids est bien » M8
- « Chez un enfant qui boit moins à chaque fois, qui prend plus de biberons » M8
- « Rot tardif » M2

Ainsi que la recherche d'un retentissement staturo-pondéral en terme de poids, taille et courbes de croissance :

- « Grossissait moyen » M1
- « Grossit moins » M2
- « Le poids » M4 M9
- « Prise de poids » M7
- « Prise de poids insuffisante » M8
- « Maigrit ou qui ne prend pas de poids » M10
- « Prend pas de poids » M10
- « Bonne prise pondérale » M9
- « Sa courbe de croissance » M6
- « Sur la courbe de poids » M8 M9
- « Casse sa courbe de croissance » M2
- « Courbe de poids qui se casse » M8
- « La croissance est là » M3
- « Taille » M9
- « Répercussions sur son poids » M6
- « Grossissent quand même » M2
- « L'impression qu'il grossissait pas, » M1
- « Mon autre indice c'est la courbe de poids, l'état général de l'enfant » M1

Des signes subjectifs de pleurs et de douleurs étaient évoqués par presque tous les médecins :

Les pleurs :

- « Pleure » M1 ; M3, M6 M7 M8 M9 M10
- « Pleure la nuit » M7
- « Pleurs du nourrissons » M9
- « Des pleurs incessants » M9

La douleur :

- « Douloureux » M2
- « Souriant, n'a pas mal, ne souffre pas » M3
- « Avoir mal » M8
- « Enfant qui bouffe son nainain. Pour se calmer » M10

Souvent associés chronologiquement à l'alimentation :

- « Quand il mange a mal » M3
- « Notamment pas immédiatement après la prise des biberons » M9
- « La douleur quand il tète » M7
- « Qui a mal pendant les tétées » M8
- « Pleurs lors de la prise des biberons » M9
- « Douleurs per prandiale » M8
- « Douleurs pendant les biberons » M8
- « Pleurs ou non pendant les repas » M9
- « Stigmates de douleurs quand ça remonte » M6
- « Ils sont juste mal sur le plan digestif » M2

Certains des médecins associaient également le RGO à des troubles du sommeil :

- « Altération du sommeil et de l'appétit » M2
- « Des réveils un peu difficiles » M6
- « Il dormait mal, il s'endormait, il se réveillait, y'avait un truc qui le gênait » M6
- « Fatigué, qui ne dort pas » M10
- « Se réveille la nuit » M2
- « Tousse la nuit » M2

Le vécu des parents

M1 et M6 se représentaient un couple jeune, consultant pour leur premier enfant :

- « Jeune couple » M1
- « Souvent le premier enfant » M1
- « Des primipares ? (rires) » M6
- « Des primipares c'est quand même un problème, bon je pense que les coliques c'est au-dessus. Mais y'a le reflux, les coliques et les pleurs du soir. Mais effectivement quand elles ont plusieurs enfants c'est moins embêtant. » M6

Pour M3 les parents pouvaient être une ressource par la connaissance qu'ils avaient de leur enfant :

- « Il connaît mieux que toi son gamin » M3

Pour M4 les parents pouvaient aussi être en partie à cause du problème par un apport alimentaire excessif :

- « Y'a des parents qui nourrissent trop les gosses quand même » M4
- [À propos des habitudes des parents] « Difficiles à changer hein » M4

Pour M2 il ne s'agissait pas d'un motif de consultation en soi :

- « Ils ne viennent pas pour ça » M2
- « Ils viennent pour des symptômes pas pour un reflux » M2
- « Souvent ils ne connaissent pas le reflux. » M2

Les symptômes étaient reliés à une répercussion négative importante sur la vie des parents :

- « Répercussions sur sa vie à lui, sa qualité de vie, sur la qualité de vie des parents » M6
- « Qualité de vie des parents, l'angoisse des parents » M6
- « Symptôme gênant » M2

Le vécu semblait difficile pour les parents :

- « Ça peut être mal vécu un reflux chez un nourrisson » M2
- « C'est gênant pour l'enfant et les parents » M2
- « Ça ennuie beaucoup les parents » M6
- « Ça pose question aux parents » M1
- « Les parents disent « il régurgite ça sort tout seul il y en a partout » » M7
- « Le gamin peut vomir en plus » M2
- [À propos des parents]« pour eux RGO c'est vomissement » M3

Avec des symptômes envahissants par leur fréquence :

- « C'est surtout la répétition » M2
- « Tout le temps grognon » M1
- « Qui régurgitait sans arrêt » M1
- « Ça peut être difficile dans certains cas avec des pleurs incessants » M9
- « La mère n'en pouvait plus, elle le changeait 5-6 fois par jour » M1
- « Pour les parents c'est surtout des rejets, des reflux, des bavoirs à changer. » M8
- « Symptômes ORL à répétition » M9

Et une perturbation de la vie nocturne :

- « Tousse toute la nuit » M2
- « Ça les réveille la nuit » M2
- « Ils sont réveillés » M2

L'inquiétude parentale revenait dans le discours de la plupart des médecins :

- « Décrypter derrière "qu'est-ce qui vous fait peur ?" » M3
- « Qu'est-ce qui vous inquiète ? » M3
- « Ça inquiète les parents » M6
- « Les parents inquiets » M10
- « Quand ça sort tout le temps ça finit par les inquiéter » M7
- « Inquiétude de la maman » M9
- « Inquiète un peu les parents » M1
- « Inquiéter la maman » M9
- « Les parents inquiets » M10
- « Puis l'autre c'est des fois gérer les mamans un peu inquiètes quoi... » M8
- « Le gros du reflux pour moi c'est ça, le truc hyper simple qui inquiète un peu les parents » M1

Avec une angoisse notamment vis-à-vis de l'alimentation et de la croissance de leur enfant :

- « L'impression qu'il grossissait pas » M1
- [Parlant de la représentation du RGO pour les parents]« L'enfant ne va pas... Est mal nourri » M3
- [Parlant de la représentation du RGO pour les parents]« RGO = vomissement, mal nourri » M3

Ces inquiétudes et angoisses pouvant prendre des proportions très envahissantes :

- « L'angoisse des parents elle est primordiale » M5
- « Très angoissant pour les parents » M2

- « Le degré d'angoisse des parents » M6
- « Angoisse terrible quoi » M2
- « Si on sent que vraiment ils sont très angoissés » M6
- « Ça peut être super lourd à gérer » M2

Les médecins exprimaient des difficultés à cerner les attentes des parents sur le sujet :

- « Je ne sais pas, j'ai un peu de mal à me représenter » M1
- « Je n'en sais rien » M4

Certains estimaient que les parents recherchaient avant tout la « guérison » de leur enfant, c'est-à-dire l'arrêt des symptômes :

- « Que l'enfant arrête de tousser ! » M5
- « Que ça s'arrête parce que ça les inquiète de voir toujours tout ressortir. » M7
- « Eh bien guérir leur bébé... Donc trouver une solution pour qu'il puisse manger normalement, prendre du poids, dormir, plus tousser... Avoir un bébé idéal. » M10
- « L'attente d'un soulagement de leur enfant » M9
- « Médicament qui pourrait enfin les soulager » M9
- « Qu'ils n'aient plus de reflux, qu'ils ne pleurent plus, qu'ils soient... « normaux » selon la norme que eux estiment comme étant la norme. » M9
- « Les mamans elles veulent pas qu'ils régurgitent » M8
- « Qu'eux ils veulent faire disparaître les symptômes, donc le rejet » M4

Cette demande de suppression des symptômes était interprétée par les médecins comme une demande de solution médicamenteuse :

- « Souvent il y a une demande médicale, médicamenteuse » M8
- « Attendraient peut être qu'on le traite » M1
- « Ils sont souvent demandeurs de médicaments » M4

Pour M4 l'attente des parents était uniquement liée au reflux et pas à la crainte d'éventuelles complications,

- « Je ne pense pas qu'ils soient trop au fait des autres complications du RGO » M4

Tandis que pour M6 la peur de complications est prédominante :

- « Savoir si c'est grave, savoir si éventuellement c'est signe d'une maladie grave » M6
- « Parents anxieux qui se demandent si ce n'est pas une maladie ou si ça ne risque pas de le rendre malade » M1
- « Qu'ils se demandent si leur enfant pourra boire et prendre du poids » M6

Il pouvait en découler un inconfort pour les médecins qui n'estimaient pas nécessaire le traitement médicamenteux :

- « Qui est pas toujours forcément médicalement justifiée » M8
- « Les parents aimeraient bien que le gamin arrête le reflux sauf qu'il faut attendre qu'il murisse un peu » M2

D'autres parmi les médecins interrogés estimaient que les parents étaient surtout demandeurs d'explications et de réassurance :

« Comprendre ce qui se passe » M5
 « Les rassurer sur la gravité » M7
 « J'ai l'impression que pas mal de fois ils attendent surtout qu'on leur explique » M1
 « Qu'eux ils comprennent ce qu'on leur dit avec un langage simple, clair, pour qu'ils soient plus patients... ou pour qu'ils acceptent d'être plus patients » M5
 « C'est un mot un peu abstrait pour les gens » M5
 « Qu'on leur explique que ce n'est pas grave déjà ça les rassure, qu'ils grossissent bien ça les rassure » M7

Pour M2 et M6 la difficulté était variable suivant les parents auxquels ils s'adressent :

« Ça dépend des parents si ce sont des parents hyper angoissés parce que le gamin est pas bien, qu'ils ont peur de tout, qu'il ne soit pas bien, qu'il soit malade, qu'il meure, tout ça, c'est un peu... Ils peuvent être très stressés les parents, et puis par ailleurs il y a des parents qui sont, bon, je ne sais pas ils acceptent bien les choses, c'est très variable » M2
 « Que des primipares c'est quand même un problème, bon je pense que les coliques c'est au-dessus. Mais y'a le reflux, les coliques et les pleurs du soir. Mais effectivement quand elles ont plusieurs enfants c'est moins embêtant. » M6

Pour M8 il existait clairement une divergence d'objectif sur la consultation entre les parents et les médecins :

[Parlant des attentes des parents] « Elles sont plus grandes que celles des médecins. » M8
 « Le reflux de la maman est pas tout à fait celui, enfin pour moi hein, du médecin » M8

Les médecins étaient dans l'ensemble plus focalisés sur le ressenti des parents que sur celui de l'enfant :

« Sans ça les gamins ça va quand même, ils grossissent quand même, en général ils ne sont pas altérés, ils sont juste mal sur le plan digestif, c'est à peu près tout. » M2
 « Un enfant qu'on t'amène après avoir changé son lait 3-4 fois » M1

La démarche diagnostique :

Le ressenti global des médecins interrogés était très hétérogène, pour certains il s'agit d'un sujet facile :

« Globalement non, on s'en tire assez bien. » M10
 « Et ça se passe très bien... » M5
 [À propos de la difficulté ressentie sur le sujet] « Non. Si c'est difficile pour moi ce sera pour l'enfant aussi. Ce sera pour les parents aussi. » M3
 [À propos de la difficulté ressentie sur le sujet] « Pour ma pratique non » M8
 « Je ne me sens pas démunie » M7
 [À propos de la difficulté ressentie sur le sujet] « Ben non parce qu'on a ce qu'il faut... » M7

Pour d'autres, la réponse était plus nuancée, évoquant des situations généralement simples mais parfois plus complexes :

« Non je ne trouve pas tellement, des fois il peut y avoir des situations difficiles... » M1
 [À propos de la difficulté ressentie de la consultation] « Non non... » M5
 « Les RGO c'est 9 fois sur 10 pas compliqué » M10
 « Le truc standard qui constitue 80 % des reflux c'est pas tellement difficile je pense. » M1

Enfin pour certains la consultation peut clairement être ressentie comme difficile :

- « Oui oui c'est souvent difficile oui » M2
- « Demande du temps » M2
- « Ça peut être super lourd à gérer » M2
- « Un sujet finalement assez complexe » M4
- « Très vaste » M9
- « Ça peut être difficile » M9
- « Ce n'est pas toujours évident, à mon avis. » M9
- « Je suis bien emmerdé » M4
- [A propos de ce que lui évoque le terme de RGO chez le nourrisson] « Souvent pas grand-chose, honnêtement » M3

Pour certains c'était la prise en charge qui était mise en avant comme difficile :

- « Ce n'est pas facile à traiter d'emblée » M2
- « Ce n'est pas toujours si simple que ça de traiter... Ou de s'occuper du reflux des nourrissons » M7

Pour M9 l'errance diagnostic devant les symptômes était difficile :

- « Ça peut être difficile dans certains cas avec des pleurs incessants pour lesquels on ne trouve pas forcément de cause, ou symptômes ORL à répétition devant lesquels on peut errer un bon moment avant qu'un pédiatre, souvent, mette en évidence un reflux et dise « Oh bah c'est à cause du reflux ! »... Peut-être que parfois le reflux a bon dos aussi. Ce n'est pas toujours évident, à mon avis. Et puis pour le traitement c'est pas évident non plus » M9

Le RGO était perçu comme généralement bénin par les médecins :

- « Ça s'arrêtera un jour ou l'autre en faisant attention à la façon de le nourrir et éventuellement en le traitant. » M2
- « Pour moi c'est souvent physiologique, la majeure partie des gamins. » M3
- « 99% c'est un RGO physio » M3
- « Régurgitations simples non pathologiques » M9
- « Il y a des fois où c'est pas grand-chose quand même » M4
- « Des fois où c'est pas méchant » M4
- « C'est quand même anodin.... » M6
- « Les pathologies gravissimes, on en rencontre pas tous les jours » M3
- « Pathologie bénigne, fréquente, de traitement pragmatique, empirique » M5
- « Je ne suis pas un homme angoissé là-dessus » M5
- « J'ai vraiment pas l'impression qu'il a mal parce qu'il ne pleure pas et que je vois pas de complications qui se mette en place, qu'il tousse ou une bronchiolite, ou qu'il se réveille la nuit; je dis toujours que ça va aller. La plupart du temps quand même c'est vrai. » M1
- « Sans ça les gamins ça va quand même, ils grossissent quand même, en général ils ne sont pas altérés, ils sont juste mal sur le plan digestif, c'est à peu près tout. » M2

Mais la plupart des médecins évoquaient quand même la crainte de complications :

- « Grave » M10
- « Signes de gravité » M10
- « RGO massif... » M10
- « Après il y a toujours des cas compliqués... Ou qui peuvent être compliqués... » M10

« Là où c'est ennuyeux c'est quand on commence à se demander s'il y a une œsophagite, qu'il pleure beaucoup, des reflux différés, ou des complications pulmonaires ou ORL... » M1,
 « Après là où je suis gêné c'est quand j'ai des doutes sur une œsophagite » M8
 « Plutôt la répétition des épisodes infectieux ou pseudo infectieux » M4
 « J'ai dû voir 2 gamins qui avaient une vraie œsophagite » M3
 « Enfin anodin, ça peut être bénin mais quand même rechercher si y'a pas autre chose qui peut évoquer des complications » M6
 « Peut faire des malaises » M6
 « Malaise » M9
 « Après ce qui est embêtant aussi c'est les toux liées au reflux, et ça c'est plus compliqué à gérer, on est plus lourds en traitement. » M7

Ou d'erreurs diagnostique avec la crainte d'une sténose du pylore évoquée :

« Sténose du pylore » M7
 « Donc quand tout va bien et qu'il commence à régurgiter en jet à 3 semaines c'est pas une simple régurgitation. Ce sont les sonnettes d'alarme... » M7

D'une allergie aux protéine de laits de vache :

« Vraie allergie aux protéine de lait de vache et il a été miraculé par le changement de lait » M1

D'une œsophagite :

« Œsophagite » M7 M8 M9
 « Là où c'est ennuyeux c'est quand on commence à se demander s'il y a une œsophagite, » M1
 « Signes cliniques d'œsophagite » M3

Ou d'une invagination intestinale aigüe :

« Invagination intestinale aigüe » M7
 [Parlant d'un cas de sténose du pylore] « Ne pas passer à côté d'une sténose du pylore, ce qui est arrivé à mon ex associée. Enfin elle n'est pas passée à côté mais elle m'a dit tu te rends compte il était plus âgé que l'âge prévu, il régurgitait, régurgitait, il a fini par atterrir aux urgences c'était une invagination intestinale aigüe, elle en était malade. Voilà c'était il y a longtemps, première associée. » M7

Certains médecins faisaient part de difficultés à évaluer les conséquences du RGO et de ses complications éventuelles :

« Quand c'est un truc tout récent c'est quand même moins grave que quand il y a eu plusieurs épisodes respiratoire et tout ça... » M4
 « Qu'on le sous-estime un peu... Quand même... Dans les conséquences » M4
 « Je pense que c'est sous diagnostiqué, l'œsophagite » M8
 « Mais il me semble que le reflux immédiat, indolore me paraît parfaitement bénin, le reflux déjà différé une heure ou deux après je me demande si ce n'est pas un peu moins normal mais peut être que c'est tout à fait aussi banal » M1
 « J'ai toujours l'impression qu'il y a plus de risque que ça fasse mal quand c'est différé, mais c'est peut-être une idée que je me fais par ce que je me dis que le lait doit être plus digéré donc plus acide, enfin voilà... » M1

Pour M5 l'attitude du médecin était aussi responsable de la fréquence du diagnostic et des symptômes qu'on lui imputait :

« Mais tu vois [Dr X, collègue] en prescrit beaucoup plus, il est plus axé, il en trouve beaucoup plus tu vois, à tort ou à raison, je ne sais pas, c'est nos attitudes aussi... » M5

Pour le diagnostic et l'évaluation de la gravité les médecins disaient se reposer essentiellement sur la clinique :

« Je parle du reflux quand il y a quelque chose qui ressort, c'est tout » M1

« Mon principal indice c'est est ce que ça a l'air de gêner l'enfant ? » M1

« Mon autre indice c'est la courbe de poids, l'état général de l'enfant » M1

« Je vois rarement des difficultés de prise de poids ou alors je pense à autre chose quand même qu'un simple RGO » M4

Certains médecins faisaient appel au traitement empirique comme confirmation diagnostique :

« Diagnostic empirique, le traitement marche c'est très bien » M5

« ... C'est tellement empirique quoi » M8

« Si ça marche c'est très bien, si ça marche pas on est embêtés » M5

« Que de l'expérience, de l'intuitif » M2

« Il m'arrive souvent de traiter empiriquement à l'aveugle quoi » M8

« On traite et on voit quoi » M8

« C'est tellement empirique quoi... » M8

Les examens complémentaires disponibles n'étaient pas identifiés comme des ressources :

« Je crois que je n'envoie quasiment jamais pour faire des pH-métries » M1

« Un peu abstrait aussi pour les médecins dans le sens où on n'a pas d'examen complémentaire » M5

« Après les examens c'est vite lourd, compliqué et c'est vite débrouille toi quoi » M8

« ... J'aurais aimé un examen facile d'accès qui puisse me dire il y a une œsophagite ou pas quoi » M8

Ils étaient considérés comme difficiles à réaliser ou trop invasifs :

[Parlant de la pH-métrie] « Petit peu inhumain quand même comme truc » M1

« La fibro chez le nourrisson c'est difficile... » M5

Ou difficiles d'accès :

« Pédiatrie, pH-métrie, quand ils veulent bien le faire... Et après je passe la main » M2

« Très peu de pédiatre » M1

« Les pédiatres ici on est très pauvres, donc non je n'ai pas de contact pédiatrique, c'est d'ailleurs une des choses qui me manque... » M10

« Ici les pédiatres ne sont quasiment qu'à l'hôpital [...], ils ont pas l'air de beaucoup s'occuper du reflux » M1

M8 faisaient le parallèle avec les coliques du nourrisson pour lesquels on ne demande pas d'examens complémentaires :

« bon on a pareil pour les colites, on ne fait pas plus de coloscopie non plus... » M8

M2 au contraire rapportait une situation où la prise en charge avec la pH-métrie était une réussite, mais chez un enfant plus grand que ceux ciblés initialement dans notre étude :

« Enfin il avait vu un gastroentérologue, et il a eu une pH-métrie avec nettement un reflux, le ph qui descendait, il a été opéré vers 4-5 ans, a eu un Nissen, depuis il va très bien. Ça ça m'est arrivé une seule fois. » M2

La prise en charge

La vision de la thérapeutique par le médecin était marquée par l'absence de réponse pharmacologique possible :

« Que j'ai plus de médicaments pour traiter. » M4
« Qu'on était bien ... dépannés par le Prepulsid° quand ça existait toujours » M4
« Au niveau thérapeutique je me sens un peu gêné » M4
« Pour le traitement c'est pas évident non plus » M9
« C'est un peu embêtant parce que justement on est un peu désarmés » M4
« Y'a plus de médicaments » M4
« Donc on peut plus rien utiliser donc » M6

La plupart des médecins interrogés étaient réticents à la prescription d'un traitement médicamenteux dans le cadre du RGO :

[À propos des traitements médicamenteux] « Moi en tout cas j'y vais toujours à reculons » M9
« Sans traitement. Dans un premier temps. Après on voit s'il y a des complications ou si on n'arrive pas à gérer le reflux avec des traitements positionnels ou autres, enfin j'essaie d'éviter le traitement médical en général. » M2
« Je crois l'attitude, comment dire... de pas sauter sur... Moi je ne suis pas... Les médocs, bon, ça va quoi » M3
« Faire en sorte sans traitement qu'on puisse améliorer le reflux » M2
« Je prescris peu d'anti-reflux, peu de protecteur gastriques chez les nourrissons » M5
« Mais ce n'est pas moi qui vais leur instaurer des IPP. » M6
« Je pense que les médecins généralistes, notre problème à nous c'est qu'on a un petit peu tendance à ; de façon naturelle, à trop prescrire, à médicaliser un peu les choses et je ne sais pas actuellement ce qu'est l'opinion des pédiatres, puisque les opinions changent donc qu'est-ce que l'opinion actuelle des pédiatres, est ce que c'est : finalement c'est un truc pas méchant... En tout cas je n'ai pas l'impression que ça rende beaucoup malade les nourrissons que je vois. » M1

Pour M6 il s'agissait de « gagner du temps » en repoussant le traitement médicamenteux à plus tard :

« Qu'on pourra toujours revoir le problème APRÈS si effectivement ça ne marchait pas » M6
« C'est avec le temps que ça va s'arranger, donc si on pouvait gagner un peu de temps » M6
« ... A la marche on sait que ça va aller mieux déjà... Ça va rentrer dans l'ordre, donc pour arriver à les faire patienter » M7

Ils justifiaient cette attitude par une balance bénéfice-risque qui leur semblait défavorable :

« Comme on considère que c'est pas grave, qu'on va pas prendre de risques pour un truc qu'est pas très grave » M6

« Je crois que j'ai complètement arrêté de prescrire du Motilium car je me suis dit que le risque de toxicité était beaucoup plus important que ce qu'on pouvait imaginer dans la pathologie.... » M1

« Mon opinion, mais c'est parfaitement subjectif, c'est que c'est un peu trop médicalisé encore... Car à un moment tous les enfants avaient Motilium, Prepulsid, tous ces trucs là qu'on a arrêté, surtout le Prepulsid, en se rendant compte que c'était dangereux pour le rythme cardiaque. » M1

Certains préféraient laisser la prescription au spécialiste :

« Alors je prescris très peu moi-même » M9

« Ouh il y a bien longtemps que j'en ai pas prescrit... Et en général je n'ai pas besoin. C'est souvent le bébé qui a besoin d'avoir un avis spécialisé qui se retrouve.... Je prescris rarement moi-même... Ce qui n'était pas le cas au départ. » M10

L'attitude des parents semblait avoir un rôle dans la réalisation d'une prescription médicamenteuse pour la plupart des médecins :

« Comme ils sont très inquiets on finit par monter » M7

[À propos de l'influence de l'attitude des parents sur la réalisation d'une prescription] « Alors effectivement... Tout dépend le degré d'angoisse des parents » M6

[À propos de l'influence de l'attitude des parents sur la réalisation d'une prescription] « Y'a des gens dans leur manière d'exprimer leurs plaintes, leurs inquiétudes ils finissent par te faire dire « bon allez... » » M1

[À propos de l'influence de l'attitude des parents sur la réalisation d'une prescription] « Ah oui oui... Ouais... Beaucoup » M5

« L'anxiété parentale est majeure, comment dirais-je, dans l'ordonnance, que ce soit pour le reflux ou autre chose. » M5

À propos de l'influence de l'attitude des parents sur la réalisation d'une prescription] « Je ne sais pas, honnêtement je sais pas.... Ce serait un peu prétentieux de ma part de dire que non, que je suis sûre que non, probablement que oui, » M1

Certains médecins ressentait et exprimaient clairement une pression pour une prescription médicamenteuse :

« L'explication ne suffit pas toujours. Faut les améliorer quoi. » M2

« C'est pas facile de répondre négativement à une demande parce que nous de notre côté l'enfant boit bien, c'est des bonnes quantités, la courbe de poids est bien alors que la maman de l'autre côté nous dit qu'il régurgite, qu'il régurgite... » M8

« Ils sont souvent demandeurs de médicaments » M4

[À propos des traitements médicamenteux] « Qu'il y a une grosse demande quoi... » M4

Seul M3 disait n'être pas influencé par l'attitude des parents :

[À propos de l'influence de l'attitude des parents sur la réalisation d'une prescription]

« Non. » M3

Le but exposé par la plupart des médecins pour la prise en charge initiale était d'abord de cibler la demande et les inquiétudes des parents pour les rassurer :

« Je crois qu'il faut revenir de temps en temps au savoir écouter, savoir cibler la plainte et la crainte du parent, savoir écouter fortement le parent car il connaît mieux que toi son gamin et savoir décrypter derrière "qu'est-ce qui vous fait peur ? » M3

« Bien leur expliquer qu'en fait que c'est un reflux, c'est naturel, enfin c'est pas forcément une maladie » M2

« C'est vrai qu'une fois qu'on leur explique que ce n'est pas grave déjà ça les rassure, qu'ils grossissent bien ça les rassure » M7

« De les rassurer, de leur montrer que leur enfant est souriant, n'a pas mal, ne souffre pas, que la croissance est là. Donc point, on en fait rien. » M3

« Quand tu les as écoutés, que tu as examiné l'enfant, que tu les as rassurés, ils ne reviennent plus te voir pour ça » M3

« Les régurgitations simples c'est assez simple de rassurer les parents » M9

« Les rassurer, chose très importante » M6

« Qu'est-ce qui vous inquiète? » M3

« Leur expliquer et puis essayer de traiter » M2

« Les écouter et... Point. » M3

« Déjà rassurer les parents, c'est quand même anodin » M6

Pour rassurer les parents M1 et M6 s'attachaient à la notion de complication :

« Si je n'ai vraiment pas l'impression qu'il a mal parce qu'il ne pleure pas et que je vois pas de complications qui se mettent en place, qu'il tousse ou une bronchiolite, ou qu'il se réveille la nuit, je dis toujours que ça va aller. La plupart du temps quand même c'est vrai. » M1

« Rechercher et faire remarquer aux parents pour savoir s'il n'y a pas de complications » M6

M3 leur expliquait l'évolution naturelle des symptômes,

« Je leur explique déjà d'emblée quand ils viennent et que je vois que l'enfant grandit, qu'il n'est pas douloureux, je leur explique que c'est quelque chose qui va récidiver, qui va s'estomper avec le temps » M3

M6 y rajoutait une compréhension du mécanisme du reflux :

« Effectivement si on leur dit que ce n'est pas grave... Qu'il n'y a pas de signe de "gravité", que y'a pas de répercussion sur la vie de tous les jours, on leur dit que c'est pas grave, que ça va passer avec l'âge, que c'est dû à un petit problème de clapet, et que tout va s'arranger avec le temps... » M6

Pour la prise en charge les parents sont acteurs et donc une ressource pour le médecin :

« Il faut qu'ils comprennent bien les mesures positionnelles » M5

« Je les éduque si tu veux » M3

Mais peuvent être perçus comme une difficulté en soi :

« Y'a des parents qui nourrissent trop les gosses quand même... » M4

[A propos des habitudes des parents]« Difficiles à changer hein » M4

Pour M7 la différence entre acteur et ressource ou difficulté dépend de la nature de la patientèle :

« Qu'on leur explique que ce n'est pas grave déjà ça les rassure, qu'ils grossissent bien ça les rassure, mais ça dépend aussi de ta clientèle » M7

La plupart des médecins interrogés associaient des mesures positionnelles et alimentaires à leur effort de réassurance :

- « Par contre si on sent que vraiment ils sont très angoissés au moins leur dire quelques conseils non médicamenteux en première partie » M6
- « Les conseils positionnels » M1
- « On peut le relever » M2
- « De surélever » M7
- « Petits conseils hygiéno-diététique » M3
- « Je fais les recommandations physiques tu sais sur le couchage... » M10
- « Et surtout leur apprendre, mais ça j'ose pas leur dire, on le fait à l'hôpital, le langage qu'on fait avec les épingles à nourrice parce que j'ai peur qu'ils s'étranglent la dedans et que si c'est moi qui l'ait indiqué... Donc je ne m'aventure pas là-dedans... Mais peut-être qu'il y a des techniques que tu pourrais m'apprendre pour éviter qu'ils glissent... » M7
- « Il y a aussi les histoires de position... D'installation du gosse.... Mais c'est pas médicamenteux... » M4
- « Oui ou changer de lait d'ailleurs » M6
- « On peut épaissir le lait » M6
- « Je dis aux parents d'acheter le lait anti-reflux » M1
- « Dans le reflux pour le lait on se rappelle d'un lait épaissi et puis on met ou autre... On s'en fiche le principal c'est qu'il soit épaissi... » M7
- « Ou après y'a la Gelopectose qui n'est pas pris en charge non plus. Et c'est plus compliqué. » M7
- « Avant je proposais d'utiliser les épaississants du lait comme le Gumilk mais c'est un peu plus besogneux à faire » M1

Certains médecins relevaient le coût des laits anti reflux qui pouvait être un frein :

- « Qu'il y a un gros business sur les laits pédiatriques et sur les laits anti reflux, mais je doute fortement de l'efficacité des laits type AR même si parfois il m'arrive de les conseiller. » M9
- À propos des laits AR] « Ben c'est ça c'est le problème du prix parce que sinon ils sont prêts à faire tout ce qu'il y a à faire. » M7
- « D'épaissir les biberons c'est le problème du prix des laits épaissis » M7
- « Dès qu'ils arrivent à la bouillie on est contents parce qu'on met la bouillie dedans ça coûte déjà moins cher » M7

M9 disait clairement douter de l'utilité des laits épaissis :

- « ... Ou si éventuellement, épaissir un peu le lait, avec des résultats souvent assez modérés, pas forcément flagrant avec les laits AR » M9

Comme développé précédemment les médecins interrogés étaient pour la plupart assez réticents envers les traitements médicamenteux, nous les avons poussés à développer au cours de l'entretien sur les situations pouvant nécessiter un traitement médicamenteux.

Pour certains la nécessité d'un traitement médicamenteux se fonde sur la clinique :

- « Enfin voilà si vraiment il y a des signes physiques... » M6
- « Quand j'ai des signes objectifs quoi » M8
- « Sur la courbe de poids, chez un enfant qui boit moins à chaque fois, qui prend plus de biberons et/ou qui a mal pendant les tétées quoi » M8

Pour d'autres en cas d'échec des conseils hygiéno-diététiques :

- « Bien quand l'épaississement n'a pas suffi, la surélévation... » M7
- « Bien quand les traitements positionnels, changement de lait, quand ça marche pas on passe aux médicaments, qui marchent d'ailleurs pas très bien » M2

Pour d'autre encore la prescription se fait avant tout en fonction de l'angoisse des parents :

- « Quand est ce qu'on passe à prescrire un traitement... Euh... Si on est obligés...comme ils sont très inquiets on finit par monter et je te donne du Gaviscon® en plus, et que je te donne du gel de Polysilane, et que je te donne... voilà... Alors que... A la marche on sait que ça va aller mieux déjà... Ca va rentrer dans l'ordre, donc pour arriver à les faire patienter... » M7
- « En fonction de l'angoisse des parents. Oui l'angoisse des parents est le premier facteur influençant l'ordonnance. » M5
- « Qu'il y a une grosse demande quoi » M4

Enfin certains n'avaient pas de critères précis :

- « Traitement... Ou pas traitement... » M9
- « Quand je commence le traitement standard et que ça ne répond pas quoi » M10
- « Quand vraiment ça pose problème » M6
- [À propos des situations nécessitant un traitement médicamenteux] « Je ne sais pas... » M1

Les médicaments évoqués :

Les médicaments retirés du marché étaient cités :

- « Qu'on était bien ... dépannés par le Prepulsid®° quand ça existait toujours » M4
- « En pédiatrie on donnait du Vogalène®, en gouttes, bon on a arrêté.. après on a donné du Primpéran®... Arrêté...Du Motilium®... Arrêté... » M6
- « Le Primpéran®... Le... Prepulsid®. »

Les médicaments disponibles actuellement :

Le gel de polysilane était proposé par M7, considéré non iatrogène mais avec le défaut de l'absence de prise en charge financière :

- « Le problème du polysilane c'est que c'est pas pris en charge » M7
- [A propos du gel de polysilane utilisé en première intention] « Oui oui... Avec ça on n'est pas iatrogène... Épaissir et surélever dans les premières choses » M7

Le Gaviscon était cité par la plupart des médecins ; avec parfois un doute sur son efficacité :

- « Presque plus de Gaviscon® car j'ai l'impression que ça sert pas à grand-chose » M1
- « Le Gaviscon® qui est un grand classique » M2
- « Du Gaviscon® quoi » M4
- « Le Gaviscon® » M5 M6 M7 M8 M10

La difficulté d'administration du traitement était rapportée par M7 et M2 :

- « Gaviscon® c'est le problème du gout » M7
- [Évoquant le Gaviscon®] « En plus ils n'aiment pas ça... » M2

Les prokinétiques semblaient peu utilisés, M2 indiquait utiliser ponctuellement le Primpéran® et M4 le Motilium® :

« Moins souvent du Motilium® sauf si vraiment si ça marche pas » M4
« De temps en temps un peu de Pimpéran® mais pas longtemps, 4-5 jours, pas plus » M2

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) étaient également très cités :

« Si je mets un IPP à un enfant qui pleure beaucoup, si les parents reviennent un mois après et qu'il pleure plus du tout même en régurgitant beaucoup, je continue quelques mois... » M1
« Enfin je pense que quand je prescris ; je pense que je prescris un IPP. » M1

Mais souvent avec beaucoup d'appréhension :

[À propos du traitement empirique par IPP] « Alors là je ne suis pas très.... Je dis à la maman qu'elle me rappelle au bout d'une semaine et tout... » M8
« Mettre un IPP... Je le mets mais sans aucune certitude et à cet âge-là on est quand même plus nerveux, plus tendu que si c'est un adulte » M8
« Moi je n'ai jamais osé donner encore de l'oméprazole chez un nourrisson, j'ai toujours passé la main à un pédiatre jusqu'à présent » M7
« Mais c'est pas moi qui vais leur instaurer des IPP. » M6

M3 rapportait avoir suivi des cas d'œsophagites traités par Inexium® :

[À propos de cas d'œsophagite avérés] « Qui étaient, du coup, traités par Inexium® » M3

M9 soulevait le problème de l'absence de galénique adaptée :

« Pour le traitement c'est pas évident non plus puisqu'on n'a pas de galénique qui soit adaptée au nourrisson, ce qui fait que on y va toujours un peu à reculons, enfin moi en tout cas j'y vais toujours à reculons, pour prescrire de l'Inexium® à un nourrisson parce que je trouve que c'est pas très pratique » M9

M9 indiquait également utiliser les IPP à l'exclusion de tout autre traitement et hors AMM :

[À propos de l'Inexium] « Mais pas de médicaments autre en tout cas. » M9
[À propos de l'Inexium] « Donc il y a un problème d'AMM déjà » M9

Les durées d'utilisation étaient très hétérogènes, une durée de 1 à 3 mois étant le plus fréquemment rapportée :

« Sur plusieurs semaines s'il y a besoin, éventuellement. 2-3 mois même. » M2
« Assez longtemps... ça dépend de l'âge du nourrisson... 1 mois, 2 mois, 3 mois... ça dépend de l'âge du gosse... » M4
« Un mois » M1
« 2 mois, 3 mois » M5
[A propos de la durée initiale de traitement] « En général je le mets sur un mois et je réévalue après. » M3

Mais parfois plus court :

« La plus courte possible » M8
« Une semaine à dix jours » M8
« Oh rapide hein... Normalement ça doit répondre assez vite.. On va dire 15 jours... » M10

Pour certains cela dépendait des acquisitions de l'enfant :

« En général au moins jusqu'à 6 mois, en général jusqu'à la marche... Déjà en général vers 7-8 mois ils commencent à se tenir plus, ça va déjà mieux » M7
 « Et ensuite peut être quelques mois car souvent ça guérit spontanément en dépassant 6-8 mois donc après je me dis qu'on va essayer d'arrêter... » M1
 « Jusqu'à l'absence de reflux (rires) Quand il va manger un peu moins liquides et se mettre debout ça ira un peu mieux... Ou après ce sera sûrement que le soir... » M6
 « On demande à la maman à l'arrêt de vérifier que les signes ne reviennent pas. » M8
 « Il y a des gamins qui peuvent pas l'arrêter d'ailleurs. » M2

Certains médecins disaient prescrire davantage en cas de suspicion de complications ou d'association à des signes ORL :

« À partir du moment où j'ai des signes cliniques d'œsophagite, pathologiques, je vais traiter » M3
 « Après ce qui est embêtant aussi c'est les toux liées au reflux., et ça c'est plus compliqué à gérer, on est plus lourds en traitement. » M7

Pour M9 une suspicion de complications était une indication à laisser le spécialiste s'occuper de la thérapeutique :

« Si j'ai une suspicion d'œsophagite j'adresse au pédiatre pour qu'il estime s'il y a lieu ou non de faire d'autres investigations, éventuellement fibroscopie, et donc je laisse le pédiatre s'occuper du versant thérapeutique... je n'en prescris pas spontanément » M9

En cas d'échec de leur traitement de première intention les attitudes divergeaient parmi les médecins interrogés :

Certains disaient augmenter la prescription médicamenteuse :

« Le Mopral®. » M5
 « Si je suis sûr que je suis dans la bonne direction je propose un IPP en demandant bien là aussi de surveiller que ça s'améliore bien rapidement » M8

D'autres préféraient adresser l'enfant à un confrère pédiatre :

« C'est pédiatrie, pH-métrie, quand ils veulent bien le faire... Et après je passe la main » M2
 « Je vais l'envoyer au pédiatre je pense. » M1
 « Il revient on discute et on voit... Souvent c'est un avis spécialisé. » M10
 « On demande une deuxième intention en fonction de l'angoisse des parents, » M5
 « Si je suis inquiet je demande l'avis du pédiatre » M4
 « Si ça marche pas soit c'est pas un reflux, je me suis trompé (rires), soit c'est qu'il y a des complications et faut l'envoyer chez un pédiatre, gastro, avant à l'hôpital on faisait des pH-métries, je sais pas si ça se fait encore.. D'ailleurs... Pour savoir s'il faut leur donner des IPP ou pas... Mais ce n'est pas moi qui vais leur instaurer des IPP. » M6

M8 remettait en question le diagnostic en l'absence d'amélioration avec le Gaviscon® :

« Je me repose des questions, » M8
 « Si le Gaviscon® marche pas est ce que ce n'est pas déjà une œsophagite ? » M8

M7 indiquait vérifier l'observance :

« On vérifie si ça a bien été fait mais bon...les trois quarts du temps c'est bien fait... En cas d'échec je passe la main... » M7

Les ressources externes

Les recommandations et les formations :

La plupart des médecins interrogés n'avaient pas connaissance de recommandations sur ce sujet :

- [A propos de la connaissance de recommandation sur le thème du reflux] « Non » M5 M9
[A propos de la connaissance de recommandation sur le thème du reflux] « Pas plus que ça » M3
[A propos des recommandations sur le RGO] « En tout cas je ne les applique pas. » M8
[A propos des recommandations sur le RGO] « Pas des trucs d'HAS mais j'ai dû lire quelque chose... »
[A propos des recommandations sur le RGO] « J'ai vu ça mais je me rappelle plus... » M8
[A propos des recommandations sur le RGO] « Alors recommandations, qu'est-ce que tu appelles recommandations ? Officielles non ... » M10
« Je ne sais pas si il y'a des recommandations d'ailleurs officielles par rapport au reflux de l'enfant » M2
« Oh y'a pas grand-chose, on communique pas trop la dessus. » M3
[À propos de la connaissance de recommandations sur ce thème] « Pas encore » M6
« Je crois qu'il y a un truc... Mais ça m'est... Faudrait que je regarde ça. » M6
« La pédiatrie c'était pas mon sujet d'intérêt depuis 30 ans » M4
« ... J'avoue que je ne suis pas trop ça » M4

La plupart étaient demandeurs d'informations sur le sujet :

- [A propos de la connaissance de recommandation sur le thème du reflux] « Je te poserais éventuellement la question des recommandations, si tu en connais, parce que ça m'intéresse, » M9
« Bien en fait j'aimerais bien savoir quelle est l'attitude conseillée à l'heure actuelle » M4
« C'est quoi les recos? » M3
« Je vais juste faire une petite recherche bibliographique voir ce qu'il y a là-dessus... » M1
« J'aimerais simplement connaître les recommandations officielles si ça existe... » M2
« Faudrait que je lise si y'a pas une reco un peu documentée et validée là-dessus » M1
[À propos des informations connues sur le sujet] « Oh je pense que ça pourrait être mieux... » M10
« Bien en fait j'aimerais bien savoir quelle est l'attitude conseillée à l'heure actuelle » M4
« Je sais pas quoi faire... J'aimerais savoir ! » M4
« Je ne sais pas comment font les autres » M8
« Évaluer ça j'aimerais bien que tu me le dises, comment on évalue un reflux parce que c'est.... » M7
« Je te poserais éventuellement la question des recommandations, si tu en connais, parce que ça m'intéresse » M9

D'autres estimaient disposer des informations adéquates :

- « Disons que c'est un problème fréquent mais qui n'est pas majeur...donc... oui je suis assez informé » M5
[Interrogé sur la suffisance de formation sur le RGO] « Ouais je pense » M8
« Avez-vous des conseils à donner à un médecin installé depuis 20 ans ? » M10

Pour M6 le médecin est directement responsable des informations qu'il possède :

« ... Je ne sais pas si je suis assez informé.... Comme personne va me le dire si je veux être informé j'ai qu'à aller chercher l'information... » M6

Pour M2 ses connaissances du sujet étaient liées à sa seule expérience pratique :

« Oui je pense, ce n'est même pas enseigné d'ailleurs, quand j'étais à la fac j'en ai jamais entendu parler. » M2

[A propos de l'existence de recommandations sur le RGO] « Ben non. Aucune. Ça c'est que de l'expérience, de l'intuitif. J'ai dû lire des trucs, mais ils ne disent rien, mais il n'y a aucune explication sur le traitement » M2

[A propos des recommandations] « Ils s'étaient sur le diagnostic, et en fait ils ne disent rien du tout sur les moyens de traiter à part prokinétiques, enfin Motilium®, à long terme c'est pas bon, donc moi je sais pas quoi faire, ce que je fais là je l'ai inventé au fur et à mesure. » M2

Les laboratoires pharmaceutiques :

Certains médecins pensaient qu'ils avaient probablement une influence, ils exprimaient leur conscience des intérêts propres des laboratoires pharmaceutiques et une volonté d'affranchissement de l'industrie :

« Oh surement, je pense qu'ils doivent pousser à prescrire. » M1

« Comme je ne les vois plus je ne sais pas mais probablement oui. » M6

« Je pense que leur intérêt c'est de vendre des médicaments... Pour le bien être du patient... Et tant qu'ils seront jugés sur le nombre qu'ils vendent je pense qu'il y aura un petit problème... » M6

Pour M8 et M9 les laboratoires avaient un impact bien réel dans cette situation mais plus via les laits infantiles que par les médicaments :

« Oh oui, par les laits, pas par l'aspect médicamenteux... Oui il faut prendre un lait épaissi, un lait comme ci ou comme ça... » M8

« Oui, notamment sur les laits, parce que je pense qu'il y a un gros business sur les laits pédiatriques et sur les laits anti reflux, mais je doute fortement de l'efficacité des laits type AR même si parfois il m'arrive de les conseiller. » M9

Pour d'autres médecins les laboratoires n'avaient aucune influence sur leur pratique, soit parce qu'ils ne recevaient pas de visiteurs médicaux :

« Je ne peux pas te dire puisque je les reçois pas... » M2

« Pour moi non, puisque je ne les vois pas... » M10

Ou parce qu'ils ne se sentaient pas influencés par la visite médicale :

« Non comme je ne les écoute pas... Moi c'est qu'une information, ce n'est pas une formation... Donc... Par contre savoir quels sont les laits les moins chers c'est peut-être utile mais ça c'est le pharmacien qui va faire... » M7

Ou parce qu'il ne voyait pas d'intérêt pour le laboratoire

[Interrogés sur l'influence possible des laboratoires sur la pratique des médecins généralistes] « Non » M3 M4

« Je ne crois pas que ce soit un sujet qui les intéresse beaucoup » M5

Les pédiatres :

Les pédiatres étaient perçus par certains médecins comme une ressource utile, notamment en cas d'échec de la prise en charge initiale :

« Oui, les recommandations de pédiatres oui, on en tient compte... » M4
« Oui c'est un avis de 2e intention... » M5
[A propos des situations d'échec du traitement de première intention] « Je vais l'envoyer au pédiatre je pense. » M1
[A propos des situations d'échec du traitement de première intention] « Là je confie au gastro pour aller regarder ce qui se passe » M3
« En cas d'échec je passe la main... » M7

Ou d'emblée en cas de suspicion de complications :

« Si je suis inquiet je demande l'avis du pédiatre » M4
« Une suspicion d'œsophagite j'adresse au pédiatre » M9
« Soit c'est qu'il y a des complications et faut l'envoyer chez un pédiatre, gastro, avant à l'hôpital on faisait des pH-métries, je sais pas si ça se fait encore... D'ailleurs... Pour savoir s'il faut leur donner des IPP ou pas... Mais ce n'est pas moi qui vais leur instaurer des IPP. » M6
« ... Moi je n'ai jamais osé donner encore de l'oméprazole chez un nourrisson, j'ai toujours passé la main à un pédiatre jusqu'à présent » M7

Ou d'angoisse trop importante des parents pour être gérée seule au cabinet :

« Les angoissés qui vont aux urgences tous les 4 matins, là faut demander un avis spécialisé... » M5
« Demande une deuxième intention en fonction de l'angoisse des parents » M5

Pour certains ce spécialiste était difficile d'accès d'où une influence très variable selon le lieu d'exercice :

« Les pédiatres ici on est très pauvres, donc non je n'ai pas de contact pédiatrique, c'est d'ailleurs une des choses qui me manque » M10
« Je ne sais pas, je pense que ça dépend aussi d'où on exerce » M1

M1 faisait la différence entre les pratiques des pédiatres libéraux et hospitaliers :

« Peut-être quand tu vois tout le temps des enfants qui sont suivis par un pédiatre et qu'ils viennent te voir quand ils sont malades, que tu es beaucoup au contact avec les prescriptions de pédiatres libéraux ; qui sont plus des prescriptions de confort parce qu'ils doivent rentrer un peu dans la logique d'essayer de satisfaire aussi les parents probablement quand ils sont en libéral. » M1

Dans le même sens pour M8 les pédiatres avaient une influence pour les enfants qu'ils suivaient :

« Oui dans la mesure où c'est eux qui gèrent l'enfant... Voilà s'ils disent qu'il faut changer de lait parce que... Ou autre... Donc oui... » M8

Pour M2 et M7 l'intérêt du pédiatre dans cette situation était limité :

« Ben ils savent pas quoi faire non plus...[rires] » M2
« Même quand on envoie en pédiatrie, quand ils vont en consultation ils font la même chose » M2
« Ben on est tellement premier recours que... »
« Ou alors les parents qui finissent par y aller ? Euh... Une influence sur la conduite des médecins généralistes ? Non » M7

M7 nuancait toutefois son propos en supposant un biais de recrutement pour les pédiatres, attirant essentiellement les cas suspectés d'être compliqués :

« Alors attends... Ah peut être pour les IPP, quand on les prolonge ? Est ce qu'ils ont l'IPP un peu facile ? Ou est ce qu'ils ont que les cas compliqués ? Peut-être, je ne sais pas... » M7

M9 et M6 exprimaient la nécessité d'une relation de confiance entre le pédiatre et le généraliste :

« Mais ça peut être difficile dans certains cas avec des pleurs incessants pour lesquels on ne trouve pas forcément de cause, ou symptômes ORL à répétition devant lesquels on peut errer un bon moment avant qu'un pédiatre, souvent, mette en évidence un reflux et dise « Oh bah c'est à cause du reflux ! »... Peut-être que parfois le reflux a bon dos aussi. Ce n'est pas toujours évident, à mon avis » M9

« Ils vont souvent trouver du reflux là où nous on l'aura simplement évoqué... Mais c'est peut-être aussi, à tort ou à raison, le rôle du spécialiste, de confirmer là où nous on se pose beaucoup de questions. » M9

« Et ce que les pédiatres peuvent... ? Oh oui oui oui... Oui... Après... Oui ... Non... Ça dépend lesquels quoi voilà, réseau, confiance... Mais oui en général... » M6

M1 développait cette idée de relation de confiance nécessaire de manière générale entre le spécialiste et le généraliste :

« Je ne crois pas qu'ils m'influencent moi, mais en règle générale oui je pense qu'ils doivent influencer. Maintenant le spécialiste libéral pour moi ce n'est pas toujours quelqu'un... Je veux dire ce n'est pas parce qu'il est spécialiste qu'il a un comportement de prescription parfaitement rationnel et validé... » M1

« Déjà à l'hôpital je pense qu'il a un peu plus de chance de rentrer en contact avec des études et de la documentation de qualité, et ils ont plus une philosophie de formation continue dans les services normalement... En libéral c'est pas toujours le cas. » M1

« Moi je pense qu'on peut toujours se faire influencer, il suffit de bien aimer un gars, trouver qu'il est vraiment génial après tu vas faire tout comme lui, c'est normal, moi je fais tout comme Dr [nom supprimé], le cardio, car je l'adore [Rires]. » M1

Au contraire ; M3 et M7 estimaient que les pédiatres n'avaient aucune influence sur la pratique des médecins généralistes dans cette situation :

« Non plus. » M3

« Une influence sur la conduite des médecins généralistes ? Non » M7

La CPAM :

Pour la quasi-totalité des médecins interrogés la CPAM n'avait aucune influence dans cette situation :

« Ah ils ne m'en ont jamais parlé. C'est un but qu'ils ont ? » M1

« Encore moins ! » M3

« Non, je ne pense pas que ce soit un souci... » M4

« Jamais » M5

« Oh non je ne crois pas » M8

« Non la caisse m'embête pas pour ça... » M5

Euh je ne sais pas, j'ai pas notion de ça » M7

« Je ne vois pas l'intérêt de la question dans le RGO là... » M10

« Non je n'ai jamais été ennuyé par un médecin conseil qui me reprocherait de prescrire de l'Inexium par exemple, non » M2

Pour M9 elle aurait un rôle théorique via l'AMM mais qui ne se traduit pas en pratique :

« Je me pose la question d'ailleurs de l'autorisation de mise sur le marché de l'Inexium dans cette indication là... ? » M9

« ... Donc il y a un problème d'AMM déjà, et donc la CPAM, en théorie, doit mettre son nez là-dedans puisque si c'est prescrit hors AMM elle est pas censée rembourser... Mais en pratique c'est pas précisé et je pense qu'elle rembourse quand même... » M9

Pour M7 la CPAM a une influence en ne remboursant pas le gel de polysilane ce qui limite son utilisation :

« Le problème du polysilane c'est que ce n'est pas pris en charge, » M7

4 DISCUSSION

4.1 Biais, limites et forces de l'étude

Biais

Un biais d'interprétation a pu intervenir dans l'étude puisque l'analyse des résultats n'a été faite en double codage que sur une partie des résultats. Il existe une part de subjectivité dans l'analyse des résultats des entretiens.

Un biais de recrutement est à noter car la moitié des médecins interrogés sont maîtres de stage et investis dans la formation des internes de médecine générale. Ils ont répondu plus facilement à ma demande d'entretien et se sont rendus plus disponibles, car peut-être plus habitués à travailler avec des internes et remplaçants.

Le département du Loiret est un département de densité médicale faible dans la spécialité de médecine générale. Il en résulte un biais de sélection. En 2016, la densité médicale du Loiret en médecine générale est de 6,4 médecins généralistes pour 10 000 habitants [8]. La densité de pédiatres est également très faible à 1,4 pédiatre pour 10 000 enfants de moins de 15 ans [8]. Les médecins généralistes du département du Loiret, installés en zone rurale ou urbaine, sont donc fréquemment confrontés à des questions de pédiatrie et peuvent être en difficulté pour trouver un relais auprès des pédiatres libéraux.

Limites et forces de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés. Elle n'a pas pour but d'être statistiquement représentative et n'est pas reproductible.

Cette étude a permis de laisser s'exprimer librement les médecins avec des questions ouvertes. Ils pouvaient ainsi se livrer plus facilement, évoquer leurs expériences personnelles, professionnelles, discuter de leurs pratiques et de leurs envies. On peut penser que ces données auraient été moins nombreuses et moins riches avec une méthode de recueil par l'envoi d'un questionnaire anonyme.

Il a été choisi de ne pas contextualiser la situation avec un cas clinique pour laisser les médecins se représenter la diversité des situations possibles.

La trame d'entretien a été réalisée en se basant sur de précédents travaux de recherche sur les déterminants de la prescription médicamenteuse d'une part [9] [10] [11] et sur le reflux gastro-œsophagien du nourrisson d'autre part [2] [3]. Les pistes proposées par ces travaux ont été explorées par des questions spécifiques. Des questions ouvertes y étaient associées pour que les médecins puissent apporter des éléments qui n'étaient pas recherchés. Ces questions étaient abordées en premier pour ne pas influencer les médecins. Les médecins interrogés étaient libres de développer chaque point autant qu'il leur semblait nécessaire.

4.2 Discussion des résultats

L'objectif de l'étude était d'observer les déterminants de la prise en charge par les médecins généralistes d'un reflux gastro-œsophagien physiologique chez un nourrisson.

L'inquiétude parentale

L'inquiétude parentale était le déterminant le plus fort évoqué par les médecins, les termes utilisés par les médecins interrogés décrivent bien l'importance des symptômes pour les parents : « il y en a partout » « sans arrêt » « vomir dès qu'il mange » « tousse toute la nuit » « stigmates de douleur » etc... Ces descriptions montrent le caractère envahissant des symptômes pour les parents, qui subissent à la fois une inquiétude importante vis-à-vis de la santé de leur enfant et une altération de leur qualité de vie.

L'angoisse parentale est rapportée par certains auteurs, mais absente de la plupart des articles et recommandations sur le sujet [12] [13].

Une étude de 1999 montrait que les enfants présentant un RGO pathologique avaient plus de difficultés alimentaires et que leurs mères avaient plus de ressentis négatifs, appréciaient moins les repas de leurs enfants et rapportaient plus de pleurs [14].

L'impact sur la qualité de vie peut exacerber la perception des symptômes par les parents [15]. La perception qu'ont les parents des symptômes présentés par leur enfant, perçus comme douloureux, peut en retour modifier la réponse de l'enfant au stimuli douloureux et altérer sa capacité à gérer ses sensations de RGO [16]. Le risque est ainsi d'entrer dans un cercle vicieux exacerbant les symptômes et favorisant le passage d'un RGO physiologique à un RGO pathologique [17]. Ainsi pour certains auteurs l'interprétation parentale des symptômes de l'enfant a un rôle majeur dans le développement des difficultés alimentaires des nourrissons, entraînant une relation mère-enfant perturbée, des angoisses importantes et une frustration importante vis-à-vis des temps de repas [17] [18] [19].

De la même manière M5 dans notre étude suggérait que le médecin pouvait aussi être plus ou moins « sensibilisé » sur le problème, ainsi la fréquence du diagnostic et les symptômes qu'on attribuait au RGO pouvait varier d'un médecin à l'autre.

Deux études rapportaient également l'association entre RGO et anxiété maternelle et dépression [20] [21].

Plus récemment en 2011 une étude de Karacetin et al [22] suggérait un lien entre les problèmes psychologiques maternels (notamment d'attachement et d'insécurité) et les difficultés alimentaires des enfants atteints de RGO. Les auteurs suggéraient de prêter une attention à ce problème chez les enfants présentant un RGO de façon à intervenir avant la mise en place d'un renforcement négatif.

Dans un article de 2011 ; C. Lifschitz [17], tout en supportant la thèse que l'anxiété parentale peut parfois entraîner le passage d'un RGO physiologique en RGO pathologique, fait toutefois la remarque qu'un RGO persistant ou des difficultés alimentaires chroniques peuvent être déroutants même pour les parents les plus « normaux ». Il évoque également une responsabilité involontaire des médecins qui poussent les parents à nourrir les enfants plus souvent et avec de plus grands volumes pour préserver la croissance.

Ces deux derniers articles sont repris dans un article de 2014 qui incite en plus à interpréter les difficultés alimentaires en prêtant attention aux pratiques maternelles culturelles et aux croyances des parents, les représentations culturelles pouvant fortement affecter les pratiques alimentaires [23].

Les médecins de notre étude percevaient bien l'importance de l'angoisse parentale et son importance dans la prise en charge globale de l'enfant : « l'angoisse des parents elle est primordiale ». Pour autant ils exprimaient des difficultés à savoir quelle réponse donner à cette angoisse. La représentation des attentes des parents était très différente d'un médecin à l'autre. Certains médecins évoquaient des objectifs irréalisables de « guérison » et de « norme » chez des enfants qu'ils ne considéraient pas malades mais pour lesquels ils ressentaient une demande de traitement médicamenteux, pour arrêter les symptômes, de la part des parents.

On peut également s'interroger sur ce terme de « norme », le « bébé normal » est défini par qui ? Il existe probablement là un rôle de l'éducation des parents eux même et de leurs repères qui fait évoquer, à certains médecins, une difficulté variable suivant les parents à qui ils s'adressent.

L'importance de la relation parents-médecin était clairement au premier plan des discussions, le vécu des parents était bien plus développé dans le discours des médecins que le vécu de l'enfant. Cela illustre bien l'enjeu d'une relation parents-médecin efficace pour la prise en charge du RGO.

La conjonction de l'angoisse parentale, majeure, de la difficulté à cerner les attentes des patients et les faibles ressources thérapeutiques à la disposition des médecins entraîne une situation difficile à vivre pour certains médecins.

La difficulté d'un diagnostic

La difficulté ressentie vis-à-vis d'une consultation pour un RGO chez un nourrisson était variable, mais la plupart des médecins décrivaient un sujet facile avec des cas difficiles. Les difficultés ressenties, en dehors de la gestion de l'angoisse parentale déjà développée, étaient liées à la crainte d'erreur diagnostic ou de complications d'une part, et à la prise en charge d'autre part.

L'analyse clinique était chronologiquement le premier élément évoqué par les médecins interrogés sur le RGO, leurs réponses étaient concordantes avec celles recueillies par P.E. DENIS et B. DUMOULIN au cours d'une thèse d'exercice interrogeant des médecins généralistes du Nord Pas de Calais [3]

La crainte d'erreur diagnostic est principalement liée au fait que les symptômes sont variés, très peu spécifiques et la limite entre physiologique et pathologique est floue [24], au point qu'un groupe de travail spécifique a été créé en 2009 pour obtenir une définition du RGO physiologique (correspondant au terme anglophone Gastroesophageal Reflux = GER) et du RGO pathologique (qui correspondait au terme anglophone Gastroesophageal Reflux Disease = GERD) [1]. La définition du GERD proposée par ce groupe de travail est un reflux du contenu gastrique (RGO) provoquant des symptômes gênants et/ou des complications.

Les symptômes évoqués par les médecins de notre étude recouvrent ces deux entités.

Le premier symptôme évoqué était la régurgitation, définie comme le passage du contenu gastrique qui reflue dans le pharynx ou la bouche ou qui sort de la bouche. C'est un symptôme caractéristique du reflux du nourrisson, mais non discriminant vis-à-vis du caractère pathologique du reflux [1].

Les vomissements étaient également évoqués par les médecins sans que la différenciation des deux termes soit explicitée. Cette association RGO/vomissement est fréquemment retrouvée dans la littérature sans qu'il y soit donné une signification particulière [4] [16] [25] [26] [27].

La toux semble associée au GERD, toutefois les données sont contradictoires sur l'évolution sous traitement anti reflux et on ne retrouve pas d'étude chez le nourrisson, l'extrapolation à partir des

données disponibles chez l'adulte ne permet pas d'encourager le recours à un IPP dans cette situation [1] [4] [13].

L'analyse de la croissance est un facteur décisif de la prise en charge et en cas de défaut de croissance doit mener à une exploration de l'alimentation et éventuellement à des examens complémentaires [4] tel que cela a été proposé par les médecins interrogés dans notre étude.

L'irritabilité et les pleurs, interprétés comme stigmates de douleurs, sont fréquents et peu spécifiques. Les études existantes n'ont pas montré de supériorité d'un traitement anti-reflux par rapport au placebo dans les pleurs excessifs et l'irritabilité de l'enfant, qu'il y ait ou non un reflux avéré par pH-métrie [4] [16] [28] [29]. La plupart des recommandations l'intègrent néanmoins comme symptôme d'œsophagite [24] [30].

Le RGO peut également entraîner des difficultés alimentaires [15] [30] [31] probablement du fait de l'association de la prise alimentaire à un stimulus douloureux. Malgré une association fréquente dans les études de cas, aucune étude prospective n'a pu mettre en évidence un lien de causalité entre RGO et difficulté alimentaire ni d'amélioration sous traitement anti reflux [4].

Enfin les médecins de l'étude évoquaient l'association entre troubles du sommeil et RGO, association également retrouvée dans la littérature [1] [15].

Ces symptômes sont fréquents et peuvent être retrouvés chez des enfants présentant d'autres pathologies comme chez des enfants sains, d'où une difficulté diagnostique.

Les diagnostics différentiels cités par les médecins étaient l'allergie aux protéines de lait de vache, l'invagination intestinale aigüe et la sténose du pylore. Ce sont ceux le plus fréquemment retrouvés dans la littérature [1] [4] [25].

La crainte de complications

La crainte de complications était également très présente dans le discours des médecins. Les complications évoquées étaient principalement les complications infectieuses, respiratoires, la survenue d'une œsophagite et les malaises.

L'association entre RGO et pathologie ORL évoquée par les médecins de l'étude est très fréquemment mentionnée dans la littérature [1] [4] [12] [16] [13] [15] [24] [27] [31] [32] [33] [34].

Le RGO est associé avec la survenue d'otite séro-muqueuse chronique et semble être associée avec la survenue d'otites moyennes aigües récidivantes chez les nourrissons [26] [32] [33].

Aucun lien n'a été démontré dans la pathogénèse de l'asthme, mais il semble que le RGO soit un facteur d'aggravation de l'asthme [4] [25] [30]. Expérimentalement l'acidification de l'œsophage avait peu d'effet chez l'adulte sain mais pouvait déclencher une hyperréactivité bronchique et un syndrome obstructif chez l'asthmatique [35] [36]. Plusieurs études ont montré une association statistique entre difficulté de contrôle de l'asthme et pH-métrie ou pH-impédancemétrie anormale [4], mais aucune n'a pu établir de lien entre les données de pH-métrie ou pH-impédancemétrie et réponse au traitement anti reflux. Une étude concernait directement les nourrissons et ne montrait pas de diminution du wheezing chez les enfants traités par lansoprazole par rapport au groupe placebo, toutefois ce n'était pas l'objectif principal de l'étude [37]. Les dernières données suggèrent que l'impact du reflux sur le contrôle de l'asthme est moins important que ce qu'il semblait être [26].

L'association d'un RGO avec la survenue de pneumonies récurrentes ou de pneumopathie interstitielles est également évoquée [1] [4] [13] [24] [25] mais l'association entre pneumopathies et IPP est également évoquée et pourrait être un facteur confusiogène [38].

L'œsophagite est une complication rare mais classique du RGO du nourrisson [1] [4].

Les malaises et morts subites manquées (correspondant au terme anglophone ALTE : apparent life-threatening event) sont fréquemment évoqués comme conséquences d'un RGO, toutefois les données actuellement disponibles suggèrent que le RGO est dans la très grande majorité des cas associé à des apnées physiologiques et très rarement à des apnées pathologiques. Cependant des observations ont bien mis un lien en cause chez certains individus [1] [4]. La démarche recommandée dans ce cas est l'investigation par pH-impédancemétrie [4].

La difficulté à faire la part entre le RGO et ses complications résulte d'un continuum de situation entre RGO physiologique et RGO pathologique [13] [24]. Cette difficulté était évoquée par les médecins de l'étude : « sous diagnostiqué, l'œsophagite », « là où c'est ennuyeux c'est quand on commence à se demander s'il y a une œsophagite ». Ces deux phrases illustrent bien l'incertitude des médecins interrogés devant la faible sensibilité et spécificité des symptômes du RGO pathologique, alors même que cette différenciation entre physiologique et pathologique est au cœur de la prise en charge [26].

La prise en charge, une théorie unanime, des pratiques diverses.

Malgré la difficulté diagnostique et la crainte de complications évoquées précédemment, les médecins étaient peu prescripteurs d'examen complémentaires. De manière concordante avec les recommandations européennes et nord-américaines actuelles, les médecins interrogés estimaient que le diagnostic était clinique [4].

L'ensemble des médecins interrogés ne réalisaient pas d'examen complémentaires en première intention, ce qui concordait à nouveau avec les recommandations [4].

Les principaux freins aux explorations complémentaires quand elles paraissaient justifiées aux prescripteurs était la difficulté d'accès aux plateaux techniques et le caractère invasif des examens.

Les médecins interrogés étaient relativement unanimes sur la prise en charge initiale à apporter à une situation de RGO physiologique : la réassurance parentale, la proposition de mesures dites hygiéno-diététiques et l'absence de traitement médicamenteux, ce qui est concordant avec les recommandations [4] [23] [25]. La réassurance des parents était considérée quasi-unaniment comme un élément primordial de la prise en charge.

Cette position était soutenue par une balance bénéfice-risque des médicaments jugés défavorable dans une pathologie bénigne. C'est également l'argumentaire soutenu par les recommandations actuelles [4] [23] [25].

Certains étaient cependant clairement gênés de ne pas avoir de traitement à proposer.

Ces éléments semblent différents bien que non quantifiables de ceux recueillis en 2008 où 39% des médecins répondants prescrivaient un traitement en première intention et 13 % citaient comme objectif de rassurer les parents [3].

Les mesures dites hygiéno-diététiques proposées étaient en revanche similaires à celles recueillies en 2008 [3] et concordantes avec les recommandations [4] [23] [25]. Elles étaient facilement proposées par les médecins, qui les percevaient parfois comme peu efficaces mais globalement non iatrogènes.

Une étude de 2003 avait étudié la prise de lait épaissi à la gomme de caroube : on observait alors une diminution des régurgitations mais sans incidence sur la durée et la fréquence des épisodes acides enregistrés en impédance et pHmétrie.

Les facteurs influençant la prise initiale des médecins interrogés étaient l'inquiétude parentale, la suspicion de complication, la présence de signes objectifs et de la facilité à rassurer les parents. L'inquiétude parentale ressortait comme un facteur majeur, ce qui apparaît très peu dans la littérature. Cette donnée était d'ailleurs complètement absente de la thèse menée en 2008 [3]. Elle semble pourtant être le principal facteur faisant varier la réponse thérapeutique du médecin. Seul M3 disait ne pas être influencé par l'inquiétude parentale. Cette notion va de pair avec la capacité à rassurer les parents, qui dépend également du médecin, des parents et de la dynamique de la relation entre eux. Ainsi le médecin apparaît comme la première thérapie nécessaire à la prise en charge du RGO physiologique.

Les prises en charge médicamenteuses étaient variables selon les médecins répondants, toutes les classes médicamenteuses étaient citées (anti acides, IPP, prokinétiques).

L'ensemble des médecins disaient éviter de les utiliser le plus souvent possible, sur des durées courtes. La plupart y recouraient cependant occasionnellement. Certains médecins préféraient laisser la décision d'un traitement médicamenteux aux pédiatres.

Dans le cas où une œsophagite était évoquée les médecins interrogés préféraient avoir recours aux IPP, généralement en suivi conjoint avec le gastro pédiatre, conformément aux recommandations [4] [23] [25]

En cas d'échec de traitement de première intention deux attitudes ont été observées : prescrire un IPP si une autre classe avait été utilisée ou adresser l'enfant à un pédiatre, ce qui semble concordant avec les données recueillies en 2008 [3]. L'ensemble des médecins considéraient le traitement par IPP comme étant le plus efficace. Tous évoquaient une réticence à l'utiliser par crainte de iatrogénie.

Les déterminants extérieurs au trinôme médecin-patient-parents

Les recommandations récentes s'appuient toutes sur un travail de l'ESPGHAN/NASPGHAN paru en 2009 [4]. Cette recommandation marque un changement de paradigme dans la prise en charge du RGO en mettant le frein sur les prescriptions médicamenteuses par rapport aux précédentes [12] [24] [30]. Dans les ressources francophones la revue Médecine et enfance [25] a publié un résumé des recommandations de 2009 et la revue Prescrire a publié en 2015 des recommandations de prise en charge concordantes [31].

Un article en anglais est paru en 2014 dans le Journal de Pediatrics pour la prise en charge globale du RGO, il est également concordant avec les recommandations de 2009 [23].

L'AFFSAPS avait également publié en 2008 une recommandation de bonnes pratiques sur l'utilisation des anti-sécrétoires chez l'enfant [27].

Ces publications ont eu une diffusion visiblement insuffisante auprès des médecins généralistes : aucun des médecins interrogés ne se rappelait avoir eu connaissance de recommandations sur la prise en charge du reflux chez le nourrisson. La plupart se disaient pourtant intéressés par la remise d'informations sur le sujet.

D'autres facteurs d'influences ont été supposés a priori par la lecture de travaux sur la prescription médicamenteuse :

Pour les médecins interrogés les laboratoires n'avaient pas d'influence directe sur les prescriptions médicales dans ce cadre, mais pouvaient en avoir une vis-à-vis des parents par la mise en avant de laits supposés apporter un confort digestif à l'enfant.

Les pédiatres représentaient globalement la prise en charge privilégiée en cas de suspicion de complication ou d'échec de la prise en charge initiale. Les enfants étaient également adressés dans le cadre de RGO physiologiques lorsque l'angoisse parentale semblait être trop importante pour être gérée par le médecin généraliste seul.

Les médecins interrogés privilégiaient les contacts avec les médecins hospitaliers, ce qui était également retrouvé par P.E.DENIS et B.DUMOULIN en 2008 [3].

La CPAM n'avait aucune influence pour les médecins interrogés.

Une ressource externe complètement indépendante du médecin mais pouvant influencer sur la prise en charge globale est la mise à disposition d'information pour les parents. Certaines émissions télévisées comme Les Maternelles ont fait des reportages sur le sujet, et des magazines ont également publié des articles pour informer les parents. Un article publié dans le Journal of Pediatric Health Care en 2016 [39] faisait la revue des informations retrouvées sur le web anglophone sur le sujet. Sur les sites grand public, les informations étaient de qualité très inégales et pouvaient conduire à des représentations erronées du RGO. Les auteurs concluaient : « La surabondance d'information trouvée sur internet peut amener à des confusions et des situations de frustration chez des (souvent nouveaux) parents déjà en difficulté devant un enfant présentant un RGO ». La plupart des sites ne mentionnaient ni référence ni information sur les auteurs. Les solutions pharmacologiques étaient très représentées dans les moyens d'action.

Une rapide recherche sur les principaux moteurs de recherche français en utilisant les termes « reflux » « régurgitations » « bébé » permet de constater que la situation sur le web francophone est similaire.

La revue Prescrire édite des « fiches infos-patients » à destination du grand public, concordantes avec les recommandations médicales actuelles, il est regrettable qu'elles ne soient pas directement accessibles au grand public [40].

5 CONCLUSION

Le reflux gastro-œsophagien est un motif fréquent de consultation en soins primaires. Les symptômes peu spécifiques, le continuum de situation du physiologique au pathologique, compliquent le rôle diagnostique du médecin.

L'invasivité et la difficulté d'accès des examens complémentaires limitent leur utilisation. La prise en charge actuellement conseillée pour un RGO physiologique est non médicamenteuse.

Les médecins interrogés se disaient peu informés des recommandations, pourtant leur prise en charge était concordante avec les recommandations actuelles, tant pour la démarche diagnostique et thérapeutique que pour l'argumentaire soutenant ces démarches.

Les symptômes de reflux gastro-œsophagien peuvent être responsables d'une angoisse parentale majeure. Le RGO physiologique était bien perçu comme bénin par les médecins interrogés, toutefois l'angoisse parentale qu'il pouvait générer n'était pas du tout banalisée. Ceci paraît primordial au vu des troubles de la relation parents-enfants que cette angoisse peut créer.

Au total, les pratiques de ces médecins semblaient être rendues hétérogènes par la difficulté à cerner les attentes des parents et à les rassurer.

Les médecins généralistes apparaissent bien ici comme des experts de soins primaires : dans cette pathologie prévalente mais bénigne, la résolution de la situation passe par l'intégration de plusieurs facteurs d'une situation complexe. La pathologie est bénigne mais la consultation n'est pas simple et demande un investissement important du médecin dans la relation médecin-parents-enfant.

Les pratiques semblaient différentes par rapport aux précédentes études sur le sujet, bien que cette variation soit non quantifiable dans notre étude. Ce phénomène est également évoqué par plusieurs médecins interrogés. Il serait intéressant de s'intéresser à ce qui a créé ce changement de pratique, les modifications des AMM semblent avoir eu une part de responsabilité.

6 BIBLIOGRAPHIE

- [1] P. Sherman, E. Hassal, U. Fagundes-Neto et al, «A Global, Evidence-Based Consensus on the Definition of Gastroesophageal Reflux Disease in the Pediatric Population,» *The American Journal of Gastroenterology*, n° %1104, pp. 1278-1295, 2009.
- [2] M. Roussenac, *Le reflux gastro-oesophagien du nourrisson en médecine générale : stratégie diagnostique et thérapeutique.*, Thèse de doctorat en médecine. Limoges : Université de Limoges, 2012, p. 105.
- [3] P. Denis et B. Dumoulin, *Evaluation de la prise en charge du reflux-gastro-oesophagien du nourrisson en médecine générale*, Thèse de doctorat en médecine. Lille : Université de Lille2, 2008, p. 62.
- [4] Y. Vandenplas, C. Rudolph, C. Di Lorenzo et al, «Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines:Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition,» *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, n° %149, p. 498–547, 2009.
- [5] I. Aubin-Auger, A. Mercier, L. Baumann et al, «Introduction à la recherche qualitative,» *Exercer*, n° %184, pp. 142-5, 2008.
- [6] J. Mukamurera, Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Université de Sherbrooke. Recherche qualitative, vol. 26, 2006, pp. 110-138.
- [7] P. Paille, «L'analyse par théorisation ancrée.,» chez *Cahiers de recherche sociologique* n°23, 1994, pp. 147-181.
- [8] Conseil National de l'Ordre des Médecins, [En ligne]. Available: <http://www.demographie.medecin.fr/demographie>. [Accès le 05 06 2016].
- [9] J. Dascotte, *Les déterminants de la prescription d'antidépresseurs en médecine générale: enquête qualitative réalisée auprès de 10 médecins généralistes de Nice et sa région.*, Thèse de doctorat en médecine. Nice : université de Nice-Sophia-Antipolis, 2011, p. 117.
- [10] M. Darlak, *Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine de ville*, Thèse de doctorat en médecine. Paris: Université Paris Nord, 2013, p. 111.
- [11] C. Cauchois, *Les déterminants des consultations sans prescription médicamenteuse et des prescriptions contre le gré des Médecins Généralistes en France.*, Thèse de doctorat en médecine. Nice: Université de Nice-Sophia-Antipolis, 2009, p. 151.
- [12] M. Schuler Barazonni, D. Belli et M. Schäppi, «Le reflux gastro-oesophagien : attitude pratique,» *Revue médicale suisse*, 2006.
- [13] A. Willmott et M. Murphy, «Current Paediatrics,» vol. 14, n° %17, pp. 81-88, December 2004.

- [14] B. Mathisen, L. Worrall, J. Masel et al, «Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: A controlled study,» *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 35, n° %12, pp. 163-169, April 1999.
- [15] Y. Vandenplas, S. Salvatore et B. Hauser, «The diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux in infants,» *Early Human Development*, vol. 81, pp. 1011-1024, 2005.
- [16] S. Salvatore et Y. Vandenplas, «Gastro-oesophageal reflux disease and motility disorders,» *Best practice & Research Clinical Gastroenterology*, vol. 17, n° %12, pp. 163-179, April 2003.
- [17] C. Lifschitz, «Thinking outside the box when dealing with patients with GERD and feeding problems.,» *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 53, n° %14, p. 358, October 2011.
- [18] S. Briggs, «Feeding difficulties in infancy and childhood: psychoanalytical perspectives,» chez *Feeding Problems in Children*, Oxford, Radcliffe Medical Press, 2000, pp. 59-77.
- [19] S. Dellert, J. Hyams, W. Treem et al, «Feeding resistance and gastroesophageal reflux in infancy.,» *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, n° %117, pp. 66-71, 1993.
- [20] B. Barnett, K. Lockhart, D. Bernard et al, «Mood disorders among mothers of infants admitted to a mothercraft hospital,» *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 29, n° %14, pp. 270-275, August 1993.
- [21] M. Harris et T. Bohane, «Maternal postnatal depression and infant gastro-oesophageal reflux.,» *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 30, n° %11, p. 80, February 1994.
- [22] G. Karacetin, T. Demir et T. Erkan, «Maternal Psychopathology and Psychomotor Development of Children With GERD,» *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 53, n° %14, p. 3806385, October 2011.
- [23] C. Ferreira, E. Carvalho, V. Sdepanian et al, «Gastroesophageal reflux disease: exaggerations, evidence and clinical practice.,» *Jornal de pediatria*, vol. 90, n° %12, pp. 105-118, March-April 2014.
- [24] G. Marx et P. Müller, «La maladie du reflux gastro-oesophagien chez les nourrissons et les enfants,» *Paediatrica*, vol. 16, n° %12, 2005.
- [25] Y. Vandenplas, C. Rudolph, C. Di Lorenzo et al, «Reflux gastro-oesophagien : nouvelles recommandations,» *Médecine et enfance*, pp. 371-375, Octobre 2009.
- [26] J. Lightdale et Gremse D.A, «Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician,» *Pediatrics*, vol. 131, n° %15, pp. 1684-1695, May 2013.
- [27] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé,, «Antisécétrétoires chez l'enfant. Recommandations.,» Juin 2008.
- [28] B. Jordan, R. Heine, M. Meehan et al, «Effect of antireflux medication, placebo and infant mental health intervention on persistent crying: a randomized clinical trial.,» *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 42, n° %11-2, pp. 49-58, January-February 2006.

- [29] D. Moore, B. Tao, D. Lines et al, «Double-blind placebo-controlled trial of omeprazole in irritable infants with gastroesophageal reflux.,» *The Journal of Pediatrics*, vol. 143, n° %12, pp. 219-223, August 2003.
- [30] R. Heine, «Management of gastro-oesophageal reflux disease in childhood,» *Paediatrics and Child Health*, vol. 18, n° %110, pp. 448-452, October 2008.
- [31] Prescrire, «Premiers Choix Prescrire. Reflux gastro-oesophagien chez un nourrisson,» *La revue prescrire*, Juin 2015.
- [32] G. Kotsis, T. Nikolopoulos, I. Yiotakos et al, «Recurrent acute otitis media and gastroesophageal reflux disease in children. Is there an association?,» *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 73, n° %110, pp. 1373-1380, 2009.
- [33] A. Serra, S. Cocuzza, G. Poli et al, «Otologic findings in children with gastroesophageal reflux,» *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 71, n° %111, pp. 1693-1697, November 2007.
- [34] C. Loots, M. Benninga, G. Davidson et al, «Original article: Addition of pH-Impedance Monitoring to Standard pH Monitoring Increases the Yield of Symptom Association Analysis in Infants and Children with Gastroesophageal Reflux,» *The Journal of Pediatrics*, vol. 154, n° %12, pp. 248-252, 2009.
- [35] S. Field, «A critical review of the studies of the effects of simulated or real gastroesophageal reflux on pulmonary function in asthmatic adults.,» *Chest*, vol. 115, n° %13, pp. 848-856, March 1999.
- [36] P. Herve, A. Denjean, R. Jian et al, «Intraesophageal perfusion of acid increases the bronchomotor response to methacholine and to isocapnic hyperventilation in asthmatic subjects.,» *The American review of respiratory disease*, vol. 134, n° %15, pp. 986-989, November 1986.
- [37] S. Orenstein, E. Hassal, W. Furmaga-Jablonska et al, «Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease.,» *The Journal of pediatrics*, vol. 154, n° %14, pp. 514-520, 2009.
- [38] Prescrire, «Inhibiteurs de la pompe à protons: pneumopathies bactériennes.,» *La Revue Prescrire*, vol. 32, n° %1342, pp. 269-271, Avril 2012.
- [39] R. Balgowan, L. Greer et J. D'Auria, «Infant Gastroesophageal Reflux Information on the World Wide Web,» *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 30, n° %12, pp. 165-172, April-March 2016.
- [40] Prescrire, «Infos-Patients Prescrire. Les régurgitations des nourrissons,» *La Revue Prescrire*, Septembre 2015.

7 ANNEXE

Guide d'entretien

1-Présentation de l'étude :

Thèmes, Objectif, Méthode, Enregistrement avec le consentement du médecin interviewé, garantie d'anonymat et confidentialité

2-Présentation de l'interviewé :

Âge,
Année d'installation,
Type d'exercice (seul, groupe, maison de santé),
Lieu d'installation : zone urbaine/semi urbaine/rurale,
Nombre de consultation moyen par jour
Part de pédiatrie dans les consultations
Activité universitaire
Formation en pédiatrie
Formation médicale continue
Lecture de revue médicale
Réception de laboratoires pharmaceutiques

3-Représentation du sujet traité :

Qu'est-ce que vous évoque le terme de reflux gastro œsophagien dans le cadre d'une consultation de nourrisson, donc entre 28 jours et 2 ans ?

4-Dialogue sur les thèmes d'influence supposés

Liés au patient

À votre avis quelles sont les attentes des parents sur le sujet ?

Liés à la relation médecin patient

Comment abordez-vous une demande sur les régurgitations des nourrissons ?

Trouvez-vous que ce soit un sujet difficile ?

L'attitude des parents vous paraît-elle influencer sur la réalisation ou non d'une prescription ?

Liés au médecin

Quels sont les symptômes vous évoquant un RGO ?

Comment évaluez-vous habituellement un enfant suspect de RGO ?

Dans quel cas prescrivez-vous un traitement médicamenteux ?

Lequel le plus souvent ?

Sur quelle durée ?

Et en cas d'échec ?

Liés à l'environnement

Avez-vous connaissance de recommandations sur ce thème ?

Pensez-vous que nous soyons assez informés ?

Pensez-vous que les laboratoires pharmaceutiques puissent avoir une influence sur ce sujet ?

Et les pédiatres ?

La CPAM ?

5-Conclusion : J'en ai maintenant terminé avec l'entretien, avez-vous des remarques à ajouter ? (ou à retrancher ?)Merci de m'avoir accordé du temps pour ma thèse.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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 le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Avis favorable de la Commissions des thèses du Département de Médecine Générale en date du 26/10/2016.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop followed by a vertical line and a horizontal stroke extending to the right.

Vu, le Doyen de la Faculté de médecine de TOURS

MAUPERTUIS Quentin

Thèse n°

52 pages. 1 tableau.

Résumé

Introduction : Le reflux gastro-œsophagien est un motif de consultation fréquent en médecine générale. L'objectif de l'étude est d'observer les facteurs déterminants la prise en charge du médecin généraliste au cours d'une consultation pour un reflux gastro-œsophagien physiologique chez un nourrisson.

Matériel et méthode : Étude qualitative réalisée dans le département du Loiret par entretiens semi-dirigés. Dix entretiens ont été réalisés entre les mois de décembre 2014 et novembre 2015.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés sont confrontés au reflux gastro-œsophagien. Pour la plupart des médecins interrogés il s'agit d'une situation complexe. Les principaux déterminants mis en évidence par l'étude sont l'angoisse parentale, la difficulté diagnostique, la crainte de complication.

Conclusion : Notre étude confirme l'hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes dans une situation de RGO physiologique. Leurs objectifs sont conformes aux recommandations actuelles. La principale source d'hétérogénéité de prise en charge retrouvée est la gestion de l'angoisse parentale.

Mots Clés :

- Médecine générale
- Reflux gastro-oesophagien
- RGO
- Nourrisson

Jury :

Président de Jury :

Monsieur le Professeur LEBEAU Jean-Pierre, DUMG de la faculté de médecine de Tours,

Membres du jury :

**Monsieur le Professeur LESCANNE Emmanuel, CHU Bretonneau, Tours,
Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain, CHU Clocheville, Tours,
Monsieur le Docteur RUIZ Christophe, DUMG de la faculté de médecine de Tours**

Date de la soutenance : 10 novembre 2016