UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N°116

THÈSE

Pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Aurélie Demée-Eyraud
Née le 12/01/1981 à Colombes

Présentée et soutenue publiquement le 3 septembre 2013

**ATTENTES DES PARENTS LORS DE LA CONSULTATION DU
PREMIER MOIS DU NOURRISSON EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy Senand
Directeur de thèse : Monsieur Jean-Paul Canevet

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	3
II. MÉTHODE	8
A. TYPE D'ÉTUDE	8
B. POPULATION ÉTUDIÉE	9
1. Critères d'inclusion.....	9
2. La question du nombre	9
3. Mode de recrutement.....	9
C. OBSERVATION	10
D. ANALYSE	11
III. RÉSULTATS	12
A. ANALYSE DES OBSERVATIONS	12
1. Observation 1.....	12
2. Observation 2.....	17
3. Observation 3.....	22
4. Observation 4.....	26
5. Observation 5.....	30
6. Observation 6.....	35
7. Observation 7.....	40
8. Observation 8.....	44
B. ANALYSE THÉMATIQUE ET STRUCTURALE	49
1. Autour de l'enfant.....	49
2. Autour des parents	58
3. Rôle du médecin et les interactions avec les parents ou la mère	68
IV. DISCUSSION	74
A. SUR LA MÉTHODE	74
1. Le type d'étude	74
2. L'échantillon	75
3. L'investigateur	76
B. SUR LES RÉSULTATS	77
1. Les mères.....	78
2. Médecin.....	82
3. Le père.....	84
V. CONCLUSION	87
VI. BIBLIOGRAPHIE	88

I. INTRODUCTION

Après l'internat dont un semestre en service communautaire pédiatrique au CHU de Nantes, j'exerce depuis trois ans la spécialité de médecin généraliste et assure des remplacements dans différents cabinets médicaux sur Nantes et sa région. (Mariée, 2 enfants 5 ans et 2 ans).

Sensibilisée aux suivis des jeunes enfants et à l'accompagnement des parents, attachée à l'écoute et au bien-être de ces patients, j'ai reçu en consultation, de nombreux couples ou mères seules, paradoxalement, heureux et angoissés d'accueillir et de découvrir leur bébé, bien réel et unique.

La construction de la parentalité semble, a priori, naturelle puisqu'elle façonne l'humanité depuis des millénaires. Pourtant, l'arrivée d'une nouvelle vie dans notre société moderne bouscule l'équilibre des familles et les relations conjugales.

La période néonatale constitue souvent une période de joie, de mobilisation mais très souvent aussi de fragilité et de questionnement face aux premières interactions avec le nourrisson. Elle instaure un moment propice aux interventions préventives et thérapeutiques auprès de la nouvelle cellule familiale.

La consultation du premier mois du nourrisson dévoile des attentes habituelles, pragmatiques et quelquefois inattendues ou insolites de la part des parents auprès de leur médecin traitant. Elles témoignent des modalités de l'entrée dans la parentalité singulières pour chaque parent.

La construction de la parentalité : Le désir d'enfant

La maternité choisie, un enfant désiré

Aujourd'hui, les femmes ne sont plus tournées uniquement vers leur fonction maternelle. L'épanouissement ou l'obligation des femmes au travail ont amené à reconsidérer le rôle de mère. Elles ont la possibilité d'affirmer leur libre choix d'avoir un enfant. Les enfants sont le plus souvent choisis, attendus et désirés. (1)

La relation mère-enfant débute très précocement au cours de la grossesse par les sécrétions hormonales ou les perceptions sensorielles. Cet enfant est le fruit d'un désir complexe, que la femme mettra, peut-être, plus de 9 mois à cerner. Elle devra surmonter ses craintes et se définir une nouvelle identité prenant en compte sa maternité.

Désormais l'enfant acquière sa place, il a été reconnu comme un être de langage, selon F.Dolto(2), dès sa naissance avec ses propres compétences et son tempérament. Avoir un enfant engage plus que jamais une réflexion personnelle, familiale, professionnelle, et sociétale.

Le rôle des médias : La parentalité sublimée

De plus, la mère, l'enfant et le père sont au cœur des préoccupations de nos sociétés modernes. De nombreux ouvrages (livres, revues, sites internet, émissions de télévision) fleurissent pour conseiller et accompagner les parents dans leur parentalité. Les magazines de mode, les boutiques de vêtements, les affiches de publicité produisent généralement une image positive de la maternité et de la famille.

La naissance, un bouleversement

La première naissance, est un événement qui revêt une importance particulière. Elle confère aux nouveaux parents un rôle et un statut privilégié. Elle implique une réelle dynamique conjugale et familiale. C'est une période de crise pour les familles en raison des transitions importantes qui ont lieu durant cette période : apprentissages, nouveau rôle, de nouvelles identités, changements importants dans le couple, transformations très rapides chez le nourrisson qui sont parfois difficiles à interpréter par les parents(3)(4).

En termes de soins à l'enfant, une partie du savoir instinctif et populaire, qualifié de « bon sens » a disparu avec l'éloignement des cellules familiales.

Les rôles des parents ne s'apprennent plus essentiellement par apprentissage, modelage, et transmission intergénérationnelle. En conséquence, ceux-ci éprouvent parfois un sentiment d'isolement et d'impuissance face à l'inconnu, à la nouveauté.

Dans ce contexte, les parents se trouvent confrontés à des questionnements, à des difficultés et parfois des problèmes qui restent sans réponse.

La consultation du premier mois

La médecine a pris une place croissante dans la surveillance des premiers mois de vie de l'enfant dans l'objectif de diminuer la morbi-mortalité périnatale.

Ainsi, actuellement, au cours du premier mois suivant sa naissance, le nouveau-né bénéficie de consultations médicales à la sortie de la maternité et d'une consultation médicale obligatoire dans les huit jours qui suivent la naissance.

Si les deux premières consultations sont fréquemment effectuées par des professionnels de santé de la maternité ou de la PMI, la consultation du premier mois est souvent l'occasion de la première rencontre avec le médecin (généraliste ou pédiatre) qui suivra l'enfant peut-être lors de ses premières années ou, en ce qui concerne le généraliste, bien plus longtemps.

Cette première consultation est déterminante car elle doit instaurer une relation de confiance et de sérénité.

La problématique de la démographie médicale et de l'accroissement des naissances

Il y a eu en France 822 000 naissances dont 792 000 en métropole en 2012, selon les sources de l'INSEE(5). Ce nombre de naissances reste élevé depuis 2006.

En Loire-Atlantique, entre 1999 et 2011, le nombre de naissances a augmenté de 13,1 %, contre 12,7 à l'échelle nationale. Avec 16 900 naissances par an en moyenne sur les trois dernières années, la Loire-Atlantique fait partie des 15 départements français les plus dynamiques en termes de natalité.

Selon le modèle de projections démographiques développées par le département de Loire-Atlantique, la population des jeunes enfants continuerait de progresser dans les prochaines années avec une hausse de l'ordre de 3 % à l'horizon 2020 par rapport à 2011.

Selon l'observatoire national de la démographie des professions de santé de 2009, la densité moyenne des pédiatres (tous modes d'exercice confondu) est de 61 médecins pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans. La région des Pays de la Loire fait partie des moins bien dotés avec une densité allant de 40 à 42 médecins. (Soit un pédiatre pour 2400 enfants !). Le nombre de pédiatres libéraux a constamment diminué depuis 1995, avec une quasi stagnation depuis 2006(6)(7).

Le déficit constaté, implique une sollicitation de plus en plus forte des médecins généralistes, pour l'examen et le suivi du nourrisson (En complémentarité ou en collaboration participative avec les pédiatres libéraux et hospitalier, PMI...).

Le rôle des professionnels de santé

Les professionnels de santé apportent une aide précieuse aux parents et à leurs enfants pour franchir des étapes importantes, décisives, dans les meilleures conditions pour l'établissement de liens familiaux positifs.

La place particulière du médecin généraliste

Le médecin généraliste est librement choisi par le patient. Cette indépendance garantit l'instauration d'une confiance et d'une relation durable bénéfique pour les deux parties.

- Il peut suivre ses patients sur la durée et coordonner leurs soins ;
- Il a une place privilégiée pour l'instauration d'une médecine préventive (vaccins, examens de dépistage) ;
- Il peut assurer un suivi médical tout au long de l'enfance ;
- Il peut centraliser toutes les informations concernant les soins et l'état de santé des jeunes enfants (résultats d'examens, diagnostics, traitements, etc.) et ainsi les mettre à jour ;
- Il est un interlocuteur privilégié, il informe et il met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc).

Le médecin reste pour certains parents la seule référence pour répondre à leurs préoccupations de jeunes parents.

En première ligne, le généraliste apporte une aide précieuse de conseils de proximité aux familles qui le consultent.

Dans la plupart des cas, le médecin traitant connaît intimement ses patients ; leur famille, leurs amis, leur environnement social et professionnel et leur cadre de vie...

- Les antécédents et/ou problématiques particulières sont plus facilement détectables ;
- Les confidences paraissent plus aisées ;
- Les multiples préoccupations des nouveaux parents trouvent des réponses adaptées par une approche psychologique adaptée dans la compréhension de leur mode de fonctionnement (8).

La problématique

Dans ce contexte social et médical, il est légitime de prendre en compte :

- Les attentes des parents en matière de soutien, de conseils, et de suivi lors de la consultation du premier mois du nourrisson ;
- Les priorités des parents dans la consultation du premier mois du nourrisson :
 - la diminution de leurs angoisses ;
 - les conseils, sensibilisations et informations.

Cette étude, axée sur les attentes des parents, passe en revue les différentes problématiques développées lors des consultations du premier mois chez le médecin généraliste.

Quelles sont les demandes implicites et explicites des parents lors de la consultation du premier mois du nourrisson ?

- Quels sont les types de difficultés rencontrées par les familles dans le premier mois ?

Quelle(s) interaction(s) se jouent avec le médecin ?

Quel est le rôle du médecin à ce moment particulier dans la vie des familles ?

II. MÉTHODE

A. TYPE D'ÉTUDE

L'investigateur a utilisé une méthode qualitative, l'observation directe, pour répondre à la problématique.

Le dictionnaire Petit Robert définit l'*observation* comme un procédé scientifique d'investigation, de constatation attentive des phénomènes tels qu'ils se produisent, sans volonté de les modifier.

L'observation directe est particulièrement adaptée pour enquêter sur « les comportements qui ne sont pas facilement verbalisés, ou qui le sont trop » et où l'on risque de n'accéder qu'à des réponses convenues.

Elle est également féconde pour saisir les « pratiques non officielles », qu'elles soient occultées ou « prévisibles, quoique perçues comme trop peu « légitimes » par les acteurs pour qu'il songe à les évoquer », ou bien encore trop banales pour que les enquêtés y prêtent attention (*Schwartz, 1993*).

Selon Anne-Marie Arborio(9) (l'enquête et ses méthodes : l'observation directe), « observer est en effet une pratique sociale avant d'être une méthode scientifique. Et ses finalités ont une efficacité d'abord environnementale : Témoigner de mondes mal connus. »

L'observation directe inscrite dans un programme d'analyse sociologique est une technique complexe de recueil de matériaux et une pratique réflexive conduisant à sa mise en ordre analytique : ce n'est pas une simple pratique sociale pouvant d'évidence être annexée par la science.

Le caractère direct de cette observation se manifeste dans le fait que le recueil des faits et les hypothèses sont établis sans autre instrument que le chercheur lui-même.

L'observation directe nécessite quelques exigences : on ne peut observer directement qu'une situation limitée, une unité de lieu et d'actes significatifs par rapport à l'objet de recherche, facile d'accès à un regard extérieur et autorisant une présence prolongée.

La consultation médicale est donc un terrain tout désigné d'observation directe.

Cette méthode d'observation ne comporte aucune « hypothèse de travail », aucun choix à l'avance d'une catégorie de faits observés.

B. POPULATION ÉTUDIÉE

L'investigateur s'est intéressé aux parents venant à la consultation du premier mois de leur enfant en médecine générale.

1. Critères d'inclusion

Les parents retenus pour l'étude devaient :

- Parler français ;
- Venir pour la consultation du premier mois du nourrisson même s'il y a eu d'autres consultations avant ce premier mois ;
- Se dérouler au sein d'un cabinet de médecine générale.

L'absence d'a priori était précieuse : pour les parents et le médecin ceci leur donnait le sentiment que, quoi qu'ils fassent, cela aurait été bienvenu pour l'observateur ; et pour l'investigateur, une vraie attitude d'attente et d'analyse.

2. La question du nombre

L'objectif de départ a été d'aller jusqu'à saturation des données en ayant une diversité possible de l'échantillon.

L'analyse s'est effectuée sur une base limitée de huit consultations.

3. Mode de recrutement

Les médecins ont été choisis dans l'entourage professionnel de l'investigateur.

L'investigateur a expliqué l'objectif de l'étude et le déroulement de l'observation à chacun des médecins.

Au sein de leur patientèle, les médecins ont sollicité les parents concernés par la consultation du premier mois du nourrisson. Les parents étaient informés de la présence d'un observateur réalisant sa « *Thèse portant sur la consultation du premier mois* ».

Les médecins contactaient ensuite l'investigateur pour lui donner la date et l'heure des consultations.

Certains parents ont été recrutés directement par l'investigateur.

Les consultations se passaient dans le cabinet du médecin généraliste. L'heure et la date étaient à la liberté des patients.

Les consultations ont eu lieu avec cinq médecins différents de Loire atlantique :

- Dr AB, médecin généraliste femme, installée en zone urbaine, associée du Dr PP, âgée de 50 ans ;
- Dr PG, médecin généraliste femme, installée en zone semi-urbaine, associée du Dr PC, âgée de 47 ans ;
- Dr ES, médecin généraliste femme, en collaboration en zone rurale, âgée de 29 ans ;
- Dr PC, médecin généraliste homme, installé en zone semi-urbaine, âgé de 58 ans ;
- Dr PP, médecin généraliste homme installé en zone urbaine, âgé de 56 ans. Il exerce également en PMI.

C. OBSERVATION

Armé de ses cinq sens, l'investigateur a mémorisé le plus d'éléments possibles de la consultation observée, sans prendre de notes. La prise de notes aurait supposé un tri des informations et l'aurait détourné de la consultation observée.

L'investigateur a utilisé, avec l'accord du médecin et des parents, un dictaphone afin de retranscrire les dialogues précis entre les intervenants. L'investigateur pouvait se concentrer ainsi sur le reste de la consultation(9)(10)(11).

L'investigateur a porté son attention sur les aspects médicaux, relationnels, verbaux, para-verbaux et corporels, tout en restant attentif aux émotions qu'il a ressenties et mémorisées.

Dès la consultation terminée, l'investigateur se retirait et dictait l'observation sur un dictaphone ce qui a permis la transcription du plus de détails possible. Ce temps prenait entre 15 et 30 minutes.

L'investigateur reprenait la consultation par écrit dès qu'il pouvait, souvent dans la semaine suivante.

D. ANALYSE

Les *verbatim* ont été lus de manière approfondie, un par un, pour identifier les unités de signification qui en émergeaient, selon la technique de déchiffrement structurel.

Puis, les observations ont été analysées dans leur ensemble, les unes par rapport aux autres, pour établir la liste des thèmes communs et regrouper pour chaque thème les différentes unités de signification qui transparaissaient selon la méthode de transversalité thématique.

III. RÉSULTATS

A. ANALYSE DES OBSERVATIONS

1. Observation 1

Médecin : Dr P.P, âgé de 56 ans, zone urbaine, vacation en PMI

Parents : 25 ans, venus en couple, sans emploi, premier enfant (garçon)

Durée de la consultation : 30 minutes

Le cabinet médical était adapté à l'accueil et à la présence d'enfants.

L'arrivée de cet enfant a modifié leur statut parental. Les parents se sont rapprochés de leur famille « *Tu es revenu dans le quartier?* », « *Bah, oui, à cause du bébé.* »

La famille occupe une place importante dans la vie de ces parents. L'environnement familial et social a été évoqué par les parents à plusieurs reprises dans la consultation.

Il y a une transmission intergénérationnelle dans les soins de l'enfant (l'allaitement, troubles digestifs, le développement de l'enfant) « *Mais, sinon on m'a dit de lui donner à boire de l'eau* », « *Beaucoup manger de protéines m'a dit ma tante?* », « *Ma mère m'a dit : « il commence à bien se débrouiller.* » »

Les jeunes parents ont choisi le médecin traitant de la famille du père. Le médecin a suivi le père au cours de son enfance.

Le médecin tutoyait le père, il avait une attitude bienveillante avec des propos plus familiers à l'inverse de la mère qu'il vouvoyait mettant un peu plus de distance.

La consultation était familiale, ouverte et conviviale « *Oui, oui, mais le travail, ça fait partie de l'accouchement, aussi, je peux te dire (rire médecin)* »

Les parents étaient attentifs l'un à l'autre. On notait une présence importante du père dans la vie de son enfant, il employait régulièrement au cours de la consultation des mots tendres pour son enfant.

Le père était un soutien pour la mère « *Mais, comme c'est le premier, je ne voulais rien louper, même les échographies, rien.* » « *Mon bébé, mon petit chat, ça va* » dit le père pendant que la mère le déshabille. »

Le médecin a favorisé le lien parent-enfant au cours de la consultation « *Vous pouvez rester auprès,* dit le médecin. »

La consultation était menée par le médecin. Mais, il est resté attentif aux différentes interrogations des parents. Il avait une attitude d'accompagnement dans les soins et le bien-être de l'enfant.

Il a utilisé son savoir médical à travers l'examen clinique et des théories médicales simples et compréhensives.

Au cours de cette consultation les parents sont intervenus de manière homogène.

Cependant les préoccupations du père et de la mère ont été différentes.

Le père était davantage intéressé par la bonne santé de son enfant, se demandant si son enfant était normal « *Et sinon, ça va, il est en pleine santé ?* » et sur son développement psychomoteur.

La mère à l'inverse était plus centrée sur les troubles digestifs et sur la qualité de son lait.

Les thèmes prépondérants au cours de cette consultation ont concerné les troubles digestifs, l'allaitement et le développement psychomoteur de l'enfant.

Les troubles digestifs étaient omniprésents dans cette consultation. Ce thème a été abordé dès le début de la consultation suite à une question relativement large du médecin, s'intéressant aux parents et à l'enfant « *Comment ça va ?* ».

La mère a répondu spontanément au médecin en exprimant explicitement des problèmes de constipation de son enfant.

Elle a remis en cause la qualité de son lait, la responsabilité de l'allaitement maternel « *Bah très bien, c'était une semaine, un peu compliquée car il n'a pas fait caca, par contre, je ne sais pas si c'est l'allaitement...* », « *Et les coliques, ce n'est pas le temps, qu'il se fasse au lait ?* »

Le médecin n'a pas réagi immédiatement aux propos de la mère. Il a essayé dans un premier temps d'élargir la consultation sur la mère, le déroulement de la grossesse et de l'allaitement.

Mais très rapidement il est revenu de lui-même sur les problèmes de la constipation.

Le médecin a bien noté le lien avec l'allaitement en donnant aux parents une explication physiologique des modifications du transit « *Le lait que vous lui donnez, est entièrement absorbé, donc il n'y a pas forcément beaucoup de matières.* »

Il n'a pas fermé immédiatement la discussion puisqu'il a renvoyé à l'examen clinique.

Les premières réponses apportées par le médecin n'ont pas semblé soulager les parents puisqu'ils y sont revenus régulièrement au cours de la consultation.

Ils étaient inquiets notamment par le sentiment que leur enfant souffrait « *Oui, mais on sent qu'il a envie de pousser, et ça lui fait mal.* »

Le médecin n'a pas toujours répondu immédiatement à la question ou aux remarques des parents. Il a laissé des moments de pause ou changeait de sujet pour se donner le temps d'y réfléchir.

Le médecin a apporté d'autres explications aux douleurs ou aux pleurs de l'enfant devant les torsions de leur garçon.

Il a évoqué notamment la possibilité de « cri de décharge » du petit nourrisson « *Colique ou cris de décharges, si vous voulez. Ce qu'on dit habituellement, c'est que le soir, il a besoin de délivrer son énergie pour avoir un sommeil un peu correct.* »

Mais cette réponse ne convenait pas aux parents qui ont interrompu le médecin pour spécifier qu'ils connaissaient bien leur enfant « *On arrive à faire la différence entre la douleur ou pas.* »

Le médecin à court d'arguments a clos la conversation en proposant un traitement médical (*Débridat*) « *Je pense qu'il y a une participation en soit de phénomènes douloureux de type coliques. Je ne suis pas sûr que le « débridat » va marcher beaucoup, mais vous allez tester* ». Les parents étaient satisfaits.

Sur le sujet des troubles digestifs les parents ont fait intervenir leur entourage. L'entourage a donné des conseils sur l'alimentation de la mère qui allaite (donner de l'eau à l'enfant).

Le médecin n'a pas contredit les propos de la famille mais a redonné aux parents des éléments de vérité « *Beaucoup manger de protéine m'a dit ma tante?* » « *Pourquoi ? Il faut en manger mais normalement, pas plus qu'il ne faut.* »

L'allaitement a été abordé dès le début de la consultation, essentiellement par le médecin. Le médecin s'est intéressé davantage aux complications et aux douleurs éventuellement ressenties par la mère.

Au cours de l'examen clinique, il est revenu sur l'allaitement afin de déterminer le rythme des tétées et le bon déroulement de la succion.

Il a renforcé positivement la fonction nourricière de la mère devant la bonne croissance de l'enfant « *Il prend bien du poids ! C'est un allaitement productif..., ça se passe bien...* », « *Si vous n'avez pas de problème particulier du point de vue du sein, c'est une affaire qui va tourner* ». L'allaitement ne posait pas de problème à la mère.

La mère s'est concentrée essentiellement sur l'utilisation d'un tire-lait « *Ah, j'ai une autre question. On a commandé un tire-lait. Est-ce qu'un biberon c'est pareil ou c'est différent? On peut lui donner à quelle fréquence...?* », « *Et pour, euh, pas maintenant, mais quand on voudra commencer le lait...* ».

Le médecin a répondu à la demande de sevrage de la mère. Mais, il a mis en avant la disponibilité de la mère actuellement du fait de l'absence de travail.

Le médecin a bien remarqué que l'allaitement se déroulait bien. Il a informé les parents de la possibilité de joindre le lactarium au CHU pour des éventuelles questions.

À l'examen clinique, le médecin a vérifié l'ensemble du développement psychomoteur de l'enfant, l'auscultation cardio-pulmonaire.

Le père est intervenu au cours de l'examen clinique. Il a exprimé son inquiétude par rapport aux jambes arquées de son enfant « *C'est normal qu'elles soient arquées, comme ça, ses jambes?* ».

Le médecin a pris son temps pour examiner l'enfant sur le plan orthopédique. Il se voulait rassurant concernant le développement, s'appuyant sur l'évolution au cours des consultations suivantes. Il s'est donné la possibilité de demander ultérieurement un avis spécialisé.

Il a donné des astuces, en s'adressant au père, pour permettre la stimulation des pieds et des jambes « *Ce que vous pouvez faire, c'est stimuler, comme ça, regarde, vous écarterez les pieds vers l'extérieure et prenez une petite brosse à dent* », « *J'ai bien vérifié que c'était réductible, c'est à dire que les replis sont bien, il n'y a pas de limitation. Donc, on va contrôler, si on avait un doute on prendrait un avis orthopédique au CHU* ».

Il a profité de ce moment pour introduire la prévention sur l'utilisation de la vitamine D et de la vitamine K.

Le médecin a abordé la question des vaccins, après l'examen clinique, en fin de consultation.

Il les a informés sur les différents types de vaccins nécessaires à l'enfant et a indiqué le calendrier vaccinal.

Il n'a pas laissé le choix sur l'introduction ou non dans les vaccins de l'hépatite B et il a imposé *le Prevenar et l'Infanrix hexa* « *Par contre ce qu'on va faire c'est le « Prevenar » et « Infanrix hexa», c'est-à-dire contre coqueluche, héamophilus, diphtérie, tétanos, polio et on peut mettre l'hépatite B dans la même seringue, ça sera fait* ». Les parents étaient attentifs et ont laissé le médecin décider.

Il a anticipé la question sur l'utilisation des patchs d'Emla, ne laissant pas la possibilité aux parents de réagir « *Les vaccins font un peu mal. Mettre des patchs, ça n'a aucun intérêt, car ce sont des intramusculaires* ».

Le thème sur le sommeil de l'enfant est également abordé mais très brièvement. Le sommeil de l'enfant ne posait pas de problème aux parents.

Le médecin s'est intéressé également au moral et à la fatigue de la mère « *Et le moral est bon ? Ça, ne vous a pas déstabilisée, le fait, de devenir maman ?* ».

La maman a exprimé une fatigue liée à l'allaitement à la demande « *Vous avez pris un tire-lait car vous avez envie de prendre un petit peu d'air de temps en temps?* », « *Oui et me reposer un peu car c'est fatigant* ».

Le moral de la mère était bon. La mère était à l'aise avec son enfant. Elle est entourée. Le médecin s'est préoccupé également du lien d'attachement de la dyade mère-enfant.

Le médecin était ouvert avec les parents. Il s'est intéressé à leur insertion professionnelle « *Et toi, au point de vue boulot, tu en es où, Christopher ?* », « *Moi, je ne bosse pas, je vais me remettre à chercher.* ».

Il a évalué également leur volonté d'avoir d'autres enfants.

Au cours de la consultation, le médecin à trois reprises a demandé si les parents avaient d'autres questions. Il restait ouvert aux différentes interrogations des parents « *Est-ce que vous avez d'autres questions?* ».

A la fin de la consultation les parents ont remercié le médecin. Ils étaient en accord avec l'ensemble de la consultation. Le médecin est resté disponible pour les parents « *Merci beaucoup* », « *Il n'y a pas de quoi. C'est mon travail. Si vous avez des questions vous pouvez me téléphoner...* ».

Résumé et interprétation :

C'étaient des jeunes parents d'un premier enfant, sans emploi.

Ils se sont rapprochés de leur sphère familiale pour s'assurer un environnement sécurisant.

Le père a choisi le **médecin de « famille »** en qui il avait confiance. On peut de ce fait penser que le médecin aura une attention particulière. Ce père avait plaisir de présenter son enfant à son médecin.

Le médecin, conscient de la place centrale du bébé pour le couple, a mené la consultation par un enchaînement progressif de diverses questions tout en prodiguant des **conseils et des explications médicales** simples, précises et parfois appuyées sur les données disponibles de la science et parfois tirées de son expérience :

- La **constipation** ;
- Les **coliques** ;
- Les **pleurs**.

Les parents ont interrogé le médecin sur la constipation et les coliques ainsi que sur le **régime particulier de l'allaitement**.

Le père était davantage intéressé par **l'état de santé** et la bonne évolution physique de son enfant.

Le médecin s'est intéressé davantage au **bien-être de la mère**, au **lien parent enfant**, et à aborder le sujet de prévention concernant la **vaccination** et la **supplémentation vitaminique**.

Malgré l'attention et l'intérêt qu'ils ont porté aux propos pédagogiques du médecin, les parents ne semblaient pas complètement, réconfortés et persistaient dans leur première hypothèse de colique. Ils insistaient en mettant en avant leurs aptitudes de parents.

Après réflexion et moment de ruptures, le médecin a décidé l'administration d'un médicament usuel pour atténuer leur tourment.

Le médecin a **renforcé les compétences maternelles** en la félicitant dans sa fonction nourricière et sur la bonne croissance de l'enfant.

Il a redonné du sens aux informations diverses véhiculées par les parents et leur entourage familial et amical.

Le médecin a abordé des questions sur **l'environnement professionnel** des parents ; Il souhaitait les sensibiliser sur la nécessité de reprendre un emploi pour face à leurs nouvelles responsabilités et rechercher à les ouvrir vers l'extérieur.

2. Observation 2

Médecin : Dr P.C, âgé de 58 ans, zone semi-urbaine

Mère : Célibataire, âgée de 28 ans, laborantine, premier enfant (garçon)

Durée de la consultation : 32 minutes

Le cabinet médical est adapté à l'accueil d'enfants et du nourrisson, mis en évidence par la présence de jouets dans la salle d'attente.

La mère connaît le médecin depuis son enfance. Ses parents se sont séparés alors qu'elle était très jeune.

Le père de l'enfant ne l'a pas reconnu ; Il n'a toujours pas vu l'enfant depuis sa naissance.

Le père est parti à l'annonce de la grossesse. La mère est donc retournée vivre chez sa mère.

Avant les un mois de Hugo la maman est venue à plusieurs reprises en consultation. Hugo a eu une cytotéatonecrose.

La maman n'a pas le temps de s'asseoir que le médecin lui propose d'aller directement vers la table d'examen.

Cette consultation pouvait paraître à la première lecture surprenante car l'abord du médecin était familier.

Il est probable qu'elle place le médecin dans une position paternelle, pour elle.

Elle a exprimé un sentiment de culpabilité « *c'est moi qui lui donne trop alors ?* ». Elle s'est conduite un peu comme une enfant. La mère a été très hésitante, elle avait peur de mal faire.

Elle a pris une attitude d'infériorité, de petite fille, elle s'est décalée pour laisser la place au médecin face à son enfant en qui elle a une grande confiance.

Mais malgré cette attitude, elle n'a pas eu de crainte à exprimer ses interrogations et inquiétudes.

Accorde-t-elle aux médecins une fonction paternelle ?

Elle réserve une place particulière au médecin, elle lui fait jouer un rôle, probablement parental.

Le médecin était très directif, mais n'utilisait pas d'injonction, il essayait de remettre des règles de puériculture d'ordre médical et scientifique pour guider la mère dans ses questionnements.

De par le contexte familial particulier, la mère a fait mention de la grand-mère d'Hugo à plusieurs reprises car ils vivent ensemble.

La grand-mère d'Hugo a été également mentionnée par le médecin « *Mamie, elle en fait trop, comme toutes les mamies, d'accord* ».

Le médecin m'a confié qu'il avait la crainte que la grand-mère prenne une place trop importante. C'est pour cette raison qu'il a voulu mettre en garde la maman de Hugo. Quelle relation se joue entre la mère et la fille ?

Dans cette consultation la santé et l'aspect du corps de l'enfant ainsi que l'allaitement ont été prédominants.

La mère était anxieuse et angoissée concernant la santé de son enfant. Elle était très attachée aux soins et à l'hygiène de son enfant. La mère veut bien faire et a peur de se tromper.

Elle a posé beaucoup de questions sur les soins de l'enfant notamment la conjonctivite, le frein de la langue, le nombril « *je ne peux pas nettoyer à l'intérieur* », « *son nombril, je le trouve un peu foncé* ».

La mère a cherché des informations à travers les médias, en particulier internet.

Elle a demandé confirmation auprès du médecin, elle accorde une grande importance au corps médical « *J'ai lu qu'il fallait masser le coin, c'était le canal qui était bouché en fait, c'est ça ?* ».

Dès le début de la consultation, la mère était préoccupée par la présence de taches rouges au niveau du cuir cheveux de son enfant « *Il a des petites taches rouges derrière, là, au niveau du crâne. Je me demande, si ce n'est pas des petites taches de naissance ?* ». Dans un premier temps, le médecin a répondu brièvement sans regarder « *On va regarder, c'est des petits angiomes à flammèches, ce n'est pas très grave* ». La mère y est revenue au cours de l'examen clinique et le médecin l'a rassurée sur la normalité de ces taches.

Au moment de l'examen clinique, lorsque le médecin lui a demandé de déshabiller l'enfant, la maman a pris son temps. Elle avait peur que son enfant ait froid après lui avoir enlevé son body. La mère est tourmentée par la crainte que son enfant ait froid « *il va avoir froid* », accentuée par les remarques de la grand-mère « *Oui, c'est maman qui dit qu'il faut que je le couvre* », « *Mamie a peur* ».

Le médecin a fait également une remarque concernant le fait que l'enfant est sur-couvert en indiquant les différentes couches de vêtements mis par la mère.

Le médecin a pris du temps sur l'examen clinique. Il s'est intéressé au développement visuel et auditif de l'enfant en indiquant quelques éléments sur la normalité à cet âge. Le médecin avait des remarques positives, il a rassuré sur le comportement de l'enfant.

Le thème de l'allaitement était omniprésent dans cette consultation. La mère était en alimentation mixte. Elle avait un discours ambivalent, confus.

Elle s'interrogeait sur l'intérêt de continuer ou non l'allaitement « *Je voulais, vous parler aussi de l'allaitement, parce que je suis obligée de continuer les biberons. Parce que je n'ai pas assez, (...), en fait je pèse avant et après pour savoir combien il prend. Est-ce que ça sert à quelque chose que j'allaiter en même temps que je donne le biberon ?* ».

Elle était en grande difficulté dans la gestion entre l'alternance du sein et des biberons.

Elle était perdue sur les doses à adapter entre les deux « *mais je dois lui donner combien en biberon... je me pose la question? Parce qu'à l'allaitement, il prend 50/60 pas plus par tétée* », « *Parce que normalement un bébé à cet âge-là, il prend combien au biberon?* ».

Cependant, il y avait une vraie démarche de la mère à poursuivre cet allaitement qu'on pouvait observer à travers ses différents questionnements : Privilégier un ou deux seins, l'utilisation d'un tire-lait pour stimuler la lactation « *Et l'allaitement ça peut s'arrêter du jour au lendemain ? Si je lui mets trop de biberon ou pas assez ? En fait, par tétée, je mets qu'un sein. Est-ce-que, si je mets les deux, il prendra moins de biberon ?* », « *Et si je tirais mon lait, ça n'aiderait pas à en avoir plus ? C'est trop tard maintenant ?* ».

Tout au long de la consultation, il y avait un vrai « ping-pong » entre le médecin et la mère sur cette question de l'allaitement.

Le dialogue entre le médecin et la mère sur ce thème était déconcertant. Il y avait régulièrement des ruptures dans le discours avec changement de sujet soit de la part du médecin ou de la mère.

La mère était très pointilleuse et avait noté minutieusement dans un carnet : l'heure de chaque tétée, la quantité des biberons, le poids de l'enfant, la température, l'heure de la sieste.

Le médecin a entendu et compris le désarroi de la mère. Il lui a apporté des conseils en fin de consultation où il s'est créé entre les deux une compréhension réciproque.

Il avait un discours, relativement familier. Il connaît suffisamment la mère (il la tutoie) pour se permettre d'avoir un discours directif et non conventionnel.

C'est à la fin de la consultation qu'il l'a guidée en lui conseillant de privilégier le sein par rapport au biberon, d'éviter de peser l'enfant avant et après, source d'anxiété, de donner les deux seins à chaque tétée, éventuellement ajouter un biberon si besoin « *c'est vrai qu'on a intérêt, du moins, si on veut conserver au moins la lactation qu'on a là, on a intérêt à ne pas privilégier les biberons. Il faut une bonne vidange des deux seins à chaque fois et voir après les biberons.* »

À la fin de la consultation, le médecin l'a rassurée sur ses qualités de mère en s'appuyant sur les courbes de croissance « *En tout cas, ça pousse partout, tout pousse harmonieusement. Très bien* »

D'autres thèmes sont abordés au cours de cette consultation de manière plus brève.

La mère a posé explicitement la question sur le sommeil de son enfant. Elle s'est demandée si les réveils nocturnes étaient liés à l'allaitement ou du fait de dormir dans la même chambre « *En fait, il ne fait pas ses nuits. Est-ce que avec l'allaitement, ça met plus de temps ou c'est parce qu'il est dans la même chambre que moi et du coup, il me sent ou mon lait ou je ne sais pas?* ». Elle a suscité un sentiment de culpabilité.

Le médecin a rappelé la normalité du sommeil d'un petit nourrisson. Il l'a tranquilisée sur l'absence de lien avec l'allaitement et le fait de partager la même chambre « Je pense que ça n'a rien à voir. A cet âge, les bébés qui font les nuits », « *Du fait, qu'il soit dans la même chambre, ne t'inquiète pas...* ».

Le médecin a profité de ces questions pour aborder les règles de couchage de l'enfant. La mère était perdue face aux pleurs de bébé, elle avait du mal à déterminer les différentes significations de ses pleurs.

Les pleurs étaient pour elle, fatalement en lien avec la faim.

Les pleurs lui faisaient mal au cœur « *il ne faut pas le laisser pleurer, il est tellement mignon* », « *mais il pleurait, moi ça me fait de la peine* ». Quelle est l'image que renvoient ses pleurs à la mère ?

Le médecin lui a apporté quelques éléments sur les autres significations de pleurs de petits nourrissons : le besoin de câlins, de tendresse et d'attention vis-à-vis de son enfant.

Il lui a exprimé que ce n'est pas forcément toujours en rapport avec la sensation de faim « *ce n'est pas forcément qu'il a faim à chaque fois qu'il braille. Il veut simplement qu'on s'occupe de lui, ok ?* ».

À la fin de la consultation, la mère a exprimé sa fatigue liée à l'allaitement « *mais moi je suis super fatiguée du coup* ». Le médecin lui a conseillé de se détendre un peu et de faire attention à elle.

C'était une mère célibataire, sans aide et ressources paternelles, autour d'elle. Le père était absent pour la seconder même dans les moments difficiles.

Le médecin a conclu cette consultation en étant rassurant sur la bonne croissance et le bon développement de l'enfant.

Il a félicité la mère sur sa qualité maternelle.

Il a insisté sur le fait qu'elle doit lâcher prise, être moins cartésienne et s'adapter à son enfant.

Résumé et interprétation :

Une mère aimante mais un peu immature qui privilégiait sa relation naissante avec son bébé au travers du diptyque Pleurs/Faim.

Elle considérait son bébé comme un « être passif » et manifestait principalement son affection par le recours à l'**alimentation** (allaitement et biberons) et les **soins à prodiguer**.

Cette attitude basique qui consistait à consoler son nouveau-né systématiquement par du lait indiquait une méconnaissance des réelles compétences de son nourrisson.

Elle était confortée dans cette approche par une mère omniprésente qui la conseillait apparemment sur des principes désuets et discutables.

Le médecin connaissait bien l'histoire de la famille et le caractère fragile, inquiet mais déterminé de la jeune maman.

C'est pourquoi, il a commencé directement par l'examen clinique et a répondu immédiatement aux inquiétudes légitimes de sa patiente sur les **problèmes physiques**.

En rassurant la maman sur la bonne santé du bébé, il en a profité pour la sensibiliser sur **d'autres formes de relation avec son enfant** : La différenciation des cris, la tendresse, les demandes de câlins, un meilleur confort vestimentaire, plus d'interactions verbales et sentimentales avec son nourrisson.

La relation antérieure et amicale avec la patiente lui a permis d'être assez direct et directif tout en lui apportant du **réconfort** sur l'évolution naturelle et positive de son nourrisson.

3. Observation 3

Médecin : Dr P.G, âgée de 47 ans, zone semi-urbaine

Mère : venue seule, mariée, âgée de 31 ans, consultante marketing, deuxième petite fille (fille aînée âgée de 20 mois)

Durée de la consultation : 27 minutes

C'est le médecin traitant des enfants et de la mère depuis leur déménagement. Il a suivi sa deuxième grossesse.

Au sein de cette consultation, il y avait une harmonie entre le médecin et la mère. L'enfant était au centre des préoccupations.

Le médecin a entendu les différentes interrogations de la mère et a laissé la mère s'exprimer « *Vous aviez d'autres questions ?* ».

Il y avait un véritable dialogue qui s'est établi entre le médecin et la mère. Il y avait peu de rupture dans le discours. La mère avait confiance en son médecin.

Elle s'est écartée pour laisser la place au médecin lors de l'examen clinique. Mais est restée attentive à l'examen avec un visage rayonnant et souriant.

On a même constaté un arrêt momentané de sa concentration maternelle, se déchargerait-elle de sa responsabilité maternelle le temps de l'examen ? « *La maman reste sur la chaise, elle ne se lève pas pour surveiller sa fille, restée seule sur la table* ». Le médecin a même demandé à la maman de se lever pour surveiller sa fille lorsqu'il s'est éloigné une deuxième fois de la table d'examen.

La mère avait des gestes assurés et maternels pour son enfant.

Au début de la consultation, le médecin s'est intéressé d'abord à la mère en se recentrant sur son accouchement, un moment agréable pour elle « *oui c'était génial et l'accouchement idéal* ».

La mère a bénéficié d'une sage-femme à domicile après la naissance, mise en place par la sécurité sociale. Elle a particulièrement apprécié cette démarche, soulignée par le médecin.

Dès le début de la consultation, la mère et le médecin ont souligné les difficultés de sommeil « *La nuit c'est un peu difficile ?* », « *Ben, elle n'est pas du tout calée contrairement Alice. Alice s'est calée, très rapidement mais là, elle ne sait pas, j'ai l'impression* ».

Le médecin a dédramatisé cette situation « *On n'est pas tard encore* », « *À un mois c'est pas mal* ».

Mais la mère n'était pas satisfaite de cette réponse car elle était en souffrance. On a observé une rupture de ton avec une intonation sèche et familière « *oui, je suis crevée, j'aimerais bien dormir* ».

La mère pour améliorer le sommeil de sa fille, la stimulait à boire son biberon plus tard dans la soirée « *c'est nous qui lui disons, tu vas boire ton biberon à 11h30* ».

Le médecin a entendu l'attente de la mère et lui a proposé de se reposer dans la journée mais n'est pas allé plus loin « *du coup, il y a que ça. Les biberons, là c'est fatigant.* ». Il lui a signalé que ceci se calera progressivement dans la journée avec le temps.

L'alimentation de l'enfant était également un autre sujet prédominant dans cette consultation pour le médecin et la maman. La maman utilisait du lait maternisé.

La maman était davantage préoccupée par le rythme et les horaires des biberons. Faut-il fixer des horaires ou faire à la demande ?

Le médecin était plus étonné par la quantité de lait donnée par la mère. Il s'est appuyé sur le calcul théorique des doses de lait en fonction du poids. Il était ennuyé par cette quantité importante de lait. Il est resté ouvert et s'est appuyé sur le bon examen clinique pour relativiser.

Le médecin a temporisé et a eu une attitude d'écoute envers la mère exprimant le fait que sa fille avait faim.

Le médecin l'a soutenue dans sa démarche et s'est adapté aux demandes de la mère et au comportement de l'enfant « *ça se passe super bien franchement. C'est juste histoire de la quantité. Moi, j'ai l'impression qu'elle boit un petit peu trop, mais d'un autre côté, il faut tâtonner, trouver la dose qui lui convient. Elle est grande, elle a un bon poids* ».

Il n'a pas contredit la démarche maternelle et a renforcé positivement la bonne croissance de l'enfant « *quand on regarde la courbe, magnifique. Ça c'est très parlant chez un bébé, en terme de poids. C'est l'essentiel* ».

La notion de colique a été également évoquée au cours de cette consultation de manière implicite par la mère « *bah, si elle se tord pas mal* » alors que le médecin examinait le ventre « *sur le plan digestif elle n'a pas l'air gêné* ».

La mère a parlé à trois reprises de « *hoquet* », quelle était la signification de ce terme pour la mère ? Faisait-elle un lien avec les coliques ou des problèmes de régurgitation ? « *Pour l'instant il ne régurgite pas, elle a le hoquet* ».

D'elle-même, la mère a fait le lien entre les coliques et la quantité de biberon « *je trouvais qu'elle avait mal au ventre après chaque biberon mais c'est parce qu'elle boit trop du coup ?* ».

Le médecin a profité de cette remarque pour rappeler à la mère que les doses de lait étaient un peu au-dessus de la théorie.

La mère n'était pas prête à diminuer car elle avait une crainte sur les réveils nocturnes « *du coup, elle va demander plus tôt alors ?* ».

Les préoccupations du médecin et de la mère étaient différentes.

Le médecin a relativisé et a positivé sur la situation d'un bon développement et de la bonne croissance de l'enfant.

Il n'a pas invalidé la mère, il l'a laissée faire ses propres expériences.

Le médecin a pris du temps au cours de l'examen clinique. Il avait des gestes tendres et délicats pour le nourrisson. Son examen était apaisant. Il a parlé à l'enfant d'une voix douce, rentrant en contact avec lui.

Le médecin a vérifié l'ensemble du développement psychomoteur, l'auscultation cardiaque, pulmonaire et abdominale et les différentes mensurations.

Tout au long de cet examen clinique la mère était attentive et satisfaite du développement de l'enfant.

Le médecin a profité de l'examen clinique pour rappeler les règles de puériculture, d'hygiène et de soins du corps « *il faut bien penser, à bien sécher dans les petits plis* ». Le médecin insiste sur la vigilance des microbes de l'hiver.

Le médecin a rappelé la conduite à avoir en cas de fièvre chez le jeune nourrisson.

Lors de l'examen clinique le médecin s'est intéressé à la fratrie, la grande sœur. Il a exploré la jalousie de la grande sœur.

On notait à ce moment du discours un décalage entre le médecin et la mère : le médecin s'intéressant aux éventuels microbes transmis par la sœur lors des bisous alors que la mère était plus préoccupée par d'éventuels gestes agressifs lors des caresses.

Le père n'a été introduit qu'à la fin de la consultation par la mère lorsqu'elle a évoqué les réveils et pleurs du nourrisson avec un risque de réveiller l'aînée « *En fait avec son père, on ne veut tellement pas qu'elle réveille la première, qu'elle fasse du bruit, on ne la laisse pas pleurer* ».

Au cours de la consultation, la mère a essayé de calmer sa fille en lui donnant la tétine mais la petite fille a refusé « *Par contre elle n'aime pas la tétine. Par rapport à sa sœur qui était accrochée, elle, elle, rejette l'objet* ».

Le médecin a insisté sur le tempérament paisible du bébé et des différents besoins de succion.

Le médecin fait remarquer à la mère qu'elle a une petite fille sereine et calme.

À la fin de la consultation, le médecin a pris le temps d'informer et d'expliquer le calendrier vaccinal.

Résumé et interprétation :

Mère déjà expérimentée, réfléchie et assurée, car le nourrisson était son deuxième enfant ; l'aînée à 20 mois.

Tout semblait parfait : L'**accouchement** s'est déroulé 2 jours après terme, il a été provoqué et tout s'est bien passé, une sage-femme est venue à domicile par deux fois accompagner et conseiller la maman avec ses deux enfants.

La grande sœur était heureuse et accueillait agréablement sa petite sœur. La maman était prévenante, douce et attentive avec son nouveau-né.

L'examen clinique confirmait la **bonne santé** et l'**excellent tonus** du nourrisson.

Suite aux questions faussement anodines du médecin durant l'auscultation quelques réflexions spontanées de la mère suscitaient un peu plus de curiosité.

A plusieurs reprises la mère semblait minimiser les remarques du médecin sur une prise de lait trop importante.

La maman étayait ses initiatives par le fait que le nourrisson ne réclamait pas à boire régulièrement et qu'elle était dans l'obligation de fixer les horaires, qu'elle était **épuisée**, que son bébé était **hyperactif** et ne faisait pas ses **nuits** contrairement à sa grande sœur, qu'elle refusait la tétine, qu'elle buvait sans doute trop vite et que cela provoquait des **hoquets** et aussi d'éventuelles **coliques**.

Face à l'insistance habile et courtoise du médecin sur les doses de lait et les petits symptômes provoqués ; la mère avoue qu'elle organise les heures de **biberon** principalement le soir afin de protéger le sommeil de chacun ; l'augmentation des doses de lait répond à l'objectif de rassasier le bébé pour la nuit.

Ce constat révélé, en fin de consultation, a éclairci le comportement surprenant de la maman qui a oublié un bref instant les gestes de sécurité élémentaires lors de l'auscultation de son bébé.

Le médecin a déculpabilisé la mère en la tranquillisant sur un examen clinique satisfaisant. Le médecin a pu obtenir sous forme de compromis un réajustement de dose, pour le confort du nourrisson.

Suite à son départ le médecin a noté cette particularité sur ses notes personnelles pour avoir le temps d'en reparler avec elle.

4. Observation 4

Médecin : Dr P.G, âgée de 47 ans, zone semi-urbaine

Parents : venus en couple, premier enfant (fille). Père âgé de 30 ans, travaille dans le bâtiment. Mère âgée de 28 ans, travaille dans l'administration.

Durée de la consultation : 35 minutes

Le médecin suit le couple depuis plusieurs années.

La maman est venue trois fois avant la visite du premier mois pour des problèmes concernant la santé de sa petite fille (conjonctivite, régurgitation, pleurs).

Le médecin menait cette consultation. La mère avait de multiples questions et beaucoup d'angoisses.

Il a essayé d'accompagner la mère et de répondre à ces différentes angoisses par la recherche de solutions.

Il a introduit le père dans le soutien de la mère concernant l'allaitement, les pleurs de l'enfant, les biberons.

Le père était présent pour son enfant, il avait des gestes tendres, il prenait l'initiative pour habiller et déshabiller sa petite fille pendant la consultation.

On a peu d'informations dans cette consultation sur l'environnement familial de ce couple. La grand-mère maternelle avait pris sa petite-fille, une nuit, pour soulager la mère.

Le sujet central et occupant un tiers de la consultation concernait l'allaitement maternel. La maman se trouvait en grande difficulté avec son allaitement maternel. Elle n'arrivait pas à calmer sa fille devant un réflexe d'éjections important.

Elle avait des propos violents avec des images de mort, d'étouffement « *oui, mais du coup, elle s'étouffe tout le temps* », « *elle s'étouffe tout le temps à chaque tétée, plusieurs fois par tétée* ».

Le temps de la tétée est vécu comme un calvaire pour la mère, une vraie souffrance « *oui, mais elle en foutait partout, ça dégoulinait partout... Elle crachait partout et donc pour prendre, elle s'énervait encore plus.* », « *En fait, elle s'énervait encore plus et c'est pire que tout. Du coup elle s'est énervée, énervé, énervé et après ne voulait plus m'approcher tellement elle était énervée.* ».

Le lien mère-enfant a été mis à l'épreuve dans l'allaitement. Le médecin a bien entendu cette souffrance. Il a essayé de trouver des solutions pour conserver le lien et une alliance entre la mère et son enfant.

Le médecin préconisait des solutions de bon sens pour que la maman puisse allaiter de façon plus agréable et efficace.

Il a proposé notamment l'utilisation d'un tire-lait pour permettre à la mère de se reposer et prendre du temps pour elle.

Elle a introduit ainsi le père dans l'accompagnement de sa femme « *Je pense que vous êtes gagnante en temps et puis vous êtes plus détendus* ». Ceci semblait être une solution acceptée par la mère « *tout à l'heure j'ai réussi. C'est la première fois qu'elle a bien bu ce midi.* »

Le médecin proposait des solutions mais était un peu déconcerté et décontenancé face à l'angoisse de cette mère.

Il l'a laissée maîtresse de ses choix « *je ne sais pas, à vous de trouver* ».

La mère s'inquiétait également par rapport à la quantité de lait prit par l'enfant « *oui mais là, elle est tellement énervée qu'après elle ne voulait plus manger* », « *Mais en fait c'est qu'elle mange pas et je sais que ça va durer...* ».

Le père était à l'écoute de sa femme et dédramatisait en imitant sa fille chercher le sein quand elle était gênée par l'éjection du lait « *c'est marrant à voir* ».

Le médecin a félicité la mère d'avoir suffisamment de lait et prenait soin de tranquilliser la mère devant la bonne croissance de sa petite fille « *c'est une affaire qui fonctionne bien* ».

La mère a fait le lien entre les difficultés de l'allaitement et les troubles de régurgitation de sa fille.

La mère a déjà consulté avant le premier mois pour ce motif. Le médecin a réévalué l'importance de la régurgitation « *après les tétées comment ça se passe ?* ».

Il a été évoqué rapidement des problèmes de colique sous le terme de « *gaz* » et de « *selle verte* ». Le médecin a dédramatisé, relativisé avec humour « *c'est dur le métier de bébé* ».

La mère était également préoccupée par le sommeil anarchique de sa petite fille « *la nuit elle se réveille plus par contre* », « *j'ai du mal à la coucher* », « *je suis obligée de la prendre et passer au biberon et après c'est bon.* ».

Elle n'avait pas d'explication sur ces réveils nocturnes « *elle ne se couche pas avant, deux, quatre heures du matin. Alors qu'elle dormait avant* », « *elle me regardait avec des grands sourires* ».

Elle était en grande difficulté pour laisser pleurer sa fille avec des images angoissantes « *si je la repose, elle se met à hurler à la mort* ».

Le médecin a informé les parents sur l'apprentissage de la frustration et les différentes significations des pleurs de l'enfant notamment le besoin d'être rassuré et d'être câliné.

La mère était encore dans l'apprentissage de la connaissance de sa fille. Ceci a été évalué par le médecin « *vous arrivez à comprendre un petit peu les pleurs maintenant ?* », mais la mère affichait franchement ses difficultés « *je n'y arrive pas encore* ».

Le médecin prenait son temps à l'examen clinique en utilisant des superlatifs pour montrer que l'enfant allait bien « *voilà, super, elle a bien redressé sa tête* ».

Le médecin verbalisait les différents gestes qu'il effectuait au cours de son examen clinique. Il a manifesté que la petite fille est paisible, détendue et qu'elle avait un bon développement psychomoteur.

Le médecin utilisait des gestes tendres envers la petite fille, et ainsi rentrer en contact avec elle.

La mère a mentionné des problèmes de conjonctivite persistant depuis le huitième jour de sa petite fille.

Elle a évoqué également la présence d'acné sur le visage.

Le médecin a profité de l'examen clinique pour informer les parents sur les épidémies hivernales.

À la fin de la consultation, le médecin a expliqué l'ensemble du calendrier vaccinal jusqu'aux 18 mois de l'enfant.

Elle a laissé le choix pour l'ajout de l'hépatite B « *on peut rajouter l'hépatite B, c'est l'option* », « *ça c'est aux parents de choisir* » mais, elle a incité les parents à le faire « *chez les tout-petits ça ne pose aucun souci, il n'y a pas de contre-indication* ».

Le médecin a dit d'emblée qu'elle ne prescrivait pas systématiquement les patchs, en se justifiant devant la surprise de la mère.

La mère était à l'aise avec le médecin et ne mettait pas de barrière, elle ne censurait pas ses demandes.

Elle avait plusieurs motifs allant au-delà de la consultation de sa fille :

- Elle a profité de cette consultation pour parler des résultats du bilan de cholestérol de son mari dont le médecin est également médecin traitant.
- Elle a demandé également au médecin de la vacciner contre la grippe.
- Et elle a évoqué également sa rééducation du post-partum.

Le médecin m'a informé que le père de la jeune femme était décédé d'une leucémie récemment. Les angoisses de cette mère étaient sans doute liées à ce deuil. Le médecin connaissant ce contexte a pris le temps nécessaire pour répondre sereinement aux différentes interrogations de la mère, allant au-delà de la consultation du premier mois.

Résumé et interprétation :

Un couple heureux d'accueillir leur nouveau-né, d'éducation et d'un milieu modeste. Il représentait une réussite et une revanche sur les douleurs récentes du décès du grand père (père de la maman).

Les deux parents paraissaient fusionnels, ils présentaient tous les deux les mêmes versatilités et entretenaient des paradoxes identiques.

Le médecin avait beaucoup de **difficulté à canaliser les remarques** et les réponses spontanées, désordonnées, contradictoires et incohérentes des parents.

Leur bébé était à la fois paisible et colérique, rassasié et affamé, empressé et apathique, souriant et sobre, dormeur et éveillée...

Chaque petit symptôme du nourrisson faisait l'objet d'une visite urgente chez le médecin (4 consultations entre la sortie d'hôpital et la visite du premier mois !).

Les précautions corporelles permanentes, attentives et délicates apportées au nouveau-né cachait en fait une souffrance constante des parents pour idéaliser l'enfant « imaginaire » et sans problème décrit justement par Serge Lebovici (12).

Tous les deux n'acceptaient, en réalité, aucune petite dérive ou défaillance par rapport à l'enfant parfait qu'ils avaient imaginés et ils s'insurgeaient à chaque refus de leur bébé de s'endormir à l'heure, de refuser le sein nourricier, de régurgiter le lait maternel, de soigner durablement des maux naturels par des médicaments ...

Au quotidien, l'attitude de la maman était principalement orientée vers la protection de son enfant contre les menaces extérieures et les aspects alimentaires. A part les signes de faim (pleurs, grimaces) elle mésestimait les réelles compétences de son bébé et les interactions de la dyade sont fragilisées: Pas de reconnaissance des pleurs, des colères, des insomnies, des sourires et des regards, peu de sensibilité aux variétés des signaux et comportements expressifs de son nourrisson.

Cette posture amplifiait le mal être du bébé qui semblait réclamer plus de câlins et de communication jusqu'au milieu de la nuit ainsi qu'une fatigue excessive de cette mère nourricière qui s'évertuait à calmer invariablement son bébé en lui donnant le sein à tout moment de jour et de nuit...

Face aux faits constatés, il existait un risque que les parents souhaitent concrétiser leurs ambitions ou réparer un deuil ou des frustrations.

Il appartiendra sans doute au médecin, durant une occasion propice d'expliquer que les jeunes parents doivent être à l'écoute de leur nouveau-né, et qu'il est nécessaire de l'accompagner simplement et lucidement dans son épanouissement, son travail d'autonomisation progressive, d'éviter de rêver au bébé idéal et/ou s'imposer d'être des parents parfaits.

5. Observation 5

Médecine : Dr E.S, âgée de 28 ans, en collaboration en zone rurale

Mère : Venue seule, mariée, âgée de 31 ans, deuxième fille. Travaille dans les assurances.

Durée de la consultation : 25 minutes

Le cabinet est adapté et habitué à recevoir les enfants.

Le médecin a suivi la deuxième grossesse de cette femme et voit en consultation régulièrement sa première fille.

La maman avait souligné à l'observateur en salle d'attente qu'elle avait choisi le médecin généraliste pour la rapidité des rendez-vous par rapport au pédiatre.

Dans cette consultation, on a remarqué une relation équilibrée dans les échanges entre le médecin et la mère.

La mère avait au début un discours laconique, et progressivement au cours de la consultation elle a exprimé discrètement quelques affects.

Le médecin était dans l'empathie et dans le dialogue avec la mère. Il avait un souci de ne pas laisser des questions de côté. En fin de consultation, le médecin offrait la possibilité à la mère d'exprimer des questions inabordées.

Le médecin s'est intéressé à la maman et à l'enfant de manière générale pendant la consultation.

Il a débuté cette consultation par une question positive et fermée « *tout va bien ?* ».

La mère était souriante, décontractée « *ouais, c'est nickel* ». Elle était détendue. Elle avait des gestes assurés et sereins face à l'arrivée de ce deuxième enfant.

Elle était à l'aise face au médecin avec parfois une certaine désinvolture. Elle restait à proximité de sa fille pendant l'examen clinique.

Elle se mettait en face du médecin pour être proche de sa fille afin de lui susurrer des mots tendres, doux et lui faire des caresses.

Le lien d'attachement mère-enfant était bien établi. La mère était émerveillée devant les sourires réponses de la petite fille.

La maman n'avait pas de questions particulières au cours de cette consultation. Ces différentes interrogations survenaient au fur et à mesure de l'examen clinique. La mère était autonome et prenait les initiatives notamment en ce qui concernait l'alimentation et les soins de son enfant.

La seule question évidente de la mère concernait la suspicion de varicelle chez sa petite fille. Malgré sa consultation les jours précédents chez la pédiatre, elle souhaitait avoir confirmation du diagnostic par son médecin traitant. Elle gardait une certaine distance avec le discours médical.

La mère a pris les initiatives des soins liés à la varicelle et elle n'avait aucune inquiétude particulière.

Le médecin a confirmé le diagnostic. Il a repris la main en apportant des éléments médicaux et la possibilité de récurrence, compte-tenu de la protection actuelle par les anticorps maternels.

Le médecin s'est intéressé d'abord à la mère, se souciant dans un premier temps du déroulement de l'accouchement.

La maman évoquait une césarienne avec un risque foetal. Le thème de l'accouchement a été évoqué à trois reprises à différent moment de la consultation montrant une inquiétude ou un désarroi à minima non soulevé par le médecin clôturant rapidement la sujet.

Rapidement, le médecin a introduit le sujet de l'alimentation. La maman donnait des biberons.

Elle était autonome dans la gestion du nombre et de la dose des biberons. Elle n'avait pas de souci particulier « *Elle boit bien* », « *je lui propose 150 et elle finit de temps en temps. Elle est plutôt à 120 que 150* ».

Le médecin a évalué rapidement la quantité et a renforcé positivement la bonne conduite de la mère.

Les troubles de régurgitation ont été évoqués brièvement lors de l'examen abdominal de la petite fille.

La mère parlait de hoquet « *elle peut me faire un hoquet d'enfer et me faire quelques régurgitations, longtemps après la prise du biberon* ». Le médecin a répondu immédiatement à la remarque de la mère en recherchant des éléments de gravité ou de reflux gastro-œsophagien dans l'interrogatoire.

Le médecin a tranquilisé la mère sur la normalité des régurgitations chez un petit nourrisson. Ceci renforcé par la bonne prise de poids et l'absence de signes de gravité ou de douleur, « *Ça arrive d'avoir, une régurgitation qui arrive jusqu'au biberon d'après, en fait, c'est pas forcément un problème en soit. Tant qu'ils prennent bien du poids et que ça leur fait pas de mal, qu'il n'y a pas de sang dedans.* ».

Le médecin est revenu à plusieurs reprises sur les questions du sommeil peut-être pour évaluer la fatigue de la mère. La maman ne s'en plaignait pas « *elle dort bien* ».

La mère a évoqué des pleurs identifiés comme les cris de décharge « *le soir elle angoisse un petit peu... Elle pleure un peu. Ce n'est pas un bébé qui pleure beaucoup, mais bon, elle se calme vite.* » C'était une mère paisible et tranquille.

La maman se consacrait davantage à des petits détails, au développement psychomoteur et social de son enfant.

Au cours de l'examen clinique, la maman a posé une question sur le développement de la vision *« je ne me souviens plus, au niveau de la vision, c'est net pour eux à partir de quand ? »*, s'assurant que son enfant la voit.

La mère était attentive à l'examen du tonus de sa fille. Elle l'a valorisée alors que le médecin constatait un décollement de tête imparfait mais normal compte tenu de l'âge de l'enfant ce qu'a confirmé le médecin *« c'est un peu tôt encore »*.

Elle avait moins d'angoisse par rapport à la pratique et aux questions de puériculture.

La mère était satisfaite de la bonne prise de poids de sa fille et de la bonne croissance, joyeuse lorsque le médecin a annoncé le poids du nourrisson.

À la fin de la consultation, lorsque la mère et le médecin sont retournés au bureau, le médecin a abordé le calendrier vaccinal.

Concernant l'hépatite B, il a expliqué le mode de transmission et les études antérieures *« ça se transmet par voie sanguine et sexuelle »*, *« mais, on avait, vous savez, des arrière-pensées sur le vaccin qu'on n'a plus maintenant. »*, *« On n'en parlait il y a une dizaine d'années, mais on a refait des études depuis qui montrent qu'il n'y avait pas de sur-risque de sclérose en plaques avec ce vaccin-là. »*.

Implicitement, la mère n'était pas favorable aux vaccins de l'hépatite B *« ce n'est plus d'actualité toutes ces ... ? »* qu'elle n'avait d'ailleurs pas fait chez sa fille aînée.

Le médecin a laissé le choix à la mère *« mais ce n'est pas obligatoire non plus »*, *« vous aurez le temps d'y penser plus tard »*.

La maman, soucieuse du confort de son enfant, a pris l'initiative d'interroger sur les patchs anesthésiant *« je lui mets un petit anesthésiant avant les vaccins ? »*. Le médecin ne s'est pas opposé au patch mais a expliqué les raisons de son inutilité. Le médecin a laissé la maman choisir.

La mère a profité de la discussion sur les vaccins pour mettre à jour son vaccin DTP, déjà vu avec la sage-femme. Le médecin a repris la main avec des explications médicales en intégrant l'enfant et les risques en cas d'infection notamment de coqueluche.

Il a évalué la relation entre les deux sœurs *« Ça se passe bien avec la grande sœur ? »*.

La mère a évoqué un peu de difficultés à l'arrivée de la petite sœur, mais s'est adaptée *« elles se sont un peu mises de côté »*.

La mère n'est pas rentrée dans les détails et le médecin a laissé en suspens ce sujet.

Le médecin a évoqué le père à la fin de la consultation. Il a exploré la relation du père avec ses filles et la présence auprès de la mère *« Vous êtes trois filles à la maison ? Papa est content ? »*

Le médecin a demandé à la mère quand se terminait son congé maternité. La mère reprenait au quatrième mois de sa fille « *j'ai un peu de temps du coup* ». Elle pouvait ainsi profiter de ses enfants.

Tout au long de la consultation, le médecin était dans l'accompagnement, dans l'encouragement et restait ouvert vis-à-vis de la mère et de l'enfant.

Elle a renforcé positivement l'attitude de la mère.

Résumé et interprétation

Cette mère, âgée de 31 ans était venue voir son médecin traitant pour le suivi de son deuxième enfant.

Elle a décidé de faire suivre son deuxième enfant par son médecin traitant pour la **proximité et la disponibilité** rapide des rendez-vous.

La mère avait des gestes maternels adaptés et assurés. Elle était sereine avec moins d'angoisse dans la pratique quotidienne.

Par ses réponses laconiques, elle semblait attendre de cette consultation une **prestation technique**. Mais, peu à peu, elle s'est permise d'exprimer avec discrétion quelques affects qui transparaissaient dans l'évocation de son inquiétude au cours de son **accouchement**.

C'était une mère **autonome**, s'assurant de la sécurité de son enfant, la « mère suffisamment bonne » (Winnicott)(13).

Elle s'intéressait à des petits détails notamment la **vision**, elle était dans une **relation affective et attentive avec son enfant**.

La mère abordait peu de thèmes en dehors des **troubles digestifs** (« hoquet d'enfer ») et la confirmation du diagnostic de **varicelle** après un premier avis pédiatrique.

Le médecin était dans l'empathie et dans l'accompagnement. Il a témoigné d'un souci de **ne pas laisser de question de côté** mais des interrogations latentes sont repérables notamment dans le cadre de l'accouchement. On pouvait apercevoir à travers quelques éléments implicites de la mère, la crainte, au moment de l'accouchement, que celui-ci n'est pas eu lieu trop tard.

Le médecin a interrogé sur les autres thèmes :

- L'**alimentation** qui ne pose pas de souci à la mère ;
- Le **sommeil** qui commence à se mettre en place ;
- Les **vaccins** pour lesquels le médecin est revenu sur les différentes polémiques concernant l'hépatite B devant une certaine réticence de la mère. Tout en insistant sur l'intérêt de ce vaccin, le médecin laissait libre choix à la mère ;
- L'évocation de la **fratrie** et d'une éventuelle jalousie avec la sœur aînée ;
- L'évocation brève du **père** ;
- La reprise du **travail de la mère**.

Le médecin restait à l'écoute et disponible pour la mère.

Il a renforcé positivement son attitude et ses compétences maternelles devant des propos flatteurs envers l'enfant.

6. Observation 6

Médecin : Dr P.G, âgée de 47 ans, zone semi-urbain

Mère : célibataire, âgée de 32 ans, vendeuse, deuxième enfant (1^{er} : fille, 5 ans et 2^{ème} : garçon)

Durée de la consultation : 32 minutes

Le médecin avait suivi la grossesse de la mère et suivait sa fille.

La mère était très à l'aise avec le médecin qu'elle connaissait depuis plusieurs années.

La mère était souriante et détendue. Elle faisait attention à son apparence, elle était maquillée pour venir à la consultation de son enfant.

La mère était déjà venue en consultation avant les 1 mois pour un problème de rhinite.

Elle semblait très à l'aise dans son rôle de maman. Elle ne s'est pas embarrassée de matériel de puériculture (poussettes, porte-bébé), elle est venue simplement à la consultation en portant son enfant dans les bras.

Cette décontraction a été remarquée par le médecin « *ce que l'on disait la dernière fois, c'est que vous êtes très détendue et je pense que ça se ressent chez lui* ».

Devant la question générale et globale du médecin dès le début de la consultation « *comment ça va ?* », la mère a introduit directement les trois sujets qui la préoccupent : la rhinite, l'encombrement et les pleurs « *il est encore un petit peu enrhumé... Il a pleuré toute la nuit... Je le trouve quand même encombré.* ». Pour le reste, elle était sereine et les gestes sont acquis.

Elle a centré la consultation sur son enfant.

Les autres sujets ont été introduits uniquement par le médecin.

Après avoir relaté brièvement les trois sujets prépondérants, le médecin a recentré le début de la consultation sur la mère, au sujet de l'accouchement.

Le médecin et la mère avaient évoqué ce sujet lors d'une consultation antérieure. Elle a rappelé les difficultés de l'accouchement dues aux remarques culpabilisantes de l'obstétricien concernant le tabac.

Le médecin et la maman ont fini par positiver cet événement pénible : depuis la maman a diminué sa consommation de tabac.

Concernant la rhinite, la mère a fait cette remarque dès le début de la consultation. Le médecin a exploré, par l'interrogatoire, cette inquiétude de la maman. Elle a renvoyé rapidement sur l'examen clinique après avoir posé quelques questions sur les pleurs nocturnes.

Le médecin ne semblait pas inquiet en normalisant l'état de l'enfant « *donc, à part cette espèce de petit rhume ? Enfin bon, là il n'a pas l'air de tousser* », « *Il n'a pas l'air tout à fait malade.* ».

La mère était autonome dans ses gestes, avait le réflexe du lavage de nez avec le sérum physiologique « *je le mouche du coup* ».

La mère a omis d'informer l'épisode de fièvre. Le médecin est intervenu en notant l'importance d'un épisode de fièvre chez un petit nourrisson.

La mère n'avait pas notion de la définition de la fièvre mais a effectué les gestes appropriés (déshabillage de l'enfant, Doliprane).

Le médecin a profité de ce moment-là pour redonner la définition de la fièvre et la conduite à tenir.

Le médecin a pris en compte cette rhinite, dès le début de l'examen clinique, en explorant l'examen des tympons, de la gorge et pulmonaire.

Il a relativisé et rassuré la mère par rapport à l'examen *clinique* « *là il n'est pas... On est loin des dans ce cas-là* ».

Il a rappelé la prudence à avoir devant les microbes d'hiver.

La mère était également alarmée par les pleurs nocturnes de son enfant alors qu'il faisait ses nuits.

Elle a fait le lien de ces pleurs avec la constatation de l'encombrement et de la rhinite « *mais là c'est vrai il a pleuré toutes les heures* », « *c'est vrai qu'autrement je ne l'entends pas* ». A nouveau, le médecin s'est appuyé sur l'examen clinique normal pour rassurer la mère devant ses pleurs.

L'alimentation n'inquiétait pas particulièrement la mère. Le médecin a introduit le sujet de l'alimentation lorsque la mère a parlé des pleurs et de son augmentation des doses « *mais là, ça fait deux nuits, il réclame quand même. Sachant que j'ai augmenté les doses* ».

Le médecin s'est intéressé au nombre de biberons et à la quantité de lait dans la journée. La mère était autonome dans la gestion des biberons « *bah, là, il est passé à 120. Parce qu'on voyait bien que ça ne suffisait pas.* »

Elle s'est adaptée aux besoins de son enfant. Elle a fait le lien entre les pleurs de son enfant et la sensation de faim d'où l'augmentation de la quantité de lait.

Le médecin l'a informée sur la distinction entre la sensation de faim et les besoins de succion « *il y a des bébés qui ont envie de téter. Ça ne veut pas dire qu'ils ont besoin forcément* ».

Le médecin a profité de cette occasion pour parler des angoisses du nourrisson calmées par la succion « *Quand, il y a un petit souci, le bébé, il envie de téter, ça le calme. Ça ne veut pas dire que c'est la faim forcément* ».

La mère a bien entendu les explications du médecin mais elle a insisté sur la bonne compréhension de son enfant. Pour elle, la quantité n'était pas suffisante « *parce qu'il a quand même sa « tutute » et en général c'est ça quand il voit qu'on le prend dans les bras et qu'on lui redonne la « tutute » et qu'il a faim, ça ne va pas du tout, il n'est pas d'accord du tout.* ».

Le médecin n'a pas renchéri sur la remarque de la mère et a changé de sujet en poursuivant son examen clinique.

En fin de consultation, le médecin est revenu sur la quantité de biberons, en utilisant les règles de calcul « *ça fait trop par rapport aux calculs* ». Cependant, il a relativisé ne mettant pas en échec la mère.

Il l'a laissée faire sa propre expérience et adapter les doses en fonction de son enfant « *mais bon, si on laisse à 90, il va hurler de faim* ».

Sur le plan de l'alimentation, la mère était plus ennuyée sur le débit de la tétée. Elle a fait le lien avec les problèmes de régurgitation de son enfant « *Par contre, il boit hyper bien. Il boit hyper vite et du coup il régurgite, mais il a à moitié des glaires.* »

La régurgitation a été abordée à plusieurs reprises par la mère et le médecin :

- La vitesse des tétées « *Il régurgite quand même, mais bon, il boit super vite* », « *Si il a le malheur de faire plus d'une pause,..., c'est une horreur. Il s'énerve... Il a le trop plein. Ça fait trop d'un coup* » ;

- Les quantités en excès « *Du coup, des fois, à mon avis, il y a le trop-plein. Ça fait trop d'un coup.* » Effectivement le médecin a confirmé : « *un bébé va avoir tendance à téter ce qu'on lui propose et va régurgiter le trop plein.* »

Le médecin et la maman ont évoqué brièvement les coliques du fait de ce « trop plein ». Le médecin a normalisé les coliques chez le nouveau-né « *C'est quand même l'âge* », d'où la proposition de massage et si nécessaire d'un lait adapté dans un deuxième temps.

C'est alors que le médecin a pris connaissance d'un traitement instauré par la maternité pour des reflux qui, selon les propos de la mère, auraient pu retarder la sortie.

La mère a minimisé le traitement « *mais c'est vrai que ça devient une habitude. Mais il y a des fois, je me disais qu'il faudrait peut-être que je demande ? S'il faut continuer ?* ».

Le médecin était surpris de cette information mais ne remettait pas en cause la mère. Il s'est excusé de ne pas avoir posé la question plutôt. Il était mécontent de ne pas avoir été rapidement informé par la maternité.

Le médecin a évalué la nécessité de poursuivre ou non le traitement. Il a proposé de diminuer et d'arrêter progressivement après l'épisode de rhume. Ce malentendu levé a clos le sujet des régurgitations.

Le médecin a évalué l'environnement de la mère :

- Elle a introduit la notion du père. Chez cette patiente la situation est particulière puisque le père n'a pas reconnu l'enfant. Le médecin connaissant l'histoire de la mère, pour en avoir déjà discuté avec elle, s'assurait de la situation « *bon, et le papa ?* ». La mère laissait le père voir son enfant « *le papa, il ne voit peu mais assez régulièrement. Donc ça se passe très, très, bien* » ;

- Le médecin a évalué le ressenti de la grande sœur face à l'arrivée du petit frère. La maman était plutôt rassurante « *ben, ça va. Elle est super contente* » ;

- La famille était présente. La famille gardera l'enfant lorsque la mère reprendra le travail.

Le médecin a posé également des questions sur la reprise du travail de la mère et son organisation.

La mère mettait en avant le changement de ses priorités « *mais maintenant, je ne suis plus du tout dans le même état d'esprit* », « *mais c'est vrai que le travail c'était tout pour moi* ».

Le médecin a déculpabilisé la mère sur ses capacités et lui rappelle qu'elle s'occupait bien de sa fille aînée « *enfin vous avait quand même... Moi, je me souviens que vous courriez pour récupérer votre fille.* » « *Il ne faut pas dire que vous ne vous en occupiez pas de votre fille, ce n'est pas vrai.* ».

La mère a organisé la garde de son enfant par sa tante, assistante maternelle.

Au cours de l'examen clinique on avait un vrai lien d'attachement entre la mère et son fils à travers les échanges de regards, les sourires et les mots tendres verbalisés par la mère pour son enfant.

À la fin de la consultation, le médecin a évoqué les vaccins déjà discutés lors des la consultations précédentes. Il avait laissé la mère réfléchir sur l'introduction ou non de l'hépatite B « *Vous avez réfléchi un petit peu ? Je prescris l'infanrix hexa avec l'hépatite B à l'intérieur ?* »

Le médecin a précisé rapidement qu'il n'utilisait pas de patch. Il laissait peu de choix à la mère « *je ne prescris pas de patch en systématique, parce que, on les fait pleurer quand on enlève les patchs.* »

Au moment de sortir, le médecin a fait une remarque sur l'habillement de l'enfant. Le médecin notait que l'enfant risquait d'être sur-couvert.

Effectivement, la maman semblait ennuyer et ne pas toujours savoir comment habiller son enfant « *ben en fait mine de rien c'est bien chauffé mais je n'ai pas notion, c'est quand même un petit bonhomme, j'ai tout le temps peur qu'il est froid.* » Cette préoccupation a été soulevée par le médecin.

Tout au long de la consultation, le médecin avait un discours rassurant et renforçait positivement l'attitude et le comportement de la mère vis-à-vis de son enfant. Elle était rassurante sur développement de l'enfant « *Bon, tout va bien franchement, c'est un bébé facile.* ».

Résumé et interprétation

Cette mère célibataire était âgée de 32 ans. C'est son deuxième enfant d'un deuxième père. Elle vit actuellement avec un troisième compagnon. Cette mère assumait totalement sa libre maternité.

Elle était **bien adaptée** dans son attitude maternelle. C'était une mère qui est arrivée souriante et semblait comblée dans son rôle maternel.

La consultation était **centrée sur l'enfant** mais le médecin a ouvert la consultation sur la mère afin de reparler de l'**accouchement** qui a été un moment désagréable à cause des propos culpabilisant de l'obstétricien (consommation de tabac au cours de la grossesse)

La mère et le médecin en ont déjà discuté antérieurement, le médecin a atténué sa culpabilité en l'encourageant à persévérer dans la diminution de sa consommation de tabac. Il s'est assuré de son état émotionnel actuel.

La mère a introduit dès le début les trois thèmes qui la préoccupaient :

- **Rhinite**,
- **troubles digestifs** à type de régurgitation pour lequel l'enfant est traité depuis la sortie de la maternité. Suite aux questionnements explicites du médecin et après l'évocation récurrente par la mère des régurgitations du nourrisson, il a découvert ce traitement en fin de consultation.

Le médecin a évoqué les autres thèmes :

- **l'alimentation**, pour lequel le médecin constatait une dose de lait légèrement au-dessus de la norme mais a laissé gérer la mère ;
- **Les coliques** ;
- Informations sur la **définition de la température** et conseils sur le risque de **microbes** ;
- **Habillement** pour lequel la mère confiait son hésitation de trop couvrir ;
- Les **vaccins** pour lesquels le médecin a laissé librement le choix à la mère.

Le médecin a essayé d'éveiller la mère sur les **différentes significations de pleurs**, mais la mère a revendiqué la compréhension de son bébé. La mère était **autonome**.

Le médecin connaissait la mère depuis plusieurs années et était sensibilisée à la **situation familiale**. Il s'est permis d'évoquer sans pudeur la situation du **père** et a évalué ainsi la stabilité de la mère.

Il a vérifié également la situation **professionnelle** de la mère et le **moyen de garde** pour l'enfant.

Le médecin a félicité et valorisé les **qualités et les compétences maternelles**.

7. Observation 7

Médecin : Dr P.C, âgée de 58 ans, zone semi-urbaine.
Mère : venue seule, 24 ans, mariée, d'origine russe, sans emploi, premier enfant (garçon).
Père : âgée de 33 ans, français, diplomate. Non présent à la consultation.
Durée de consultation : 30 minutes

Le médecin connaissait peu ce couple. Ils venaient de déménager récemment.

Elle était venue seule pour la consultation du premier mois de son premier enfant, un garçon.

Le médecin a mené la consultation, il était à l'initiative des différents thèmes abordés.

La maman était relativement passive au cours de la consultation. Elle attendait qu'on lui indique les différentes démarches à suivre et les conduites à tenir. Elle prenait peu d'initiatives.

Le médecin a permis à la mère de s'exprimer à trois reprises dans la consultation en posant des questions larges « *jusqu'ici, il n'a posé aucun problème, ce petit bonhomme là ?* », « *Est-ce que, vous, il y a des trucs qui vous inquiètent ?* », « *Si vous n'avez pas de questions ?* ».

La mère répondait brièvement et de manière peu loquace. Etait-elle intimidée ?

Dès le début de la consultation, le médecin a abordé le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Il a vérifié dans le carnet de santé les paramètres de naissance, le terme de la grossesse.

Le médecin a fait référence au poids important du nourrisson à la naissance et félicite la maman.

Le médecin a enchaîné directement par la question de l'allaitement « *il est toujours à l'allaitement exclusif ?* ».

Il s'est intéressé au bon fonctionnement de l'allaitement maternel « *et ça se passe bien ? Il n'y a pas de problèmes de sein ? De trucs comme ça ?* ».

La mère avait peu de questions sur ce sujet. Etait-ce un geste naturel ? Transmission intergénérationnelle ?

L'utilisation de la téterelle était sa seule préoccupation « *Il ne veut pas prendre le sein sans écran* », « *Quand il fait une petite pause, je retire l'écran et parfois il s'en rend compte et il n'est pas content* ». Le médecin ne culpabilisait pas la mère, il renforçait l'importance de bien téter « *oui, du moment qu'il tète* ».

Le médecin félicitait la mère et sa fonction nourricière « *côté poids, pas de souci. Votre qualité nutritionnelle est impeccable, non seulement il tète mais le lait est bon* ». La mère avait un sourire de satisfaction, il y avait une fierté maternelle « *tant mieux...* ».

La santé et le corps de l'enfant étaient les sujets prédominants dans cette consultation.

La rhinite était le premier problème évoqué directement par la mère « *il a commencé à tousser juste un petit peu,... Il fait parfois,... Et après c'est tout* ». Après avoir recherché des éléments de gravité (température), le médecin a normalisé ces sécrétions des premiers mois. Il a vérifié au cours de l'examen clinique « *effectivement, c'est des petits bruits derrière nez, ce n'est pas du tout dans les poumons que ça se passe* ».

La mère souhaitait avoir des informations pratiques, notamment sur la nécessité du lavage de nez « *il faut lui nettoyer le nez ?* ». Le médecin lui a indiqué que ce n'est pas nécessaire « *déjà qu'il n'est pas encombré, ça ne l'empêche pas de téter, il ne tousse pas vraiment,... C'est des petits trucs physiologiques* » par l'examen clinique, il a rassuré la mère.

La mère était également intriguée par la froideur des mains « *la nuit, il a les mains gelées* ». Les parents ont essayé d'utiliser des moufles et un bonnet pour le réchauffer.

Le médecin a apaisé la mère par une explication médicale et physiologique « *certains enfants ont tendance à avoir la acrocyanose, c'est-à-dire qu'ils ont la circulation de surface qui n'est pas très rapide dans les mains et dans les pieds, avec cette espèce de petites peaux marbrées. Ce n'est pas quelque chose d'inquiétant du tout. Il ne faut pas s'inquiéter avec ça* ».

La mère a fait référence aux régurgitations au cours de l'examen clinique lors d'un événement de rejet du nourrisson « *c'est vrai qu'il recrache pas mal* ».

De nouveau, le médecin a rassuré par des explications théoriques et physiologiques « *ça, c'est physiologique, surtout que là ce qu'il rejette, c'est surtout de la flotte. Le caséum et le lait sont au fond de l'estomac* », « *C'est normal, c'est du lait caillé* ».

L'explication semblait suffisante pour la mère, elle n'y est pas revenue.

Le médecin expliquait oralement ses différents gestes au cours de l'examen clinique. Il verbalisait le développement psychomoteur de l'enfant. Il était rassurant sur la normalité de ce développement.

La mère était également soucieuse de l'envie de son fils de se mettre debout « *Et le fait qu'il se mette debout, qu'il tende les jambes, on m'a dit que ce n'était pas bien qu'il ne fallait pas le laisser faire* ».

Le médecin a dédramatisé ce phénomène par des explications médicales « *ça c'est un phénomène normal, c'est même ce que je cherchais tout à l'heure à avoir comme réflexe. Quand, il avait senti quelque chose, il poussait dessus. C'est un réflexe normal, banal ils ont tendance à tendre leurs jambes pour pousser, pour avancer. C'est un réflexe primaire.* »

Dans le discours de la mère, à ce moment-là, elle a introduit les remarques de son entourage. La mère souhaitait avoir une confirmation de la normalité de son fils et de son attitude de mère.

Le médecin s'est intéressé à l'examen de la vision de l'enfant « *déjà le truc classique, il se tourne vers la lumière* ».

La mère a fait référence au carnet de santé, elle s'interrogeait sur l'audition de son fils « *c'était son audition qui m'inquiétait. J'ai lu dans le carnet de santé qu'il devait tourner la tête quand on l'appelait ou quand on parlait. Mais au début ce n'était pas ça du tout* ». Le médecin l'a rassurée en expliquant le développement progressif de l'audition et les différences entre chaque enfant.

À la fin de la consultation, le médecin est revenu sur l'audition en lui montrant que son enfant est bien à l'écoute « *regardez, là par contre, vous vous posiez la question, s'il était intéressé par le bruit ? Là il écoute, regardez... C'était moi qu'il écoutait.* »

Le médecin s'est intéressé également à l'aspect cutané des mamelons, des bourses.

Le médecin a mentionné, à la fin de la consultation, le sommeil « *Il fait bien ses nuits ?* ». La mère admet qu'il dort peu. « *Il se réveille une fois par nuit. Mais il ne dort pratiquement pas la journée. Il y a deux jours, il a dormi deux heures* ».

Il a déterminé le nombre d'heures au total de sommeil de l'enfant.

L'enfant dormait effectivement peu.

Le médecin évoquait la possibilité d'un petit dormeur. Il a apaisé la mère car l'enfant était calme et se développait bien.

Le médecin a informé brièvement la mère sur les deux vaccins du deuxième mois. Il n'est pas rentré dans les détails.

La mère suivait les instructions du médecin sans poser de questions particulières. Elle faisait confiance.

On n'avait pas d'information sur l'entourage familial de ce couple. La mère est d'origine russe. Sa famille était-elle éloignée géographiquement ?

Le médecin était dans l'accompagnement de la mère et se voulait rassurant en se basant sur le bon développement psychomoteur et la croissance homogène de l'enfant.

Il a renforcé ses capacités maternelles et l'a rassurée sur sa qualité de mère.

Le médecin l'a incitée à faire ses propres expériences et de ne pas tout écouter « *c'est les histoires des mamies* ».

La mère était discrète dans cette consultation. Elle ne connaissait pas suffisamment le médecin qu'elle voyait pour la deuxième fois.

Le médecin a essayé d'établir le lien médecin/patient avec des remarques touchant la sensibilité maternelle « *il est un petit nez retroussé. Ce n'est pas votre nez ça, non ? C'est le papa qui a un petit nez retroussé ? Dit le médecin en regardant la maman lui souriant. La maman rit amuser.* »

Résumé et interprétation

Cette mère, jeune était venue seule à la consultation.

C'est une mère d'origine russe. Elle connaissait peu le médecin.

La mère est timide et attentiste. Elle s'est laissée guider par le médecin dans les différentes étapes de la consultation.

Elle semblait au premier abord avoir peu de préoccupation concernant notamment l'**allaitement** pour lequel la pratique semblait naturelle. Il y a probablement une **transmission culturelle et intergénérationnelle**.

La mère avait plus d'interrogations concernant : les **soins du corps**, des troubles mineurs à type de **rhinite** ou **acrocyanose** du bébé, les **rejets**. Elle avait également des questions de **puériculture** qui n'était pas le sujet de prédilection du médecin.

Le médecin était à l'initiative des différentes questions et actions de la mère :

- Déroulement de l'**accouchement** ;
- Allaitement ;
- Les **vaccins** abordés de manière très brève, sans laisser le choix à la mère sur les vaccins non obligatoires.

Le **sommeil** est abordé par le médecin, en fin de consultation, alors même que la mère finissait d'installer l'enfant dans le landau. La mère a soumis une légère inquiétude sur l'absence de sieste dans la journée pour lequel le médecin relativisait.

Par ses réponses simples, concises pédagogiques et compréhensives le médecin tranquillisait la mère par rapport à ses anxiétés et la **sécurisait dans son rôle maternel**.

8. Observation 8

Médecin : Dr A.B, âgée de 50 ans, zone urbaine
Mère : Étudiante, âgée de 25 ans. Voilée. Premier enfant (garçon). Accompagnée de sa mère.
Père : Étudiant en stage. Non présent.
Durée de la consultation : 35 minutes.

Le jeune couple, étudiant à Angers, était venu chez les parents de la mère pour les premiers mois de leur enfant. C'était leur premier enfant, un garçon.

Le médecin était le médecin traitant de la famille et a suivi une partie de la grossesse de la jeune mère.

La mère était déjà venue en consultation pour son fils, âgé de une semaine, pour un problème de conjonctivite.

Le cabinet est habitué à accueillir et recevoir les enfants mis en évidence par la présence de jouets en salle d'attente et dans le cabinet du médecin.

Le médecin a initié les différentes questions et a exploré les points principaux de la consultation du premier mois.

La mère était discrète, elle avait confiance au corps médical. Elle semblait intimidée devant le médecin et la présence de sa mère.

La mère au cours de cette consultation avait globalement peu d'interrogations, d'anxiété ou de préoccupations.

Le médecin a ouvert la consultation sur une question large s'intéressant à la mère et au bébé « *Vous venez pour la consultation du premier mois ? Comment ça va ?* ».

A trois reprises dans la consultation, le médecin a encouragé la mère à verbaliser ses questions « *Il n'y avait pas de choses qui vous gênaient, des questions ?* ».

La mère a évoqué dès le début de la consultation, suite à la question générale du médecin, la notion de fatigue « *Ça va, oui, un petit peu fatiguant* ».

Le médecin a approfondi cette fatigue maternelle par plusieurs questions au cours de la consultation « *Bon, il vous laisse un petit peu le temps. Et vous, vous dormez, ça va ?* », « *Vous n'êtes pas trop fatiguée, là, ça va ?* ».

Le médecin portait une importance particulière à la fatigue maternelle et au bien-être de la mère. Il a recherché, les facteurs favorisant, le baby-blues ou la dépression du post-partum. La mère allait bien et n'avait pas de plainte spécifique « *Non, ça va. Ça va de mieux en mieux en fait* ».

Le médecin s'est intéressé initialement à la mère avant de se concentrer sur l'enfant.

Dès le début de la consultation, le médecin a fait préciser dans le détail le déroulement de l'accouchement (la date, la durée, présence d'une péridurale).

Il a évalué le ressenti et le souvenir de cet accouchement. Il a vérifié également l'absence de difficultés au retour à domicile.

La mère évoquait un bon souvenir, elle répondait brièvement mais positivement. Il n'y avait pas eu de difficultés au retour, le contexte familial aidant.

Le thème de l'allaitement a succédé naturellement aux questions de l'accouchement. C'est le médecin qui a introduit ce thème en appréciant le déroulement et le fonctionnement de l'allaitement maternel.

La mère n'avait pas de souci particulier. Elle était autonome pour son allaitement. C'était un geste naturel. Il existait probablement un accompagnement et des conseils d'origine culturels et intergénérationnels de la part de sa mère.

Le médecin a vérifié la bonne compréhension de la mère envers son enfant « *Et là il boit, vous comprenez bien quand il a soif ?* ».

Le médecin félicitait et encourageait la mère à poursuivre son allaitement efficace « *Et il boit bien. Vous voyez qu'il tète bien, et puis il a l'air de prendre du poids ma foi, correctement* », « *vous pensiez continuer de tout façon l'allaitement* ».

Le médecin a introduit le sommeil au début de l'examen clinique « *Est ce qu'il dort bien, comment ça se passe le sommeil ?* ».

Il en a profité pour s'assurer des conditions de couchage et de l'absence de surexcitation dans la journée par l'entourage « *Dans la journée quand il dort de toutes façons vous le laissez dormir ?* ».

La grand-mère a pris l'initiative de répondre ne laissant pas le doute au médecin sur les soins apportés à l'enfant « *Oui, oui bien sûr* ».

La mère n'était pas ennuyée par les réveils nocturnes, c'était naturel et normal « *La nuit très bien, il se réveille juste deux fois pour téter et puis il se rendort* ».

Spontanément, le médecin a interrogé sur les pleurs de l'enfant « *Est ce qu'il pleure souvent ou pas ?* », « *vous comprenez bien pourquoi il pleure ?* ».

La mère avait bien identifié les causes des pleurs de l'enfant, elle ne semblait pas déstabiliser « *quand il a faim ou quand il y a quelque chose qui ne va pas. Sinon, il ne pleure pas comme ça pour le plaisir* », « *De temps en temps des coliques aussi* ».

Au cours de l'examen clinique l'enfant s'est mit à pleurer, bruyamment. Ceci a surpris le médecin.

Il s'est assuré de l'absence de crise de pleurs du nourrisson dans la journée. Il s'est assuré de l'existence de périodes d'éveils agréables « *C'est déjà arrivé qu'il pleure comme ça ? ... Et quand il est réveillé dans les périodes d'éveil, il se réveille spontanément, il est bien réveillé, il vous regarde* ».

La maman rassurait le médecin. Elle comprenait bien son enfant et appréhendait bien les désagréments potentiels de son garçon « *Des crises comme ça, ça arrive en général, quand on le déshabille sans le mettre dans le bain* ».

Les troubles digestifs ont été peu évoqués au cours de cette consultation. Le médecin a vérifié la normalité de l'examen abdominal.

Il en a profité pour poser la question « *il a des selles régulières ? Après chaque tétée ?* ». Il n'y avait pas d'inquiétudes concernant ce motif.

Pendant l'examen clinique, le médecin essayait de rentrer en contact avec l'enfant en lui parlant tendrement, en le caressant. Le médecin verbalisait les différents gestes de son examen clinique.

Il rendait active la mère dans l'évaluation des progrès de son enfant « *Vous voyez des progrès depuis qu'il est né ?* ». La mère répondait succinctement, avec fierté aux progrès de son enfant.

Le médecin a examiné le développement psychomoteur, les réflexes, la mobilité de la tête. Il a rassuré sur le bon développement et évolution de l'enfant.

L'examen visuel et auditif a été également exploré rapidement. Le médecin notait un léger strabisme mais a tranquilisé sur la normalité « *j'ai vu quand même en fixant, oups, il y a eu deux fois il a convergé. Vous aviez remarqué ?* », « *Ce qui est normal* ».

En fin de consultation, le médecin a informé sur le calendrier vaccinal.

Il a préconisé le vaccin du BCG, du fait de l'origine ethnique. Il préférait effectuer ce vaccin BCG en PMI pour une raison technique et pratique. Il était sensibilisé et avait l'habitude de travailler en réseau avec la PMI.

Il n'a pas laissé le choix sur la possibilité ou non d'introduire l'hépatite B. Il n'a pas parlé non plus des patchs antidouleur.

La maman se laissait guider par le médecin en qui elle fait confiance.

La grand-mère au cours de cette consultation a pris beaucoup de place.

Elle ne supportait pas d'entendre pleurer son petit-fils. Elle ne le laissait pas dans les frustrations « *Et en plus tu as une grand-mère qui est prête à faire tout ce que tu veux dès que tu pleures* ». Elle se permettait d'interrompre l'examen clinique du médecin, elle était intrusive.

La grand-mère était également directive envers sa fille. La mère la laissait faire. La grand-mère occupe une place importante dans le quotidien, elle a montré qu'elle avait un rôle important dans l'éducation et pour consoler l'enfant « *C'est moi qui fais tout !* »

Le médecin aidait la mère à trouver sa place « *Faut laisser un peu de place ? ça va ?* ». Il favorisait le lien mère-enfant « *Bon, ça, ça vous est réservé, ce n'est pas plus mal* », en parlant de l'allaitement.

Le médecin a renforcé positivement sa capacité de mère « *Bon, en tout cas vous vous débrouillez bien mieux que moi pour le calmer* », « *ça va pour vous. Vous n'avez pas l'air dérouté, hein ? C'est bien* ».

Le père a été évoqué par le médecin « *Et le papa du coup il est en stage dans la journée. Et quand, il le prend c'est pareil, il se calme bien ?* ». Il s'assurait du lien entre le père et son enfant.

Le père était également étudiant, actuellement en stage. La mère et la grand-mère parlaient peu du père.

À la fin de la consultation, le médecin est resté disponible aux moindres interrogations ou questionnements des parents tout en valorisant son talent de mère « *Et continuez bien comme ça et s'il y a quoi que ce soit de toutes façons, vous venez* ».

Résumé et interprétation

Cette mère, jeune, étudiante était venue accompagnée de sa mère.

La mère était extrêmement discrète au cours de la consultation et avait une certaine pudeur vis-à-vis de la grand-mère et du médecin.

Elle accordait au médecin son **rôle de référent médical**, porteur du savoir médical. La mère avait peu de questions et de préoccupations. Elle exerçait son rôle de « mère ordinairement dévouée » (Winnicott) avec des **gestes maternels adaptés et naturels**. Elle confirmait au médecin qu'elle comprenait bien les **rythmes et les besoins de son enfant**.

Le médecin est très acteur dans la consultation, c'est lui qui abordait les thèmes majeurs :

- Déroulement de l'**accouchement** ;
- **Allaitement** ;
- Les **pleurs** de l'enfant ;
- De **sommeil** ;
- Les **troubles digestifs**.

Le médecin insiste particulièrement sur l'évaluation de la **fatigue maternelle** en recherchant les facteurs favorisant du baby-blues ou de la dépression du post-partum. Il aidait la mère à verbaliser ses éventuelles craintes par la **récurrence de questions ouvertes** mais la mère restait peu loquace.

L'omniprésence de la grand-mère durant les pleurs de l'enfant décontenançait le médecin venant entraver son examen. L'intrusion de la grand-mère entraînait une réaction de protection du médecin envers la mère. Il s'assurait de l'**autonomisation de la mère** envers son enfant et remettait au premier plan sa **situation de mère** en la valorisant et en la félicitant pour ses **compétences relationnelles et sa capacité maternelle**.

B. ANALYSE THÉMATIQUE ET STRUCTURALE

Les interactions du tryptique parents, nouveau-né, médecin suscitent de multitudes complicités profitables pour chacun.

- De la reconnaissance et de l'assurance pour les parents certes en joie, mais souvent inquiets ou en doute ;
- Pour le médecin, une bonne perception de l'environnement, des compétences et des préoccupations de la nouvelle famille pour diagnostiquer, conseiller et accompagner convenablement ;
- L'amour et l'harmonie des parents rejaillis directement sur la sérénité du bébé et l'évolution de ses compétences naissantes.

1. Autour de l'enfant

Le sujet central de la première visite chez le médecin concernait principalement le nourrisson. Cependant, les différents rendez-vous étaient fixés singulièrement sans tenir compte de son métabolisme et de son rythme de vie. Il serait pourtant judicieux d'ajuster les consultations durant les phases d'éveil et de satiété du nourrisson, éviter les pleurs et les réveils intempestifs et favoriser ainsi un examen optimum et un confort agréable d'échanges.

a. Bonne santé de l'enfant

Les parents recherchaient auprès du médecin généraliste la confirmation que leur enfant était en bonne santé, tout le long de la consultation.

➤ *Croissance staturo-pondérale*

Les parents attachaient une grande importance aux chiffres, dont ils étaient curieux, constituant la preuve tangible et le témoignage concret de la bonne santé de leur enfant. Ces chiffres les rassuraient également sur leurs bonnes pratiques et sur la qualité de leurs soins.

Les médecin, quant à eux, s'intéressaient plus particulièrement aux cohérences et à la régularité de l'évolution des paramètres de croissance.

OB.3 1.270 « *Le père se penche sur lienzo, pendant que la mère le rhabille, en lui disant, qu'il l'aime, qu'il est fier de lui et content qu'il a bien grandi et grossi* »

OB.2 1.50 « *Ben, oui, oui. Il est bien portant aussi* »

OB.5 1.186 « *La maman s'exclame « Ouaouuu! », « 5 kilo450 » »,*
1.209 « *Alors est-ce que tu as bien grandi? Je pense que oui, hein? »,*
1.217 « *M.G.- C'est bien ça, 59,5. Mère. - C'est pas mal* »

OB.6 1.378 « M.G. - On va regarder la courbe, 3kg180. On est à 28j. Vous avez vu sa courbe ça va, ça va. Mère. - Il profite, il profite. La maman est contente et sourit »

OB.7 1.172 « M.G. - Non, non 54. Mère. - Oui. La maman sourit »

➤ **Etat cutané : acné, varicelle, taches cutanées, sècheresse cutanée**

Une mère souhaitait avoir confirmation du diagnostic de varicelle par le médecin traitant alors qu'elle était déjà allée voir le pédiatre pour cette raison mais il avait émis un doute. Cette mère, inquiète, a souhaité se rassurer par un deuxième avis.

OB.5 1.36 « Il y avait quelques boutons, mais elle n'était pas sûre, au niveau de la pédiatre, mais ça s'est un peu propagé. Donc, je pense qu'elle m'a fait une petite varicelle »,
1.250 « Non, non. Après j'avais juste eu une inquiétude par rapport à ses boutons là, mais... »

Une autre mère était ennuyée par la présence de taches cutanées au niveau de la nuque de l'enfant. Elle souhaitait être rassurée sur l'étiologie de ces taches. Le nourrisson avait fait une cytotéatonecrose au cours du premier mois. Il existait probablement une inquiétude exacerbée chez cette maman.

OB.2 1.38 « Il a des petites taches rouges derrière, là, au niveau du crâne. Je me demande, si ce n'est pas des petites taches de naissance ? »

Une autre mère était plus agacée par la présence de petits boutons sur le visage de son enfant, probablement une acné juvénile. La maman exprimait son constat avec autant de détachement que d'excès.

OB.4 1.113 « Elle commence à avoir de l'acné »,
1.113 « Elle est couverte de bouton, jusqu'à l'arrière de l'oreille »,
1.117 « Ce n'est pas énorme, mais en fonction de la lumière on voit bien que ça reste jusqu'à l'oreille »

Une mère notait une sècheresse cutanée

OB.3 1.266 « Oui ça va mieux, elle a encore la peau sèche, mais, bon » 1.170, « elle a encore la peau sèche, encore un peu »

➤ **Acrocyanose**

Une mère était ennuyée par la température des mains souvent froides la nuit. Les parents ont essayé plusieurs astuces (gants, chaussettes au niveau des mains, bonnet) pour augmenter cette température.

La mère se questionnait probablement sur la bonne santé et la normalité de son bébé. La mère attendait, de la part du médecin, une explication médicale ou éventuellement un moyen d'améliorer cette situation.

OB.7 1.240 « La nuit, il a les mains gelées »,
1.245 « Je me suis dit, lui mettre des moufles, mais il n'apprécie pas »,
1.247 « On a essayé de lui mettre le bonnet la nuit, il n'aimait pas du tout »

➤ **Cheveux ?**

Une mère a posé une question légitime sur la perte des cheveux avec une inquiétude surprenante pour un phénomène naturel.

Elle soupçonnait sans doute une carence ou un problème de santé que le médecin a relativisé sobrement.

OB.3 1.183 « *Elle perd ses cheveux aussi* »,
1.185 « *Elle avait des cheveux comme ça jusque-là* »,
1.188 « *Quand je lui fais prendre le bain, ça fait peur* », 1.190 « *Oui, ça n'arrête pas de tomber, là. Quand elle perd ses cheveux, c'est par poignée* »

b. Développement psycho-moteur

Les médecins recherchaient par l'examen clinique des anomalies précoces du développement.

Les parents étaient attentifs à l'examen du développement psychomoteur de l'enfant, en apportant eux-mêmes ce qu'ils ont pu constater. Ceci était un moment important dans la consultation, les parents s'émerveillaient souvent des capacités nouvellement acquises de leur bébé.

OB.1 1.202 « *M.G. - Bah, oui, il commence à se mettre sur les avant-bras. Père. - Oui, c'est ça. Ma mère m'a dit ça : « il commence à bien se débrouiller.»*

1.205 *Les parents souris de voir leur enfant tenir sa tête lorsque le médecin le soulève.*

OB.3 1.207 « *M.G. - Elle remue bien sa tête des deux côtés. Mère. - Oh oui* »

OB.4 1.351 « *Bah ça, quand elle est couchée sur le dos, elle tourne bien la tête* »

1.359 « *Père. - Quand, elle est sur nous, elle change de tête elle pousse avec les mains* »

OB.8 1.190 *M.G. - Tu nous fais une grande déambulation. (...)Allez de ce côté, ah oui, très bien, voilà. Un petit pas, voilà. Et de ce côté-là, tu aimes bien. Il aime bien. Grand-mère. - Oui, il aime bien qu'on fasse ça* »

Néanmoins, cela pouvait s'avérer source de crainte en cas de variabilité d'évolution par rapport aux normes de développement ou comparaison avec des aînés.

OB.6 1.315 « *Il est moins tonique que sa sœur sur le ventre* »,

1.321 « *Mère : Mais, je vois Flavie avec sa tête, je me rappelle... M.G : Elle la redressait bien ? Mère : Ouais* »

Les parents pouvaient être troublés par rapport à des remarques de l'entourage sur les attitudes de l'enfant.

Certaines compétences précoces moteurs et reflexes surprenaient et tracassaient certains parents.

OB.7 1.280 « *Et le fait qu'il se mette debout, comme ça (Alexandre appuie sur ses jambes qui sont au contact des genoux de la maman), qu'il tende les jambes, on m'a dit que ce n'était pas bien et qu'il ne fallait pas le laisser faire* »

➤ **Orthopédique :**

Un père se souciait de l'aspect morphologique des jambes de son enfant. Il se préoccupait de la normalité de son bébé.

OB.1 1.132 « *C'est normal qu'elles soient arquées, comme ça, ses jambes?* »

➤ **Développement sensoriel : vision/audition**

La vision et l'audition étaient importantes pour les parents. Ils se questionnaient sur ce que voyait et ce qu'entendait l'enfant.

Ces deux sens avaient une importance évidente puisque ceci permet de rentrer en contact, en relation et en communication avec son enfant.

En l'absence de langage parlé, la réaction de leur enfant aux stimuli visuels et auditifs pouvait être pour les parents un gage de bon développement des capacités de réactions de leur enfant au monde qui l'entoure :

- Désir de communication avec leur bébé
- Crainte du handicap

Le regard du bébé a des effets importants sur les parents. Généralement perçu comme gratifiant, valorisant, il fait progresser chez les parents les sentiments d'amour.

A. Vision :

OB.3 1.138 « *Depuis le début elle fixe* »

OB.7 1.271 « *Mère. - Il tourne toujours la tête vers la... M.G. - Lumière* »

OB.8 .296 « *Il fixe très bien* »

OB.4 1.198 « *Je ne me souviens plus, au niveau de la vision, c'est net pour eux à partir de quand?* »

B. Audition :

OB.3 1.148 « *Elle suit bien les voix et tout* »

OB.8 1.295 « *Il réagit aux sons. Oui* »

OB.7 1.203 « *Bah, au début c'était son audition qui m'inquiétait. J'ai lu dans le carnet de santé qu'il devait tourner la tête quand on l'appelait ou quand il parlait. Mais au début ce n'était pas ça du tout* »

c. Hygiène

La thématique des soins corporels revêtait plusieurs aspects comportementaux et relationnels.

Complémentairement aux soins quotidiens et de confort, les parents manifestaient à cette occasion le plaisir de partager des moments privilégiés et agréables en communication et lien avec leur nourrisson.

Généralement, ces moments provoquaient de réelles sources de gratification et de satisfaction parentales.

➤ Soins nombril :

OB.2 1.138 « *Son nombril, je le trouve un peu foncé, je ne peux pas... (...) Je ne peux pas nettoyer à l'intérieur* »

OB.3 1.172 « *Oui, le cordon est parfait. J'ai arrêté les soins, du coup, il n'y a plus du tout de sang* »

➤ Conjonctivite

Préoccupation récurrente au cours des consultations, la conjonctivite provoquait des craintes collatérales chez les parents. Ils appréhendaient des troubles visuels empêchant l'échange de regard et d'expression avec leur bébé.

La présence de pus accentuait cette peur.

OB.2 1.110, « *Et ses yeux, ça continu, j'ai beau lui mettre du dacryosérum. Là, ça va, il n'y en a pas trop mais... J'ai lu qu'il fallait masser le coin, c'était le canal qui était bouché en fait..., c'est ça?* »

1.116, « *Ben, en fait, c'est toute la journée, en plus quand, je le mets à téter, ça coule jaune, souvent quand il est tourné* »

1.269 « *Vous voyez son œil, dès qu'il pleure, il coule* »

OB.4 1.144 « *Euh, les yeux c'est encore moyen. Du coup, on avait arrêté car elle s'est mise à pleurer. Bah juste après que je vous ai vu, 3 jours après elle s'est mise à pleurer et du coup on c'était dit que c'était mieux donc on a arrêté* »,

1.153 « *Mais du coup depuis mardi, je lui donne bien, je fais attention mais ce n'est pas encore ça, il y a toujours un œil, toujours le même œil qui coule plus* »,

OB.6 1.340 « *Bah, oui. Au niveau des yeux aussi, ici, il y a du pus. C'est pareil, je mets du sérum, mais...* »

➤ **Lavage du nez**

Une mère souhaitait avoir des renseignements sur les indications du lavage du nez.

OB.7 1.130 « *M.G. - Effectivement c'est des petits bruits d'arrière nez, ce n'est pas du tout dans les poumons que ça se passe. Mère. - Mais il faut lui nettoyer le nez ?* »

Une autre mère n'était pas à l'aise avec cet acte. Elle s'angoissait à l'idée d'être responsable d'un inconfort pour son enfant ou bien de la « noyer ».

Cet acte comportait chez certaines mères des angoisses d'étouffement du nourrisson.

OB.4 1.290 « *D'ailleurs, j'ai voulu lui nettoyer le nez ce matin parce que je n'avais pas bien nettoyé. Vous m'aviez montré l'autre fois et ça ne marche pas* »,

1.294 « *Après, je n'aime pas ça* »,

1.296 « *Après, ça ronronne dans le nez* »

d. Puériculture

➤ **Habillement**

Quelques mères étaient obnubilées par le froid extérieur de l'hiver. Elles avaient tendance à protéger et surcouvrir l'enfant par un excès de couches vestimentaires. Les mères se souciaient probablement des risques de « petites maladies » secondairement au froid.

OB.2 1.55 « *Ah, j'enlève tous, ben il va avoir froid...* »,

1.79 « *M.G. - Mais, il est un peu, trop, habiller. (...) Mère - Oui, mais il fait froid* »,

1.87 **influence de l'entourage** « *Oui, c'est maman qui dit qu'il faut que je le couvre* »

OB.6 1.534 « *Mais j'aurais tendance, je pense, aussi à la maison, à trop le couvrir* »,

1.543 « *Bah, en fait, mine de rien, c'est bien chauffé, mais je n'ai pas de notion, c'est quand même un petit bonhomme, j'ai tout le temps peur qu'il est froid* »

➤ **Tétine**

Au cours des consultations certains parents utilisaient la tétine pour calmer les cris et les pleurs de l'enfant.

Ils verbalisaient à haute voix le rejet de la tétine de l'enfant sans s'adresser directement au médecin.

Ils recherchaient ainsi une réaction du médecin pour approuver ou non l'utilisation de subterfuge.

OB.3 1.218 « *Par contre elle n'aime pas la tétine. Par rapport à sa sœur qui était accrochée, alors, elle, elle rejette l'objet* »,

1.379 « *La maman dépose délicatement sa fille dans la coque et essaye de lui donner sa tétine. « La super tétine que tu ne veux pas ? Tu la veux ou pas ? Tu n'en veux pas ? Si ? Non, elle ne veut pas ? »*

➤ **Type de poussette**

Une maman se posait la question sur son choix de poussette et de landau pour le bien-être de son enfant. Elle a pu entendre des propos de son entourage concernant les différents types de poussette (cosy, landau, position assise).

Cette maman d'origine russe était peut-être isolée de son environnement familial, elle n'a pas les mêmes repères.

Elle recherchait auprès de son médecin traitant des conseils dans le domaine de puériculture. Son médecin lui semblait la personne la plus compétente et apte pour répondre à ses considérations.

OB.7 1.314 « *on m'a dit aussi que ce n'était pas bien d'avoir un cosy au lieu d'un landau pour son dos ?* »

e. Vaccins

Les vaccins ont été évoqués systématiquement à chaque consultation du nourrisson du premier mois. Ce sujet a été abordé exclusivement par les médecins. Ils ont donné à chaque fois le calendrier vaccinal en indiquant les recommandations avec les différents types de vaccins.

Très peu de parents posaient des questions, excepté pour le patch.

Les parents étaient attentifs aux commentaires du médecin. Ils intervenaient peu dans la décision des différents types de vaccins.

Certaines mères étaient préoccupées par la douleur engendrée par la piqûre avec le souhait d'utiliser un anesthésiant dans un souci de confort pour l'enfant.

OB.5 1.369 « *Je lui mets un petit anesthésiant avant les vaccins ?* »

OB.2 1.445 « *La prochaine fois, c'est pour ses 2 mois, pour les vaccins ? Et les patches antidouleur ?* »

Une mère s'enquêrait de l'utilité du vaccin de l'hépatite B et des différents sujets qu'elle avait pu entendre sur ce vaccin.

OB.5 1.310, « *Je ne l'avais pas fait pour Maëlle* »

1.317 « *Ce n'est plus d'actualité toutes ces...?* »

Les parents se laissaient naturellement guider par leur médecin, en toute confiance. Les médecins étant les professionnels garant des bons soins médicaux de l'enfant.

f. Rythme nycthéral

➤ *Sommeil*

Les réveils nocturnes étaient sources récurrentes de fatigue, d'épuisement de la mère.

Certaines mères se posaient la question sur la quantité de lait maternisé ou d'un lait maternel insuffisamment nourrissant pouvant être responsable de réveils nocturnes par la sensation de faim de l'enfant.

OB.2 1.260 « *Est-ce que avec l'allaitement, ça met plus de temps (...)* »

OB.6 1.32 « *Mais là, ça fait deux nuits, il réclame quand même. Sachant que j'ai augmenté les doses* »

Ceci pouvait être renforcé par comparaison avec un premier enfant différent et qui faisait ses nuits. La mère avait perdu ses repères et devait s'adapter à son 2^{ème} enfant.

OB.3 1.54 « *M.G : La nuit c'est un peu difficile ? Mère : ben, elle n'est pas du tout calée contrairement à Alice,*

Une mère se posait la question d'une perturbation du sommeil de son enfant du fait de la proximité et la possibilité qu'il sente l'odeur de son lait.

OB.2 1.261 « *il me sent ou mon lait ou je ne sais pas?* »

Deux mères étaient déstabilisées par l'hyperactivité de l'enfant la nuit et l'inversion du rythme veille/sommeil.

Ceci était source de fatigue chez la mère.

Elles se posaient la question sur la manière d'apaiser l'enfant et d'améliorer les phases veille/sommeil.

OB.3 1.63 « *Elle est hyperactive. Elle se réveille vers 5h, entre 5 et 6* », « *Oui. Et après, elle n'arrive pas à boire avant une heure* »

OB.4 1.137 « *Ben, sauf la nuit, la nuit elle se réveille plus par contre. J'ai du mal à la coucher* »,

1.185 « *Elle fait de moins en moins ses nuits par contre* »,

1.185 « *Ben, avant, elle dormait plus la nuit. Là, plus ça va, moins elle dort la nuit* »,

1.189 « *Bah, du coup, elle ne se couche pas avant, deux, quatre heures du matin. Alors qu'avant elle dormait, elle se réveillait aux heures, là non. Là, elle me fait 4h/2h/2h* »

➤ **Éveil :**

Les moments d'éveil de l'enfant étaient source d'interrogations pour la mère. Elles se renseignaient sur la manière de le distraire, de l'occuper pendant ces moments d'éveil. Comment établir un lien avec lui dans la journée ?

Elles s'informaient également de la normalité de période d'agitation pendant ces temps d'éveil.

OB.7 1.354 « *Oui, et il faut toujours le distraire parce que...* »

OB.2 1.134 « *Des fois, j'ai même l'impression qu'il s'ennuie quand il est dans son transat* »

2. Autour des parents

En premier lieu, les parents attendaient les conclusions de l'examen clinique pour se rassurer sur la normalité physique et organique de leur nourrisson. Bien souvent sous l'impulsion du médecin les mères révélaient leurs préoccupations concernant leurs nouvelles responsabilités maternelles et leurs propres états d'âme par rapport à la fatigue, les anxiétés diverses ou doutes sur certaines capacités.

a. Fonction Sécurisante des parents :

Les parents privilégiaient le bien-être de l'enfant. L'objectif principal des parents était apporté du confort et protéger leur enfant d'un mal-être.

➤ *Inconfort/douleur chez l'enfant*

Le couple de l'observation 1 s'inquiétait de la présence d'une **constipation** chez leur enfant pouvant être responsable d'un inconfort et de douleurs pour lui. Ils incriminaient la qualité du lait. Ce couple était entouré par la famille sensée apporter des conseils pour améliorer le confort de l'enfant. Ils attendaient des explications médicales et un traitement approprié.

OB.1 1.38 « *c'était une semaine, un peu compliquée car il n'a pas fait caca, par contre, je ne sais pas si c'est l'allaitement...* »

1.65 « *Oui, mais on sent qu'il a envie de pousser, et ça lui fait mal* »

1.71 « *Bah, parce que, on m'a dit, que s'il ne faisait pas caca, il fallait lui donner de l'Hépar* »

Les coliques étaient également sources d'anxiété chez les parents. Ils ressentait beaucoup de peine face aux pleurs et torsion de leur enfant. Ils ne supportaient pas de voir et d'entendre souffrir leur enfant.

Ils attendaient une solution médicale ou des explications à ce phénomène. Ils se sentaient en insécurité et démunis pour soulager leur enfant.

OB.1 1.303 « *Père : - On arrive à faire la différence entre la douleur ou pas* »,

1.305 « *Père : - On arrive à faire la différence entre la douleur ou pas* »

OB.3 1.175 « *Bah si, elle se tord pas mal* »

OB.4 1.30 « *en fait il y a vraiment des pics. Il y a des jours, elle est vraiment pas bien ça se voit et il y a des jours où elle est bien* »,

1.251 « *Elle a beaucoup de gaz en ce moment. Cette nuit, c'est ce qu'il l'empêchait de dormir* »

Deux mères de l'observation 7 et 8 n'ont pas évoqué les coliques. Elles sont en allaitement exclusif qui se déroulait sans encombre.

Par ailleurs ces deux mères n'ont pas exprimé plus de fatigue. Elles considéraient ces phénomènes de coliques naturels et normaux.

Ce lien privilégié de l'allaitement leur procurait une grande sécurité et engendrait des enfants apaisés.

Les régurgitations ou les rejets faisaient partis des thèmes récurrents.

Deux mères évoquaient avec interrogations et inquiétude les crises de « hoquet », ainsi lié à des troubles de digestions ou inconfort de l'enfant.

OB.5 1.141 « *La prise du « bib » se passe bien, c'est plutôt rapide, mais je trouve qu'elle met du temps à digérer. Elle peut, une heure après « le bib », me faire un hoquet d'enfer et me faire quelques régurgitations, longtemps après la prise de bib, je trouve »*

OB.3 1.302 « *Pour l'instant elle régurgite pas, elle a le hoquet »*

OB.7 1.214 « *C'est vrai qu'il recrache pas mal »*

Une autre mère (observation 4) avait déjà consulté avant cette visite du premier mois pour des problèmes de régurgitations responsables de pleurs et de gêne pour l'enfant. Cependant, elle n'avait instaurée que sommairement le traitement préconisé par le médecin. Le médicament s'instaurait comme un substitut temporaire d'apaisement

Précédemment, dans une situation d'insécurité, elle semblait maintenant apaisée lors de cette consultation.

Une autre mère estimait que la quantité trop importante de lait était responsable des régurgitations et de l'inconfort de l'enfant. Cette mère avait omis d'informer le médecin sur la prescription d'un traitement pour le reflux instauré par la maternité.

OB.6 1.499 « *Mais c'est vrai que ça devient une habitude. Mais il y a des fois, je me disais qu'il faudrait peut-être que je demande ? Si il faut continuer ? »*

➤ **Environnement**

Une mère exprimait une certaine culpabilité à ne pouvoir offrir un endroit plus propice à son enfant. Retournée chez sa mère après le départ du père de l'enfant, à l'annonce de la grossesse, elle partageait sa chambre avec son enfant. Cette situation perturbait inconsciemment la mère sur la quiétude de son bébé.

OB.2 1.260 « *il ne fait pas ses nuits. (...) C'est parce qu'il est dans la même chambre que moi et du coup, il me sent (...) ? »*

b. Fonction nourricière

➤ *Allaitement maternel :*

C. Qualité du lait

Une mère dénonçait la qualité nutritionnelle de son lait maternel. Les traditions populaires, les mœurs et son entourage proche appuyaient cette critique. Elle était persuadée qu'il fallait modifier ses habitudes alimentaires afin d'apporter un lait plus riche pour son enfant. Elle accusait son lait dans la survenue de constipation et de coliques chez son enfant.

OB.1 1.38 « *c'était une semaine, un peu compliquée car il n'a pas fait caca, par contre, je ne sais pas si c'est l'allaitement...* »

1.212 « *Beaucoup manger de protéine m'a dit ma tante?* »

1.323 « *Et les coliques, c'est pas le temps, qu'il se fasse au lait* »

D. Utilisation embout

Deux mères étaient perturbées par l'utilisation d'embout faisant « écran » entre elles et leurs enfants.

Elles attendaient des conseils orientés du médecin pour éviter à l'enfant d'utiliser l'embout en argumentant qu'il entravait l'allaitement et le lien avec leur enfant.

Le médecin se faisant plutôt rassurant sur l'usage possible de cet embout.

OB.2 1.304 « *Il tète avec les embouts, en fait* »,

1.309 « *Oui ça allait, en fait le sein gauche, il n'y arrive pas, à droite ça va. Des fois, je le remets mais...* »

OB.7 1.61 « *Ben, il ne veut pas prendre le sein sans écran* »,

1.63 « *Parfois, quand il fait une petite pause, je retire l'écran et parfois il s'en rend compte et il n'est pas content. Et parfois quand il a vraiment trop faim, il mange un peu comme ça. Il est un petit peu fainéant peut-être, je ne sais pas ? C'est plus facile pour lui avec un écran* »

E. Utilisation d'un tire-lait

Deux mères s'informaient utilement sur l'usage d'un tire-lait et en particulier sur la manière de donner ses biberons de lait maternel (la quantité et la fréquence).

La confusion entre la qualité nutritionnelle du lait maternel et du lait maternisé figuraient souvent. Le passage du sein au biberon était vécu avec appréhension par les mères.

OB.4 1.101 « *Oui, il faut combien de biberon par jour à peu près ?* »,

1.451 « *D'accord, logiquement c'est 5 ? Si elle n'en prend que 5 c'est pas grave ?* »

OB.1 1.219 « *On a commandé un tire-lait. Est-ce qu'un biberon c'est pareil ou c'est différent? On peut lui donner à quelle fréquence...?* »

F. Déroulement allaitement

Une mère (observation 4) évoquait une détresse et une grande difficulté au moment de l'allaitement. Elle souhaitait avoir du soutien de la part du médecin et des conseils pour améliorer ce moment privilégié et propice au renforcement de la relation mère/enfant. Elle se trouvait en grande difficulté car elle avait un réflexe d'éjection important avec un bébé qui avait une tétée rapide. Elle avait peur de la survenue d'un malaise chez son bébé ou d'un étouffement.

Elle souhaitait obtenir de l'aide et des conseils pour calmer et apaiser l'enfant.

Elle se rendait responsable d'un apport insuffisant en lait pouvant entraver la croissance de son enfant.

Elle évoquait ce problème avec une image angoissante de son enfant et remettait en cause la fonction symbolique de la mère nourricière. Cette maman doutait de ses capacités maternelles.

OB.4 1.39 « *Mais son problème c'est qu'elle boit trop vite, je pense* »

1.43 « *Oui, oui mais du coup elle s'étouffe tout le temps, maintenant quand elle s'étouffe elle ne veut plus manger et elle réclame une demi heure après...* »

1.50 « *J'ai essayé de me dire ça, que ça allait réguler le débit aussi. Mais, non, en fait elle s'énerve encore plus et c'est pire que tout* »

1.52 « *Du coup, elle s'est énervée, énervée, énervée et après elle ne voulait plus m'approcher tellement elle était énervé* »,

1.62 « *Oui mais elle en foutait partout, ça dégoulinait partout... Elle crachait partout et donc pour prendre elle s'énervait encore plus* »

1.58 « *Oui mais là, elle était tellement énervée qu'après elle ne voulait plus manger* »

1.65 « *Non, mais en fait c'est qu'elle mange pas et je sais que ça va durer...* ».

➤ **Allaitement mixte : gestion de l'alternance sein/complément.**

Une mère était en alimentation mixte qu'elle n'avait pas spontanément choisie. Elle disait avoir été « obligée » par la maternité du fait d'une montée de lait tardive et une mauvaise prise de poids de son enfant.

OB.4 1.68 « *C'est dès la sortie de la maternité. Ils m'ont obligée car il avait perdu trop de poids* »

Cette décision provoquait chez la mère un sentiment de fragilité et de crainte : Ne pas avoir suffisamment de lait ou un lait insuffisamment nourrissant.

Pour permettre la bonne prise de poids et éviter la sensation de faim de son enfant, elle donnait systématiquement le sein et le biberon en complément.

OB.2 1.61 « *M.G. - La question, c'est de savoir s'il fallait effectivement compléter ? Plus on complète moins on tète. Mère - Oui, c'est pareil non. Oui mais le problème c'est qu'il a faim, donc il faut...* »,

1.205 « *Oui, mais c'est que des fois il a faim alors...* »

Cette maman renouvelait les mêmes questions. Elle était soucieuse et manifestement un peu perdue par les quantités à donner et l'intervalle de temps préconisé entre chaque tétée.

OB.2 1.185 « *Oui, mais je dois lui donner combien en biberon... je me pose la question? Parce qu'à l'allaitement, il prend 50/60 pas plus par tétée* »,

1.199 « *Parce que normalement un bébé à cet âge-là, il prend combien au biberon?* »

1.277 « *En fait, par tétée, je mets qu'un sein. Est-ce-que, si je mets les deux, il prendra moins de biberon? Sauf qu'à la tétée d'après, j'aurais moins de lait dans les deux?* »

1.373 « *D'accord. Et si je vois que je vais jusqu'à 120ml et que ça ne lui suffit pas, là il faut que je monte les doses de lait* »

1.387 « *Oui, oui et du coup je me posais la question, comme je fais l'allaitement-biberon. Le biberon, il faut que j'attende combien de temps après pour le remettre? Vu que j'allaite en même temps. Parce que normalement, on dit que c'est toutes les 3/4heures un biberon. Mais moi s'il réclame plus à manger? Parce que des fois c'est toutes les 2h30* »,

1.399 « *C'est que du coup je n'ai pas 3/4h entre les biberons? C'est ça mon problème* »

Elle demandait confirmation auprès du médecin si l'utilisation d'un tire-lait ne pouvait pas stimuler sa lactation, 1.327 « *Euh, et si je tirais mon lait, ça n'aiderait pas à en avoir plus? C'est trop tard maintenant?* ». La mère souhaitait reprendre la main sur son souhait initial d'allaitement.

Cette obsession et cette crainte de mal faire entraînaient chez cette mère une pesée de l'enfant avant et après chaque tétée; responsable de stress superflu.

OB.2 1.58 « *Parce que je n'ai pas assez, au niveau de..., en fait je pèse avant et après pour savoir combien il prend* ».

➤ **Allaitement artificiel :**

Les mères ayant fait le choix de biberons se demandaient comment réguler la sensation de faim avec le souci de bien faire.

OB.3 1.96 « *Oui, elle a hyper-faim tout le temps* »,

1.100 « *Bah, je me dis, ce n'est pas possible, elle mange trop* »,

1.306 « *Mère - Ouais c'est trop? M.G. - Par rapport à son poids... Mère. - Il faudrait combien...?* »

OB.6 1.32 « *Mais là, ça fait deux nuits, il réclame quand même. Sachant que j'ai augmenté les doses* »,

1.35 « *Bah, là, il est passé à 120. Parce qu'on voyait bien que ça ne suffisait pas* »,

1.187 « *Mais, je vois le biberon de 90 de cette nuit, du coup, je lui ai donné pour le calmer, parce que je voyais bien, c'était ça, c'était la faim. Eh, ben, il râlait encore après* »

G. À la demande ou horaire :

Une mère se renseignait si elle devait donner les biberons à la demande ou bien mettre en place des horaires.

Cet enfant étant son deuxième, elle était troublée par les différences de comportements avec sa fille aînée.

Elle avait conscience qu'il était préférable de faire à la demande. Afin de préserver son sommeil et récupérer sa fatigue, d'autorité elle décidait de l'heure des tétées du soir et imposait le volume.

Elle attendait du médecin qu'il soutienne cette démarche afin de la soulager.

OB.3 1.75 « *Du coup, je ne sais pas si je dois faire à la demande ? D'habitude c'est ce que je faisais. Ou bien je mets des horaires et qu'elle patiente ?* »

1.58 « *Elle va boire son dernier biberon à 11h30/11h. Euh, en fait, non, c'est nous qui lui disons « tu vas boire ton biberon à 11h30 »,*

1.71 « *C'est à dire qu'elle n'est pas du tout réglée, donc...* »

1.72 « *M.G. - Vous laissez, vous la stimulez quand ça fait trop longtemps qu'elle n'a pas bu ? Mère. -Euh, oui au bout de 5/6heures, sauf les nuits* ».

H. Débit de tétée :

Une autre mère était perturbée par son impossibilité de modifier la vitesse de tétée car son enfant était habitué à une tétine qu'elle ne pouvait changer.

Elle estimait que cette prise rapide des biberons était responsable des régurgitations.

Elle avait un discours détaché et distant par rapport à son questionnement mais elle semblait ennuyée par ce problème et attendait un conseil de la part du médecin.

OB6 1.47 « *Il boit hyper vite et du coup il régurgite, mais il a à moitié des glaires* »,

1.50 « *Il boit trop vite* »,

1.52 « *Ah, bah, en fait, je serre au maximum le biberon, parce qu'il ne veut que les tétines comme ça, en fait* »,

1.56 « *Donc il n'y a pas de vitesse sur celle-là* »

I. Autonomie

Une mère était autonome et n'avait aucune demande particulière au médecin. Elle adaptait les doses, toute seule, en fonction des besoins de sa fille.

OB.5 1.66 « *J'en suis, je lui propose 150 et elle le finit de temps en temps. Elle est plus tôt à 120 que 150* »,

1.136 « *M.G. - Donc elle boit bien, ça ce n'est pas un problème ?* »

➤ **Sevrage**

Une mère (observation 1) se questionnait sur les modalités de sevrage auprès du médecin qui lui a fait prendre conscience du bienfait de l'allaitement et de sa disponibilité pour persévérer dans ce sens.

Affronter trop brutalement les difficultés de sevrage ultérieur entrevoit forcément la séparation avec son enfant.

Il lui semblait nécessaire d'habituer progressivement son enfant à autre chose que le sein pour ne pas s'en priver trop brutalement.

Ou au contraire souhaitait-elle reconquérir son indépendance ?

OB.1 1.240 « *Et pour, euh, pas maintenant, mais quand on voudra commencer le lait...* »,
1.243 « *M.G. - Vous vouliez allaiter jusqu'à quand ? Mère - Ben, encore quelques mois, mais on se reverra...* »

c. Lien parents-enfant

➤ **Allaitement**

Une mère se confiait avec une image bouleversante de sa difficulté dans son allaitement. Ceci avait une répercussion dans sa relation avec son enfant. Le lien mère/enfant était mis à l'épreuve.

Elle était peut-être confrontée à l'image réelle de son enfant, ce n'était pas l'enfant idéal imaginé.

Se remettrait-elle en cause sur sa qualité de mère, « la mère suffisamment bonne » (winnicott) et sa qualité sécurisante.

OB.4 1.52 « *Du coup, elle s'est énervée, énervée, énervée et après elle ne voulait plus m'approcher tellement elle était énervé* »,

1.62 « *Oui mais elle en foutait partout, ça dégoulinait partout... Elle crachait partout et donc pour prendre elle s'énervait encore plus* »

La mère dans l'observation 2 ne souhaitait pas arrêter le lait maternel dans le cas de son allaitement mixte pour maintenir le lien avec son enfant.

➤ **Communication non verbale :**

J. Les sourires-réponses

Les sourires réponses et les petits cris apportaient systématiquement aux mères une découverte et une grande satisfaction.

OB.3 1.150 « *M.G.- Elle commence à faire des petits sourires réponses? Mère. - Ouiiii. Dit la maman en s'exclamant avec un grand sourire* »,

1.154 « *Et aussi des sourires de satisfaction* »

OB.4 1.170 « *Je ne sais pas si... Elle faisait déjà des faux mais je ne sais pas si c'est des vrais. C'est difficile de savoir si ...* »

OB.5 1.161 « *M.G. -Tu fais déjà des sourires? Mère. - Oh oui, pleins. Pleins, pleins, pleins....* »

OB.6 1.143, « *Mère. - Ouais, j'ai le droit à de grands sourires le matin. M.G. - ça y est il fait des sourires, ça y est ? Des sourires intentionnels ? Mère. - Euh, ben, c'est, oui, oui, il me regarde bien et puis euh...* »

1.147 « *Mère. - Au départ, je me disais non tu dois... (La maman rit) Et puis, non, c'est bien ça* »

OB.7 1.113« *Ben, il fait beaucoup de bruits et depuis une semaine, il a rajouté quelques sons, c'est toujours une découverte* »

La satisfaction des parents à l'évocation du sujet des sourires-réponses par le médecin démontrait à quel point ce réflexe du bébé peut-être gratifiant pour les parents. Ils ont l'impression que leur bébé les reconnaît, eux les premiers, ses parents.

K. Les pleurs

Les pleurs désarmaient facilement la mère ou les parents. Ils étaient perturbés par leur signification. Ceux-ci pouvaient provoquer une image angoissante et augmenter l'anxiété parentale.

Ses cris et pleurs du bébé déclenchent des affects intenses avec un sentiment d'urgence qui pousse la mère à agir et à mettre un terme à l'état de détresse supposée.

OB.2 1.415 « *Bah ouais, quand il pleure, comme ça, moi, ça me fait mal au cœur* »,
1.417 « *Bah oui, il ne faut pas le laisser pleurer, il est tellement mignon...* »

OB.4 1.200 « *Je n'essaie pas trop de la laisser pleurer non plus* »,
1.195 avec une image angoissante « *Bah si, si je la repose, elle se met à hurler à la mort* »

Les pleurs sont des moyens pour le nourrisson de communiquer : Entrer en relation avec son entourage pour exprimer un besoin immédiat, de nourriture, d'amour, de protection (besoin de contacts physiques, de parole, de chaleur, d'être changé) avec une demande de satisfaction rapide.

Les parents non expérimentés présentaient une difficulté à discerner d'emblée le besoin exprimé par les pleurs.

OB.4 1.201 « M.G. - *Enfin vous arrivez à comprendre un petit peu les pleurs maintenant ou pas ?* Mère. - *Non, (silence) ça, je n'arrive pas encore.* »

Si les réponses ne sont pas adaptées, les pleurs s'accroissent et angoissent les parents qui perdent parfois leur contrôle et leur rôle de parents « contenant ».

Leurs compétences parentales étaient mises à l'épreuve, avec un surinvestissement souvent délétère.

Le vécu parental des cris du bébé est influencé par la fréquence et la durée. Les mères pouvaient avoir, selon les cas, un sentiment de doute sur leurs compétences, un sentiment d'agressivité, ou de désespoir.

Le degré de tolérance est variable selon les parents et au sein même du couple pouvant entraîner des tensions. Cet élément est à évaluer également par le médecin.

OB.3 1.406 « M.G. - *Oui, enfin, laissez-la, aussi, développer ses apprentissages de « pas »...* voyez à la laisser réagir un peu. Mère. - *Moi j'y arrive, mais le papa il n'y arrive pas, alors* »

Deux mères exprimaient des difficultés sur le plan de l'organisation familiale : Laisser pleurer l'enfant en particulier la nuit à cause des autres enfants ou du travail du mari.

OB.3 1.404 « *Mais, en fait avec son père, on ne veut tellement pas qu'elle réveille la première qu'elle fasse du bruit, qu'on la laisse pas pleurer* »

OB.4 1.197 « *Bah, au début s'essaie, mais comme lui, (elle regarde son mari avec une sourire) il travaille j'ose pas trop longtemps, non plus* »

Il est nécessaire d'aider la mère ou le père à prendre du recul et se reposer en demandant au père ou à une tierce personne de l'aide sans penser qu'on abandonne son enfant.

d. La fatigue maternelle

La fatigue maternelle était exprimée soit directement par la mère ou bien favorisée par les questions du médecin recherchant des facteurs de risque de la dépression du post-partum.

L. Disponibilité liée à l'allaitement

L'allaitement maternel entraînant une dépendance de la mère à son enfant pouvait être générateur d'épuisement. Ceci entraînait les mères à faire le choix d'un tire-lait pour se faire relayer par le père, se reposer ou sortir.

OB.1 1.224 « *Vous avez pris un tire-lait car vous avez envie de prendre un petit peu d'air de temps en temps? Mère. - De l'air et puis la nuit...* »,

1.228 « *Mère. - Oui (rire) et me reposer un peu car c'est fatiguant... M.G. - Vous êtes fatiguée? Mère. - Oui, je lui donne à la demande* »

OB.2 1.418 « *M.G. - Alors, on peut faire l'allaitement à la demande en permanence, mais ce n'est pas facile à gérer. Mère - Oui, mais moi je suis super fatiguée du coup* »

M. Gestion du quotidien

Une mère célibataire (observation 2) a exprimé sa fatigue du fait de l'investissement total. Elle ne pouvait pas répartir les tâches et s'appuyer sur le père absent. Comment faire pour se détendre ? Économiser les tâches ? Et réduire son anxiété ?

Les réveils nocturnes sont sources d'épuisement chez la mère.

Quelle aide extérieure peut-on apporter ? Le médecin doit avoir une écoute active dans ce contexte.

La famille nucléaire est majoritaire, le couple doit se débrouiller seul. Il n'est pas évident pour le père d'assurer le relais de la femme dans le post-partum systématiquement, du fait de la reprise précoce du travail.

On a même constaté au cours d'une consultation une mère qui a suspendu son attention maternelle le temps de l'examen clinique. Était-elle à ce moment-là dans un moment de sécurité pour elle lui permettant de se relâcher ?

OB.3 L.67 « *oui, je suis crevée, j'aimerais bien dormir (avec un ton sec)* »,

1.69 « *Ouais. Du coup, il y a que ça. Les biberons, là c'est euh fatiguant* »,

1.178 « *La maman s'assoit sur la chaise en face la table d'examen* ».

OB.4 1.239 « *Mais je suis de plus en plus fatiguée car elle dort de moins en moins* »,

1.243 « *Oh oui, oui, là, j'ai dormi ce matin. Je l'ai laissé à ma mère, mais c'est dur* »

Les mères des observations 5, 6, 7 et 8 ne ressentent pas de fatigue particulière.

3. Rôle du médecin et les interactions avec les parents ou la mère

Par sa fonction et son rôle social, le médecin généraliste est en situation de rassurer les parents. Son savoir et ses compétences répondent à leurs attentes initiales. Par des approches directes ou implicites il décèle souvent des sollicitations plus personnelles de ses patients particuliers pour les aider à perfectionner leur nouveau rôle de parents.

a. Consultation centrée sur l'enfant

Les consultations débutent toujours par une question large de la part du médecin « *Comment ça va* », « *tout va bien ?* », les parents répondaient rapidement en se concentrant sur leur enfant.

Si lors de certaines consultations le médecin souhaitait ouvrir la consultation en s'intéressant à l'accouchement, au ressenti ou à la fatigue de la mère, les parents revenaient spontanément à des questions concernant leur enfant.

Pour tous les parents, l'examen clinique était un moment important voire solennel où chacun des parents ou de la mère venue seule étaient attentifs à chacun des gestes du médecin généraliste.

Le médecin généraliste verbalisait les différentes étapes de l'examen clinique. Il essayait d'établir une relation avec le nourrisson (observations 1, 3, 4, 5, 6, 8) par les gestes, par le toucher, et par des mots tendres.

Le médecin généraliste appréciait les différentes acquisitions du nourrisson par l'examen du développement psycho moteur. Il a pour objectif de dépister des anomalies précoces dans le développement psychomoteur de l'enfant ou à l'examen clinique.

Dans l'observation 1 le médecin a vérifié minutieusement les jambes arquées du nourrisson signalé par le père. Il a pris le temps pour vérifier l'absence d'anomalie et rassurer les parents.

Par la normalité de l'examen, l'éveil sensoriel et l'acquisition de nouvelles compétences de l'enfant, le médecin rassurait les parents.

Ceux-ci avaient le bénéfice d'apporter aux parents un sentiment de fierté et d'un enfant « Bien portant ».

Dans toutes les consultations, le médecin introduisait la discussion sur les vaccins. Soit le médecin après explication ne laissait pas réellement le choix du type de vaccin (observation 1, 3, 4, 7, 8) ou permettait le libre choix aux parents notamment pour l'hépatite B (observation 5, 6).

b. Soutien à la parentalité

➤ *Compétences parentales*

Le médecin généraliste, au cours de sa consultation, valorisait les compétences acquises par la mère ou les parents.

Ceci renforce le sentiment d'être « des bons parents ».

Les médecins valorisaient la fonction nourricière de la mère.

Dans l'observation 1, 7 et 8, le médecin encourageait à poursuivre l'allaitement en félicitant chacune d'elles du bon déroulement des tétées.

OB.1 1.57 « *Il prend bien du poids ! C'est un allaitement productif..., ça se passe bien...* »

OB.7 1.262 « *côté poids, pas de souci. Votre qualité nutritionnelle est impeccable, non seulement il tète mais le lait est bon* »

OB.8 1.93 « *Et il boit bien. Vous voyez qu'il tète bien, et puis il a l'air de prendre du poids ma foi, correctement* »

Dans l'observation 2, la mère était en difficulté. Le médecin l'encourageait et lui redonnait confiance dans son rôle de mère.

Dans l'observation 5, le médecin soulignait la bonne gestion des biberons et renforçait ainsi cette autonomie de la mère.

En fin de consultation, le médecin notait systématiquement les paramètres de poids et de taille.

Ceci lui permettait d'apprécier l'évolution globale de la croissance staturo-pondérale.

Il montrait ainsi aux parents la croissance harmonieuse de leur enfant renforçant positivement leurs facultés parentales.

OB.2 1.370 «*M.G. - En tout cas, ça pousse partout, tout pousse harmonieusement. Très bien* »

OB.3 1.382 «*M.G. - quand on regarde la courbe, magnifique. Ça c'est très parlant chez un bébé, en terme de poids. C'est l'essentiel* »

OB.4 1.328 «*M.G. - c'est une affaire qui fonctionne bien*»

OB.5 1.236 « *M.G. - Bon, bah ma foi, c'est un beau bébé qui va bien* »

Au cours de l'examen clinique, le médecin généraliste apportait des informations sur les soins de l'enfant :

- Dans le domaine de l'hygiène ;
- Il alertait sur les risques d'infection, avec la définition de la température et la conduite à tenir ;
- Il conseillait (observation 2 et 6) sur la manière d'habiller l'enfant et des risques de le sur couvrir ;

Le médecin vérifiait les conditions de sécurité de l'enfant notamment sur les modalités de couchage (position, température de la chambre) dans l'observation 2 et 8.

Par les différentes interrogations ou sollicitations des parents, le médecin répondait par des explications médicales (théoriques et physiologiques) de manière simple et compréhensible par les parents afin de leur apporter de nouvelles connaissances et d'être plus autonomes.

➤ ***Favoriser la confiance en leur capacité***

Les médecins ont souvent essayé d'aider les parents à comprendre l'exigence d'un nourrisson et à savoir y répondre notamment à travers les différentes significations des cris ou des pleurs du bébé, très souvent source d'angoisse et d'anxiété chez les parents.

Le médecin (observation 6, 2, 4) soumettait la possibilité aux nourrissons d'un besoin de chaleur, d'attention sous forme de caresses, de bercement, de mots tendres et de réconfort en interagissant avec lui.

Les cris ou les pleurs n'étant pas seulement liés à la sensation de faim.

Aucun médecin n'a disqualifié les gestes ou les actes des parents.

Dans l'observation 3 et 6, le médecin était ennuyé par une quantité de lait plus importante selon la théorie.

Mais il ne s'est pas opposé et n'a pas contrarié les initiatives maternelles devant ce souci. Il s'est adapté à l'enfant en remarquant que l'enfant ne posait pas de problème sans troubler la capacité des mères.

➤ ***Lien parent/enfant***

Les médecins ont évalué l'existence d'une fragilité du lien mère enfant.

Dans l'observation 4, la mère étant en difficulté dans le cadre de son allaitement, le médecin est intervenu pour l'aider à améliorer le contact avec son enfant. Il lui apportait une aide sécurisante en introduisant le père pour la soulager et se reposer afin de reprendre confiance en elle, pour garder le lien avec son enfant.

Dans l'observation 1, le médecin conseillait le père sur la position à prendre lors du biberon pour améliorer le contact avec son enfant.

Le médecin dans l'observation 8, cherchait avec délicatesse à maintenir la place de la mère devant une grand-mère possiblement envahissante.

➤ ***Fatigue maternelle/ dépression du post-partum***

Le médecin (observation 1 et 8) vérifiait systématiquement la présence de fatigue maternelle afin de détecter des facteurs de risque de dépression du post-partum.

Sur les 8 consultations une maman fatiguée et fragile, présentait une vulnérabilité potentielle. Le médecin est resté vigilant sur le risque de dépression du post-partum

Il se montrait disponible pour un suivi éventuel et une écoute ultérieure.

Le médecin encourageait chacune (observation 2, 3 et 4) à se reposer devant la fatigue exprimée.

c. Consultation : lieu privilégié

➤ Liens particuliers

Le médecin généraliste n'est pas choisi par hasard.

Le médecin pouvait être le médecin de la famille (grands-parents oncles et tantes) en qui les parents ont confiance.

Un autre médecin de famille adoptait une attitude plus paternelle (observation 2).

Le médecin (observation 3 et 5) connaissait la mère, suivi de grossesse, ou l'aînée des enfants. Un rapport de confiance était établi entre eux.

Pour la nouvelle patiente (observation 7), le mari avait entrepris les premières démarches. En écoutant et en valorisant la maman, le médecin a levé une certaine timidité.

Ce médecin pouvait avoir une attitude de bienveillance (observation 1 et 2) avec une disponibilité, une écoute, mettant à l'aise les parents.

Dans l'ensemble des consultations le médecin se rendait disponible dans une relation sécurisante pour les parents. Il assurait « une fonction contenante » pour aider les parents à prendre confiance en eux.

Le médecin était dans l'accompagnement et prenait le temps d'établir une réelle complicité dans cette relation à trois.

Le professionnel apportait son regard sur la naissance de cette parentalité avec compréhension et respect réciproque.

➤ Temps de rupture de la consultation

On constatait durant les consultations des moments de rupture, de décalage entre le médecin et les parents.

Soit de la part du médecin :

– pour recentrer la consultation sur ce qui lui semblait important tout en revenant sur l'interrogation ou remarques des parents (observation 1, 2, 6).

– Pour se laisser le temps de réfléchir à l'interrogation des parents afin d'apporter une explication cohérente, adaptée, compréhensive et acceptée par les parents (observation 1, 2).

- En montrant un certain agacement (observation 2). Quelle image ou représentation est renvoyée aux médecins ? Quel est le contre-transfert qui se joue dans cette consultation ?

Soit de la part des parents :

- coupant la parole aux médecins pour insister sur une réponse insatisfaisante. Les parents reprenaient la main montrant qu'ils comprenaient les besoins, les demandes ou la souffrance de leur enfant « fonction sécurisante des parents ».

On pouvait noter qu'au cours de ces consultations des préoccupations différentes entre les parents ou le médecin.

➤ **Défaillance maternelle**

Les parents se donnaient la possibilité d'exprimer leurs difficultés, les fragilités, leurs craintes, voire même leur défaillance parentale ou maternelle quand le suivi de la famille est établi sur le long terme. Ils se livraient plus facilement « sans grand détour ».

N. Avouant avec une certaine pudeur l'absence de travail

OB.1 1.246 « M.G. - *Vous faite quoi comme travail ?* Mère. - *Euh, rien. (rire)* »
1.345 « M.G. - *Et toi, au point de vu boulot, tu en es où, Christopher ?* Père. - *Moi, je ne bosse pas, je vais me remettre à chercher.* M.G. - *Tu étais en stand-by et tu en as profité un peu...* Père. - *Ouais.* M.G. - *Pour t'occuper de ton fils ?* Père. - *Mais, comme c'est le premier, je ne voulais rien louper, même les échographies, rien.* »

O. La crainte de ne pas être une bonne mère, de ne pas bien faire

OB.2 1.66 « *Mère - C'est moi qui lui donne trop alors... ?* »

P. Peur et incompréhension des pleurs et des cris de bébé

OB.2 1.415 « *il ne faut pas le laisser pleurer, il est tellement mignon* »
1.417 « *mais il pleurait, moi ça me fait de la peine* »
OB.4 1.201 « M.G. - *Enfin vous arrivez à comprendre un petit peu les pleurs maintenant ou pas ?* Mère. - *Non, (silence) ça, je n'arrive pas encore.* »

Q. Suspension de son attention maternelle

OB.3 1.177 « *Le médecin poursuit son examen. La maman s'assied sur la chaise en face la table d'examen* »

R. Verbalisation explicite de la fatigue maternelle

OB.2 1.420 « *Oui, mais moi je suis super fatiguée du coup* »
OB.3 1.66 « *oui, je suis crevée, j'aimerais bien dormir (avec un ton sec)* »
OB.4 1.239 « *Mais je suis de plus en plus fatiguée car elle dort de moins en moins* »,
1.243 « *Oh oui, oui, là, j'ai dormi ce matin. Je l'ai laissé à ma mère, mais c'est dur* »

S. Expression d'une fragilité et difficulté maternelle avec des images angoissantes

OB.4 1.52 « *Du coup, elle s'est énervée, énervée, énervée et après elle ne voulait plus m'approcher tellement elle était énervé* »,

1.62 « *Oui mais elle en foutait partout, ça dégoulinait partout... Elle crachait partout et donc pour prendre elle s'énervait encore plus* »

1.192 « *Bah si, si je la repose, elle se met à hurler à la mort* »

La consultation médicale est un lieu de complicité entre le médecin et les parents. Les parents ou la mère se permettent d'exprimer des sentiments ou des fragilités qu'ils évitent peut-être d'évoquer dans leur entourage.

C'est un lieu sécurisant pour les parents. Ils se sentent en réelle confiance avec leur médecin.

IV. DISCUSSION

A. SUR LA MÉTHODE

1. Le type d'étude

L'observation directe est un vrai travail de recherche et de compréhension d'un phénomène précis. L'investigateur part d'une observation générale et petit à petit comme par effet « zoom » s'intéresse à des points plus précis.

L'observation directe est une réelle méthode scientifique car préparée, à l'inverse d'une observation intuitive. L'observation des faits est organisée en vue d'une restitution méthodique de l'observation.

L'avantage de l'observation directe, méthode qualitative, est de capter des comportements, au moment où ils se produisent. Elle permet également de recueillir des données concrètes et même parfois quantifiables. On obtient une authenticité des comportements comparés aux paroles et aux écrits.

Le premier temps d'observation est un moment privilégié d'attention, d'écoute dans un exercice intellectuel inhabituel, libéré de toute action.

Le deuxième temps consacré à la dictée et à la rédaction est fastidieux pour l'investigateur qui doit écrire en se remémorant dans les moindres détails la manière dont sont exprimés les mots, les gestes, les silences en décrivant son propre ressenti d'observateur.

Ce temps de rédaction est un temps d'appropriation, de subjectivation. La consultation observée prend une autre tonalité plus complexe.

Le sens issu des interprétations de l'observateur est le « sens potentiel ». Par conséquent, ses hypothèses ne peuvent être prises pour des explications. Ce n'est pas une vision plus juste mais une vision plus complexe, plus fine, offerte par l'observateur.

L'investigateur fait « table rase » de ses représentations personnelles. Il se met en position de neutralité avec la possibilité de se laisser surprendre par des ressentis ou émotions. Il est en « disponibilité affective » ceci est un outil précieux dans la production d'hypothèse.

Mais, quelle que soit la manière dont seront observés les faits, l'observation ne peut être exhaustive. Ses limites sont basées sur celui qui cherche lui-même. Son histoire, sa connaissance spécifique et beaucoup d'autres facteurs peuvent introduire des « biais » dans l'enquête.

Enfin prenant un « rôle » dans une situation précise, comme dans le cas présent le rôle de médecin chercheur à côté d'un confrère, l'investigateur ne crée pas une situation fictive qui risquerait d'induire les données récoltées dans la consultation.

C'est une méthode de recherche clinique qualitative qui a une vocation expérimentale permettant d'apporter des hypothèses.

2. L'échantillon

Le nombre de huit consultations observées est insuffisant pour prétendre avoir observé la totalité des cas de figures possible lors de ces consultations du premier mois.

L'investigateur a eu des difficultés dans le recrutement de ces consultations pour plusieurs raisons :

- Problème de disponibilité de l'investigateur au moment des prises de rendez-vous des parents ;
- Omission de la part de la secrétaire ou du médecin de prévenir l'investigateur ;
- Nourrisson portant un nom différent de la mère suivie par le médecin.

Cependant l'échantillon tend à se conformer à l'objectif de diversité maximale du fait de la variété des consultations obtenues en médecine générale. L'absence de choix de ces consultations évite le biais de sélection.

Il s'agit d'une méthode qualitative, l'échantillon ne se veut donc pas statistiquement significatif mais présente des consultations diversifiées :

- Par les différences socio-économiques, culturelles ;
- Par familles parentales ou monoparentales ;
- Par des parents d'âges différents ;
- Par le nombre d'enfants dans la fratrie.

Les consultations observées portaient par choix sur des « enfants bien portants ». Ceci a permis une analyse plus structurée. L'apparition d'une pathologie aurait certainement modifiée la grille d'analyse.

L'investigateur connaissait les médecins généralistes choisis avant les observations. Les cabinets médicaux lui étaient familiers.

Par conséquent, l'observation médicale peut être légèrement modifiée sur le plan des représentations.

Cependant, l'échantillon regroupe des consultations de quatre médecins différents avec des expériences, des âges et des affinités diverses. Il existe autant de pratiques que de praticiens notamment lorsqu'on aborde la relation médecin-patient. Ceci permet d'obtenir des résultats variés et riches.

3. L'investigateur

« Observer, c'est perturber »(JP.Canevet, M.Godard)(14)Par sa présence, l'observateur vient modifier la relation singulière qui unit un patient avec son médecin. L'investissement affectif qui les unit est quelque fois le fruit d'une relation privilégiée depuis de nombreuses années.

L'observateur modifie le comportement des parents et du médecin. Ce biais est inévitable dans ce type de méthode.

L'absence d'expérience de l'investigateur dans ce type de méthode d'observation directe a pu limiter la qualité du recueil et de l'analyse des données.

Tout travail d'observation induit une interprétation parfois inconsciente de la part de l'observateur. Il consiste à sélectionner l'ensemble des informations qui s'offrent à chaque instant.

L'aspect interprétatif est inévitable dans cette situation d'écoute. Il constitue aussi un accès aux phénomènes étudiés.

La limite de cette subjectivité des interprétations passe par les différentes étapes de l'analyse objective. Pour limiter ce biais, il convient de respecter les règles de l'observation le plus scrupuleusement possible.

« Paradoxalement, l'observateur est le mieux placé, par les informations dont il dispose, pour contrôler les effets de sa subjectivité d'être social dans la situation, sous réserve qu'il se livre après coup à une « auto-analyse » de sa participation à la situation »(Arborio)(9).

Ces limites inhérentes à sa manière d'observer et de rendre compte sont de bien connaître ses propres biais pour savoir les corriger au plus juste.

La méthode d'observation accorde une place de choix à cette expérience émotionnelle comme outil d'élucidation.

L'objectif de cette étude est d'apporter des hypothèses de travail qu'on pourrait exploiter ultérieurement par d'autre type de méthodes qui auraient toutes leurs pertinences et leurs valeurs.

B. SUR LES RÉSULTATS

Bien que le nombre de consultations soit réduit les informations recueillies et les situations vécues s'avèrent très variées et riches d'enseignement.

Dans sa thèse consacrée aux attentes des femmes enceintes en médecine générale, I.Prévoit-Stimec(15) évoquait les attentes habituellement identifiées dans la relation médecin malade, en quatre types : L'information et le conseil, la réduction des affects négatifs, la technicité, et la légitimation de leur statut de malade. Nous retrouvons l'ensemble de ses éléments attendus du médecin pour les parents de nourrisson avec quelques nuances d'approches plus particulières : l'information, l'empathie et l'écoute, la compétence du médecin et leur parentalité.

La réécriture de l'analyse des résultats incite naturellement à identifier, détailler et étudier un maximum de thématiques liées à la consultation du premier mois du nourrisson.

Les interprétations qui en découlent mettent en évidence de nombreuses problématiques multi et inter-relationnelles entre les parents, leurs familles, leurs amis, les médecins spécialistes et généralistes et bien sûr le nouveau-né à l'épicentre des discussions.

Les différentes interrogations, particulièrement celles des mères, ont bien été mises en évidence et commentées largement dans les analyses précédentes.

Cependant, je constate que la totalité des patients observés, profite de cette visite du premier mois chez le généraliste pour répondre prioritairement à quelques soucis limités qui semblent majeurs pour la santé de leur bébé (Coliques, pleurs, régurgitation...) et ne posent finalement que très peu de questions préparées. Néanmoins et dans tous les cas, les médecins ne commencent pas directement leur consultation par l'examen clinique vers lequel les parents souhaitent rapidement les entraîner.

Chacun des médecins établit tout d'abord un accueil général par quelques questions semi-ouvertes, faussement anodines et globales puis établit un bilan global sur l'environnement du nourrisson :

- l'ambiance et la nouvelle organisation familiale ;
- l'état physique et moral de chacune des parties prenantes et principalement la mère ;
- L'état de santé du bébé suivi ou non de premières réponses concises et rassurantes.

Cette pratique, spontanée des médecins permet de mettre logiquement en exergue d'innombrables préoccupations sous-jacentes et souvent inconscientes des mères et des pères ; sur lesquelles le médecin reviendra adroitement en cours de consultation.

1. Les mères

Les mères des siècles derniers représentaient essentiellement la fécondité, la procréation ou la sauvegarde de l'espèce; Rousseau a permis de relever quelque peu l'image des mères au travers de leurs compétences au foyer, de nourricières et de soins hygiéniques. Les femmes modernes, « le deuxième sexe » comme l'écrivait Simone de Beauvoir cumulent tout le poids de l'histoire, des traditions, des coutumes et des préjugés machistes ou misogynes et s'inscrivent néanmoins, comme les hommes, dans la réussite professionnelles avec des responsabilités sociales de plus en plus lourdes et concurrentielles.

Le changement de statut en mère amplifie leur implication avec une culpabilité plus ou moins bien vécue quand il s'agit de quitter provisoirement son emploi et/ou abandonner les affaires courantes, puis d'accueillir un nouveau-né avec toutes les responsabilités nouvelles qu'il représente pour lui-même, pour elle-même, pour son mari, pour sa famille, ses amis et la société.

Chargées de tous ces symboles et réalités, les mères affrontent cette nouvelle situation avec joie et bonheur mais aussi avec témérité et dignité.

La visite du premier mois n'échappe pas aux considérations séculaires, le comportement des mères demeure altruiste. Les mères privilégient en priorité l'état de santé de leur bébé sans se plaindre à priori sur elles-mêmes. Elles doivent faire preuve de sérénité et ténacité sans faille et démontrer avant tout qu'elles sont de bonnes mères, « la mère suffisamment bonne » (Winnicott)(13) au regard de son entourage.

a. Préoccupations centrées sur la santé physiques du nourrisson

Ses préoccupations prioritaires sont explicites et correspondent logiquement à la plupart des critères énoncés par Brazelton(16), elle souhaite d'abord se rassurer sur l'état de santé générale de son nourrisson. Par ailleurs, les mères cherchent à mieux s'impliquer dans leur relation avec leur enfant, comprendre leurs besoins et leur langage pour les traduire.

Les mères recherchent avant toute chose à confirmer la « normalité » de leur enfant, à calmer leurs souffrances (coliques, régurgitations...), et en comprendre les causes.

Les mères qui allaitent remettent facilement en cause la qualité de leur lait maternel et dénoncent abusivement leur faillibilité et leur fonction de mère nourricière.

Dans l'esprit de la plupart des mères, les pleurs coïncident avec la faim. Elles se précipitent pour combler cette demande de jour comme de nuit... Pourquoi mon bébé n'est-il pas comblé ? Je n'y comprends rien que dois-je faire ?

Le sommeil, le rythme nyctéméral préoccupe énormément les mères.

Elles recherchent auprès du médecin la signification des cris de douleurs ou de colère de leur tout-petit qui semble inconsolable. Le signalement de ce problème de rupture de sommeil chez l'enfant, suscitent chez la maman le premier aveu de pseudo-faiblesse en évoquant également sa fatigue personnelle ; c'est aussi l'opportunité pour le médecin d'apporter ses premiers encouragements à prendre soin d'elle-même et de donner quelques éclaircissements sur la vie réelle du nourrisson...

L'examen clinique répond concrètement aux attentes élémentaires de la mère. Elle est venue en consultation essentiellement pour ce contrôle. Au-delà des constats évidents de maux énoncés précédemment, le médecin va-t-il dévoiler des anomalies : cardiaque, pulmonaire, auditive, visuelle, digestive.

L'apparence et l'évolution psychomotrice tiennent également une grande place dans les inquiétudes courantes et légitimes des mères : Pourquoi perd t'il ses cheveux ? Sa croissance staturo-pondérale ? Est-elle dans les normes ? Ses membres, ses articulations, ses mouvements, ses réflexes apparaissent-ils comme conformes ? ...

b. L'apprentissage d'une nouvelle relation

Cet examen physique avec la participation de la maman, constitue surtout pour le médecin un moment idéal pour harmoniser les actes et le dialogue.

Prendre délicatement le bébé dans les bras, le manipuler doucement, lui parler, lui sourire, le toucher, le caresser, le tourner, l'asseoir, le tester...

Impliquer la maman et démontrer les prouesses de son nourrisson, notamment les réflexes innés de la marche et du réflexe tonique du cou.

Autant de gestes ordonnés et instructifs pour sensibiliser les mamans, à communiquer avec leur bébé. Cette complicité nouvelle crée une empathie constructive avec le médecin ; la maman relâche souvent ses dernières réserves et ouvre de nouvelles voies de communication et d'interrogations.

Comme le souligne J.Israël (17) « Il faut donner à voir et à entendre » l'examen clinique est un moment propice pour leur transmettre des gestes qu'elles vont s'appropriées.

c. Des questionnements sur leurs compétences de mère

Encouragées par le médecin qui les a rassurées sur l'essentiel de leurs craintes concernant leur bébé, les mères se livrent plus volontiers aux **confidences et interrogations implicites**.

Elles avouent enfin leurs fragilités ou faiblesses inavouables.

A-t-elle le droit d'être fatiguée ? Suis-je une bonne mère ? En ai-je les capacités ? Ma complicité avec mon enfant est-elle suffisamment de qualité ? Suis-je responsable des pleurs et des douleurs de mon bébé ?

La phase d'encouragement paraît la plus importante de la consultation, c'est l'occasion pour le médecin de rassurer la mère avec bienveillance sur ces compétences naturelles et qu'elle est « Une mère ordinaire normalement dévouée » (Winnicott). Et surtout d'expliquer comme l'a démontré l'examen clinique, les capacités précoces du nourrisson(4).

La mise en évidence des différentes qualités sensorielles et interactives du nouveau-né, sur plusieurs plans, est souvent une découverte bienfaisante pour les nouvelles mères. Cet heureux étonnement apporte un réel réconfort pour les mères... Une nouvelle communication sensorielle s'instaure entre la mère et son nourrisson; Progressivement, la mère comprend et distingue les origines des pleurs ou des sourires, les grimaces et les torsions.

La compréhension de cette relation inédite doit amener à renforcer les interactions et le lien et l'unité mère/enfant selon la théorie de l'attachement de J.Bowlby.

d. Une nécessaire remise en question de la dyade

Le duo mère/bébé se solidifie pour plus de bien-être et de sérénité pour ce duo mère/bébé facilite ensuite pour la maman l'organisation de son emploi du temps sur le rythme de son bébé et la prémunit contre une fatigue excessive.

En confiance avec leur médecin souvent de famille, les mamans relatent assez naturellement leurs difficultés quotidiennes collatérales.

Certaines mamans s'investissent corps et âme pour leur bébé sans prendre de précautions essentielles pour leur propre santé physique et morale. Elles manifestent habituellement une exclusivité excessive pour le bébé qui peut compromettre également la stabilité de leur jeune couple.

Certaines, privilégient dangereusement la relation mère-enfant au détriment des situations familiales et/ou financières par le fait que leur nourrisson représente l'apogée de leur ambition ou de leur vie.

L'assistance du médecin est déterminante dans ce cas pour relativiser l'évènement et recommander à la nouvelle mère de prendre ses précautions pour se reposer et accueillir le bébé sans exclusivité.

e. Des préoccupations en partie différentes en fonction du milieu socioprofessionnel/des femmes plus ou moins accompagnées pour assumer leur statut de mère. ?

L'environnement familial et la catégorie sociale des familles jouent également un rôle important dans les questionnements et les problématiques soulevées. Un bon environnement familial, même contraignant, garantit cependant un excellent soutien et s'avère bienfaisant pour leur épanouissement

La dislocation des familles (divorce, déménagement, éloignement géographique...) isole les nouvelles mères et favorise le stress. Elles ne profitent pas naturellement des acquis et de l'aide de leurs parents.(18)

Les mères en situation monoparentale sont courantes et peuvent être en difficulté. Elles assurent avec adversité la prise en charge de leur enfant et présentent plus de vulnérabilité au baby blues.

Les mères reconnaissent que l'écoute attentive du médecin les apaise. Son savoir et ses pratiques médicales le prédisposent à prendre en charge leurs problèmes de vie en général où elles ne livrent pas naturellement leurs difficultés personnelles, leurs angoisses ou leur fatigue ; elles refusent souvent de se plaindre car elles vivent une aventure extraordinaire de vie et elles sont entièrement investies et consacrées au bien-être de leur nourrisson.

Il faut toute la délicatesse et la persuasion du médecin pour légitimer leur statut de maman avec son cortège de difficultés J.Israël(19)

L'échange verbal et l'attitude empathique du médecin donne aux mères un sentiment de quiétude, elles se sentent bien comprises(B. Cramer)(20) .

Si ces conditions sont réunies les mères peuvent se libérer et oser exposer leurs préoccupations intimes en acceptant les recommandations éclairées du médecin.

L'approche délicate, pragmatique et de bon sens du médecin révèle souvent, au fur et à mesure de l'entretien, des difficultés ou des douleurs chez les mères, quelquefois plus importantes que les maux du bébé et primordiaux pour l'harmonie des relations naissantes entre les parents et le nouveau-né.

« En fin de compte, le but est d'avoir une maman heureuse et un bébé heureux » S.Bennett.

2. Médecin

a. Le suivi par le médecin traitant un choix réfléchi des parents

Le choix du médecin traitant est délibéré. Les parents le choisissent également en continuité de la conjoncture familiale.

En tant que médecin de famille, il inspire confiance et reconnaissance. Il travaille en proximité et donc disponible et accessible simplement (F.Chretien)(21)

b. La « salutare » adaptation du médecin traitant dans la relation

En raison de ses connaissances avérées du réseau intrafamilial, le médecin de famille peut adopter une approche adaptée à son patient : Soit directe et franche ou soit une attitude plus patiente sur des sujets délicats, sachant qu'il a la possibilité d'y revenir lors de prochaines visites (L.Velluet) (22)

Dans le cas, d'un premier contact, le médecin aborde la consultation de manière plus conventionnelle. Par son comportement attentif et accueillant, il inspire confiance et permet ainsi une relation sécurisante.

Les huit consultations observées concernaient des cas typiques d'interventions avec des bébés bien portants ; Ce constat hâtif ne s'applique pas, bien entendu, pour des cas évidents de maladies chez le nourrisson. L'examen clinique, le diagnostic et les soins deviennent forcément prioritaires.

c. Des demandes parentales explicites mettant en jeu les compétences biomédicales du médecin traitant

Le médecin généraliste incarne le référent porteur du savoir médical.

Les fonctions primordiales attendues par les parents semblent au départ orientées vers ses qualités de conseils sur les soins de l'enfant, ses compétences en terme de diagnostic sur l'état de santé et sa normalité, des traitements éventuels et la réassurance des parents sur leur parentalité.

Les actes médicaux obligatoires (examen clinique, développement psychomoteur, paramètre de croissance, vaccins) contribuent à conforter l'image du praticien technique garant des contrôles habituels du médecin généraliste.

d. ... Mais aussi des compétences relationnelles au service de la construction de la parentalité et de la réassurance

L'approche très humaine et chaleureuse adoptée par les médecins de l'enquête occasionnait une mise en confiance rapide et une liberté de parole des parents qu'il fallait souvent canaliser.

Cette complicité motivait plus facilement certaines confidences des parents et des recommandations quelquefois fermes ou appuyées du médecin.

L'accompagnement empathique, compréhensif, bienveillant, compatissant et investigateur du médecin lors de la visite du premier mois s'affirme comme un catalyseur nécessaire aux parents pour avouer sereinement quelques situations taboues, ces confidences étant favorisées quand le médecin suit déjà la mère ou la famille.

Le médecin se positionne comme un guide, un expert averti pour les parents mais aussi un « révélateurs de talents » chez la mère, le père et le bébé.

Attentif aux angoisses légitimes des parents, il les rassure avec pédagogie.

Il indique avec prévenance les bons gestes et attitudes à adopter pour le bébé : Les soins, le bain, les câlins, le biberon, l'allaitement... autant d'actions agréables pour rentrer en communication avec son enfant.

Il apprend aux parents à découvrir les performances et les exploits de leur nouveau-né, les sourires réponses, les regards insistants, les grimaces, les torsions, les pleurs caractéristiques et leurs différenciations, les cris, et les colères distinctives...Le nourrisson a un langage et un comportement que les parents doivent découvrir, accepter et analyser.

Cette communication apprise aux parents est d'une importance capitale pour qu'ils comprennent le comportement et les compétences précoces de leur nourrisson.

Leur culpabilité ou leur désarroi s'estompent et ils ressortent souvent apaisés des attitudes surprenantes et inconnues de leur bébé et conforté sur leur rôle de parent.

Cette prise de conscience réelle apparaît essentielle pour le bien-être de la triade.

Les mamans comprennent ainsi par les paroles explicatives du médecin qu'elles garantissent le meilleur pour leur nourrisson, qu'elles doivent réagir en fonction de leurs propres intuitions réfléchies et acquérir la plénitude de leur maternité et de leur autonomisation comme le souligne Winnicott(23) : *« On pourrait effectivement se poser la question de savoir comment une mère peut apprendre à être une mère autrement qu'en prenant toutes ses responsabilités ? (...) Toutefois, si elle a le sentiment d'agir librement d'une manière qui lui vient naturellement elle s'améliorera dans son travail. »*

La consultation du premier mois dure en moyenne une trentaine de minutes. Le temps imparti semble optimum pour mener à bien les premiers contacts. Les questions semi-ouvertes durant l'accueil participent à générer une bonne ambiance et un climat de confiance et découvrir les tendances et orientations principales des attentes des parents.

Les résultats des observations soulignent une nouvelle fois les difficultés et inquiétudes diverses et paradoxales des parents à accueillir leur nouveau-né, l'importance des interactions avec le médecin et son rôle d'accompagnateur et médiateur en complément de son expertise médicale.

L'écoute, les conseils, la formation et l'encouragement des parents rentrent également dans les prérogatives du médecin. Il doit aussi savoir être attentif, prendre le temps indispensable pour guider les familles, rassurer et apaiser sincèrement les parents (Balint)(24).

Par ailleurs, Les parents sont de plus en plus influencés par les révélations ou actualités véhiculés par les médias (Magazines, radio, forum, internet...). La multitude d'informations et de surenchères déclenche des angoisses exacerbées de certains parents paniqués par des différences ou variations de leur bébé par rapport à l'idéal.

Le médecin sait redonner du sens à ces phénomènes et recadrer certains parents par rapports à toutes ces influences anxiogènes.

3. Le père

L'un des moments les plus magiques de la vie d'un homme est la naissance de son enfant, surtout s'il assiste à l'accouchement.

a. Difficile apprentissage de la paternité

Dans notre société, virilité et parentalité ne riment pas encore très bien. Et il est nécessaire de soutenir les pères naissants à trouver leur voie de paternité avec leur style, leur histoire et leurs limites. C'est un des rôles d'accompagnateur du médecin.

La naissance et l'accueil de son nourrisson sont des moments de changements qui bouleversent autant les hommes que les femmes, mais parfois les sentiments des hommes sont « oubliés » Cela peut mener à des situations dans laquelle le papa se sent mis à l'écart.

Il se crée aussi un certain nombre de pensées et de peurs nouvelles : Serais-je capable de protéger ma famille et de subvenir à ces besoins ?

Le nouveau père est investi soudainement d'une responsabilité sur la santé de la maman et du bébé (F.molénat)(25).

Il est souvent confus dans son approche avec ce nouveau duo mère/bébé et a quelquefois du mal à positionner cette entrée en paternité et sa fonction, comme le souligne JP Lebrun(26) et cela peut provoquer une déstabilisation du couple.

Les pères semblent néanmoins préoccupés et déstabilisés par leurs nouvelles responsabilités et l'angoisse mystérieuse et énigmatique de leur épouse. Poussent-ils les mamans à consulter pour apporter un remède aux anxiétés du couple ? Il serait important de mieux cerner ce phénomène et consacrer plus d'attention aux interrogations de la gente masculine.

b. Le rôle du père

Les fonctions de la mère et du père restent différenciées et asymétriques même si, aujourd'hui, le mot de parentalité laisse souvent entendre le contraire indiquent Aldo Naouri(27)(28) ou plus récemment Marcel Rufo(29)

Selon Winnicott, le rôle du père, les premiers temps, est bien de protéger la mère et le bébé *"contre tout ce qui tend à s'immiscer dans le lien existant entre eux, ce lien qui constitue l'essence et la nature même des soins maternels"* (23).

Les pères « nouvelles générations » semblent plus impliqués par la présence d'un « tout petit » ils sont de plus en plus nombreux à pouponner, câliner, langer, nettoyer, soigner, parler à leur bébé, s'inquiéter quand ils pleurent, participer aux tâches ménagères et les travaux de la maison pour soulager leur épouse, ... Ils sont en osmose, comme la maman, avec leur nourrisson.

Ils accompagnent et soutiennent leur épouse au quotidien.

Ils sont pourtant majoritairement et malheureusement absents aux visites chez le médecin et quand ils sont présents ils font preuve à la fois de volonté et de distance mais sûrement en observateurs éclairés.

Cette présence est quelquefois embarrassante car le médecin est parfois décontenancé ne sachant pas toujours gérer ce nouveau témoin.

Il permet cependant au médecin de mieux cerner les difficultés de la dyade mère/bébé. Le médecin en retour peut aider le père dans son rôle modérateur à la maison pour le bien-être du duo Mère/bébé.

D. W. Winnicott est l'un des premiers psychanalystes qui, dans son oeuvre sur la relation précoce mère-enfant(30), a bien souligné l'importance du père au début de la vie psychique du bébé *« Cela vaut pour le père car il souffre autant que la mère de donner de sa capacité à créer un enfant sain et normal »*(23).

Winnicott affirme que le père doit être présent et fort, il doit soutenir la dyade mère-bébé, *« il rend humain quelque chose dans la mère »*, il doit se substituer à elle quand elle est absente, il doit être réel et vivant pour que l'enfant se sente réel et vivant lui aussi. Nous retenons surtout l'importance accordée par Winnicott à la présence psychique du père dès les premiers mois de l'enfant.

*« On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux. »
« Tu deviens responsable pour toujours de ce que tu as apprivoisé. » A. de Saint-Exupéry.*

L'accouchement en maternité réconforte et sécurise les mères. Tous les professionnels entourent le nouveau couple mère-enfant, prodiguent tous les soins médicaux au bébé et apportent les premiers conseils fondamentaux pour éduquer les nouveaux parents.

Après un premier apprentissage des parents seuls à la maison, les PMI ou les médecins (pédiatres ou généralistes) peuvent prendre le relai à la sortie, pour parfaire cet accompagnement et vérifier la bonne santé et l'évolution de l'enfant.

La visite du premier mois, intervient à un moment crucial durant lequel certains parents, après quelques semaines esseulés, autonomes et sans accompagnement, peuvent être désemparés par de nouveaux aménagements obligatoires à la maison ou par le manque de disponibilité du père et par la fatigue dues à des nuits écourtées.

Les causes de craintes se multiplient quant à la bonne santé de l'enfant, sa progression et le bon apprentissage des gestes et d'attitude.

Le médecin (souvent de famille) apparaît alors comme un recours salvateur pour conforter les parents dans leur nouvelle charge et responsabilités.

V. CONCLUSION

Le retour à domicile est une étape importante pour les parents, joyeuse et heureuse mais périlleuse car ils peuvent se trouver dans une situation de vulnérabilité face aux changements exceptionnels d'organisation qu'occasionnent la présence d'un nouvel être avec ses pleurs et ses nombreux petits tracas qu'il faut apprendre à connaître et gérer.

Les sorties précoces de maternité, de plus en plus nombreuses, constatées depuis quelques années peut accroître le manque d'apprentissage des parents dans la relation mère et enfant, ainsi que la pratique de l'hygiène et des soins, notamment en puériculture.

Ce phénomène s'amplifie et réclame des accompagnements extérieurs plus importants comme le souligne S.Fanello(31).

Les PMI compensent partiellement ce besoin par leur rôle d'écoute et de soutien préventif.

Les médecins généralistes assurent une alternative ou un complément de suivi de l'état de santé du nourrisson.

Il serait certainement judicieux de favoriser les synergies entre ces entités et encourager toutes les formes de collaborations actives possibles.

Les attentes des parents/nourrisson est prise en compte officiellement (HAS 2007)(32).

Lors des consultations, les observations objectives, factuelles ou subjectives du médecin incitent à prendre des orientations ou des dispositions prioritaires par rapport aux attentes exprimées des parents. Elles peuvent être explicites au sujet de l'état physique de leur nourrisson ou d'un besoin de réassurance ou être des besoins inconscients sur l'apprentissage de la parentalité.

Le temps imparti pourtant raisonnable n'est pas toujours suffisant pour approfondir toutes les thématiques exprimées.

La méthode qualitative, d'observation directe, appliquée pour cette thèse n'a pas intégré, à la suite des consultations, d'entretiens dirigés ou semi-dirigée avec les patients. Cette démarche aurait permis d'évaluer la satisfaction et l'appréciation des parents par rapport au déroulement de la consultation du premier mois et dégager les insuffisances éventuelles et les questions restées en suspens.

L'une des priorités semble être de s'orienter légitimement vers des formations psychophysiological pour les médecins sur la relation parents enfants.

En ce sens un stage au pôle mère enfant est devenu obligatoire dans le cursus de troisième cycle de médecine générale.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Neyrand G. L'enfant, la mère et la question du père : un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance. Paris: Presses universitaires de France; 2011.
2. Dolto F. Lorsque l'enfant paraît. Tome 1 Tome 1. Paris: Seuil; 2007.
3. St-André M, Lebel A. Les troubles précoces de la relation parents-nourrisson : quelle est la place du médecin de première ligne ? Médecin Québec. 2003 Août;38(8).
4. Wendland J. Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé. Psychiatr Enfant. 2004 Mar 1;Vol. 47(1):183–228.
5. bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2012. INSEE. 2013 Jan;
6. ONDPS. Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009. 2009 Nov 4;
7. Branger B. Les indicateurs de santé dans le champ périnatal et pédiatrique. Réseau Sécurité Naiss. 2011 Nov;
8. Collège national des généralistes enseignants (France). Médecine générale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, Masson; 2009.
9. Arborio A-M, Fournier P, Singly F de. L'observation directe. Paris: Armand Colin; 2010.
10. Delion P. L'Observation du bébé selon Esther Bick. Paris: [diffusion] Cairn.info; 2010.
11. Delion P. La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick: la formation et les applications préventives et thérapeutiques. Éd. Érès; 2008.
12. Lebovici S, Stoleru S. Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste: les interactions précoces. Paris: Bayard; 2003.
13. Winnicott D. La mère suffisamment bonne. Paris: Payot & Rivages; 2006.

14. Canevet J, Godard M, Le Mauff P, Bonnaud Antignac A. L'observation participante comme outil de formation à la relation médecin-patient. Exerc Rev Française Médecine Générale. 2012;(101):79-83.
15. Prévot-Stimec I, Bonnaud-Antignac A. Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse. France; 2005.
16. Brazelton TB. La naissance d'une famille ou Comment se tissent les liens. Paris: Éd. du Seuil; 2009.
17. Israël J. De ton pédiatre, tu réclamerais mots et remèdes. Spirale. 2006 Oct 1;n° 39(3):45-74.
18. Thévenot A. Fonction des grands-parents dans l'accès à la parenté de leurs enfants. Informations Sociales. 2006 Sep 1;n° 132(4):36-43.
19. Israël J. « J'ai du mal à le supporter ». Spirale. 2008 Mar 26;n° 45(1):53-68.
20. Cramer B. Les psychothérapies mère-bébé: quels enseignements pour la pratique psychothérapeutique? Psychothérapies. 2002 Jun 1;Vol. 22(2):71-6.
21. Chretien F. La médecine de soins primaire est un terrain propice à l'épanouissement de la relation médecin malade. Exerc Rev Française Médecine Générale. 2000;(55).
22. Velluet L. Le médecin, un psy qui s'ignore. Paris; Budapest; Kinshasa [etc.]: L'Harmattan; 2006.
23. Winnicott DW. L'enfant et sa famille les premières relations. Paris: Payot & Rivages; 2002.
24. Balint M. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1996.
25. Molénat F. Prévention précoce petit traité pour construire des liens humains. Toulouse: Erès; 2009.
26. Lebrun J-P. Fonction maternelle, fonction paternelle. [Paris]; [Bruxelles]: Éditions Fabert ; Yapaka.be; 2011.

27. Naouri A. Une place pour le père. [Paris]: Éditions du Seuil; 1992.
28. Naouri A. Les pères et les mères. Paris: O. Jacob; 2005.
29. Frydman R. Désir d'enfant. Paris: Hachette Pratique; 2005.
30. Winnicott DW. La relation parent-nourrisson. Paris: Payot & Rivage; 2011.
31. Fanello S, Hassani A, Meunier B, Dagorne C, Parot E. Consultation du nourrisson en PMI : enquête auprès des usagers et des professionnels d'un département français. Santé Publique. 2007 Mar 1;Vol. 19(1):9-18.
32. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. 2005.

Titre de Thèse : Attentes des parents lors de la consultation du premier mois du nourrisson en médecine générale

RÉSUMÉ

De nos jours, les enfants font l'objet d'une attention particulière et d'une forte affection, inconnue autrefois.

L'évolution économique et sociétale dans notre monde occidentale, les études et recherches des psychanalystes, psychiatres, pédiatres, les sensibilisations des différents professionnels de santé ont fait évoluer le regard des parents sur leur nourrisson.

Conscients des compétences précoces de leur nouveau-né, les parents sont investis dans de nouvelles responsabilités, ils doutent souvent de leur capacité à assumer leur parentalité et ne cessent de remettre en question les soins donnés à l'enfant.

La survenue d'un enfant constitue un grand bouleversement pour la structure familiale. La plupart des parents d'aujourd'hui vivent éloignées de leur famille, isolées dans des grandes villes et ne reçoivent plus naturellement le support des grands parents et les rudiments d'accompagnement du bébé.

Partagés entre le désir d'apprendre et la crainte de mal faire, les parents souffrent de nombreuses préoccupations perturbantes et le médecin généraliste doit pouvoir éclairer justement les attentes de ses patients si singuliers.

Au travers de huit consultations effectuées dans plusieurs cabinets de médecine générale, par méthode d'observation directe, l'enquêteur a analysé les différentes attentes des parents auprès de leur médecin traitants.

Il s'agit dans cette étude d'analyser les demandes des parents et leur relation avec le médecin, de comprendre quelles peuvent être leurs attentes essentielles. L'étude se positionne ainsi sur l'intérêt de la consultation du premier mois et le rôle du médecin lors de ce nouvel évènement familial.

La consultation du premier mois du nourrisson apparait comme un moment salubre pour les mères et les pères déstabilisés. La rencontre avec le médecin généraliste apporte un réel soulagement pour reconforter les parents sur la bonne santé de leur bébé, apaiser leurs anxiétés personnelles et découvrir d'innombrables facettes insoupçonnées et agréables de leurs tout-petits.

Souvent proche des familles, le médecin traitant tient un rôle essentiel dans l'écoute attentive et compréhensive des parents pour valoriser leurs compétences parentales, étayer et fortifier la relation parents-nourrisson.

MOTS-CLÉS

Parentalité, relation médecin-parent, nourrisson, médecine générale, périnatalité, puériculture, observation directe, consultation du premier mois.