UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs des nourrissons

Présentée et soutenue publiquement le 30 avril 2020 à 18h au Pôle Formation

Par Noémie DUHAMELLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique TURCK

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François DUBOS

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Anita TILLY

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs des nourrissons

Présentée et soutenue publiquement le 30 avril 2020 à 18h au Pôle Formation

Par Noémie DUHAMELLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique TURCK

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François DUBOS

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Anita TILLY

Avertissement :

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

Liste des abréviations

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SBS : Syndrome du bébé secoué

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

HAS : Haute Autorité de Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Table des matières

RESUME **12**
SUMMARY **13**
INTRODUCTION **14**
MATERIEL ET METHODES **17**
A- Type d'étude 17
B- Population étudiée 17
C- Recueil des données 17
D- Analyse des données par phénoménologie interprétative 18
E- Aspects réglementaires et éthiques 18
RESULTATS **20**
A- Représentations 22
1- Rupture avec l'état antérieur 22
2- Bébé sous tension 22
B- Ascenseur émotionnel 23
1- Appréhension omniprésente 23
2- Être démuni 23
3- Être dans l'incertitude 24
4- Peur du jugement des autres 24
5- Se sentir mauvais parent 25
6- Être poussé dans ses retranchements 26
C- Attentes vis-à-vis du corps médical 27
1- Ambivalences 27
2- Être libéré des pleurs 29
3- Renforcement positif 29
D- Cartes à disposition des parents 30
1- Se baser sur son savoir 30
2- Prendre sur soi 30
3- Opter pour une mise à distance 31
4- Pouvoir compter sur son entourage 32
5- Réassurance 33
E- Rôles de chacun 33
1- Place centrale de la mère 33
2- Place du père 34
F- Risques liés aux pleurs 35

1- Frein au développement d'une relation parent-enfant 35
2- Distance au sein du couple 35
3- Maltraitance 36
DISCUSSION 38
A- Résultats principaux 38
B- Forces et faiblesses de l'étude 38
1- Points forts de l'étude 38
2- Points faibles de l'étude 39
C- Conséquences néfastes des pleurs 40
1- Risque de maltraitance : syndrome du bébé secoué 40
2- Frein au développement de la relation parent/enfant 43
D- Pleurs et corps médical 43
1- Absence de formation professionnelle aux pleurs 43
2- Relation médecin/ « patient » 44
E- Changements à apporter ? 45
1- Formation à la parentalité 45
2- Lutter contre l'isolement parental 46
CONCLUSION 48
BIBLIOGRAPHIE 49
ANNEXES 53

RESUME

Représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs des nourrissons.

Contexte : Les pleurs excessifs sont fréquents dans les premiers mois de vie, ils concernent 5% à 30% des nourrissons en bonne santé. Leur prévalence est maximale les six premiers mois. Les pleurs sont fréquemment source d'interrogations pour l'entourage et le corps médical. Il n'est pas toujours facile de répondre aux attentes des parents. L'objectif est d'étudier les représentations et le vécu des parents face aux pleurs excessifs de leur nourrisson pour mettre en évidence leurs attentes vis-à-vis du corps médical.

Méthode : Etude qualitative réalisée auprès de parents ayant consulté pour pleurs, en médecine générale, en PMI et aux urgences pédiatriques, dans le Nord et le Pas de Calais. Des entretiens compréhensifs ont été réalisés jusqu'à la suffisance des données. Une analyse par phénoménologie interprétative des verbatims a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo®, avec triangulation des données.

Résultats : Quatorze entretiens ont été réalisés, auprès de onze femmes et de trois hommes. Les pleurs entrainent chez les parents un ascenseur émotionnel : une appréhension omniprésente, la sensation d'être démunis, un sentiment d'incertitude, la peur du jugement des autres, le sentiment d'être mauvais parent et ils sont donc poussés dans leurs retranchements. Ceci entraine différents risques : entraver le développement de la relation parent-enfant, creuser un fossé dans le couple et un risque de maltraitance. Les parents ont déjà des cartes en main pour éviter cela : leur propre savoir, la possibilité de prendre sur soi et d'opter pour une prise de distance pendant les périodes de crises, ainsi que le soutien de leur entourage. Les attentes des parents vis-à-vis du corps médical sont : l'apport d'une solution et de conseils pour être libérés des pleurs, et le renforcement positif. Mais ils sont ambivalents car ils ont conscience de l'absence de solution miracle et de la non toute puissance de la médecine.

Conclusion : Les parents signalent l'absence de formation à la parentalité et leur manque d'informations. Lors de la préparation à la naissance, à la maternité et les premiers mois de vie de leurs enfants, le sujet des pleurs devrait être abordé systématiquement. Pour cela, il est nécessaire que le personnel soignant soit lui aussi bien formé sur le sujet. Un bon encadrement des parents par leur entourage et le corps médical est primordial.

SUMMARY

Expectations and feelings of parents faced with excessive crying of infants.

Background: Excessive crying is common in the first months of life, affecting 5% to 30% of healthy infants. Their prevalence is at his peak during the first six months. Crying is a frequent source of questions for those around you and the medical staff. It is not always easy to meet parents' expectations. The objective is to study the apprehension and the experience of parents faced with excessive crying of their infant to highlight their expectations vis-à-vis the medical staff.

Methods: Qualitative study carried out with parents who have been consulted for crying, in family practice, PMI and pediatric emergencies, in the regions of the Nord and the Pas de Calais. Comprehensive interviews were carried out until the data gathered were sufficient. An analysis by interpretative phenomenology of the verbatims was carried out using NVivo® software, with data triangulation.

Results: Fourteen interviews were carried out with eleven women and three men. Crying brings an emotional lift to parents: a constant apprehension, the feeling of being helpless, uncertainty, fear of the judgment of others, the feeling of being a bad parent and they are therefore pushed to their limits. This entails various risks: hampering the development of the parent-child relationship, creating a gap in the couple relationship and a risk of abuse.

Parents already have everything in hand to avoid this: their own knowledge, the possibility of take upon themselves and opting for distancing during periods of crisis, as well as the support of those around them. The expectations of parents vis-à-vis the medical staff are: providing a solutions and advices to avoid the crying, and positive reinforcement. But they are ambivalent because they are aware of the lack of a quick fix and the non-omnipotence of medicine.

Conclusion: Parents report the lack of parenting training and their lack of information. When preparing for the birth, the maternity and the first months of their children's life, the subject of crying should be addressed systematically.

It is necessary that the nursing staff must also be trained on the subject. Good supervision of parents by their entourage and the medical staff is essential**.**

INTRODUCTION

Les pleurs font partie du développement normal des nourrissons pendant leurs premiers mois de vie. Ils sont considérés comme habituels : 2 heures par jour à 3 semaines, 3 heures à 7 semaines, 2 heures à 11 semaines et 1 heure à 13 semaines. (1) Les épisodes de pleurs commencent au cours de la 2e semaine de vie, puis augmentent avec un paroxysme au cours de la 6e semaine puis régressent à nouveau jusqu'au 3e mois. (2)

5% à 30% des nourrissons en bonne santé pleurent de façon prolongée, perçue comme excessive entre la 2e semaine de vie et l'âge de 5 mois. (3) Plus précisément, la prévalence des cris excessifs est de l'ordre de 16% pendant les 3 premiers mois. Elle baisse à environ 6% entre 4 et 6 mois ; et est autour de 2.5% chez les nourrissons de plus de 6 mois. (4)

L'étude des pleurs s'est développée depuis les années 1990, mais elle intéresse la communauté médicale depuis longtemps.

Déjà en 1837, C.M. Billard disait dans son « Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle » : « Il est des enfants qui crient sans qu'on puisse réellement en connaitre la cause ; et, malgré leur agitation continuelle et leurs longues insomnies, on ne les voit pas dépérir. Ces enfants se distinguent par leurs cris opiniâtres au milieu de l'hospice des Enfants-Trouvés ; et les nourrices, qui redoutent de les allaiter, les désignent vulgairement par l'épithète assez méritée d'enfants méchants. Cette excitation continuelle provient sans doute d'une exaltation de sensibilité plus prononcée chez eux que chez les autres enfants ; le cri n'en est pas moins pour cela l'expression d'un malaise auquel il faut chercher à donner diversion par les moyens convenables. » (5)

Le caractère normal et développemental des pleurs est attesté par sa présence chez l'ensemble des mammifères quelles que soient leurs espèces, ainsi que sur l'ensemble du globe. Les pleurs du bébé fonctionnent comme un signal dont le rôle principal est d'attirer l'attention de l'adulte qui s'occupe de lui afin de répondre à ses besoins physiologiques ; ils permettent de créer des liens d'attachement. (6)

Dans l'étude, chez les bébés des chasseurs cueilleurs Kung San du Kalahari, les cris et l'agitation sont aussi plus marqués au cours des trois premiers mois de vie. Il s'agit

donc d'un comportement universel. (6,7)

On distingue différents types de pleurs : les pleurs physiologiques, les pleurs pathologiques ou paroxystiques aigus et les pleurs non spécifiques. (1,2)

Les pleurs pathologiques ou paroxystiques aigus nécessitent un examen approfondi à la recherche d'une pathologie aigue ou chronique. (1,2)

Les pleurs non spécifiques sont considérés comme excessifs lorsqu'ils suivent la règle des trois proposée par Wessel en 1954 : durée moyenne des cris ou de l'agitation de plus de 3 heures par jour, pendant au moins 3 jours par semaine, pendant au moins 3 semaines. (8) Cependant le degré d'accablement de l'entourage de référence doit être pris en compte lors du diagnostic de pleurs excessifs. Le vécu des parents est un facteur d'estimation de la gravité de la problématique et de l'urgence de la prise en charge. (1–3,6)

Différentes hypothèses ont été évoquées concernant leur étiologie, notamment les causes digestives avec les fameuses « colique du nourrisson » ou des causes psychologiques. (9)

Wessel *et al.* ont introduit le terme de colique en 1954, en partant du principe que les pleurs étaient dus à un trouble gastro-intestinal associé à des spasmes et ballonnements. (8)

Les critères de Wessel et le terme « paroxystique » ont été abandonnés en 2017 lors de l'élaboration des critères Rome IV, devant leur caractère trop arbitraire. Le comité Rome IV a décidé d'ajouter deux critères à remplir pour le diagnostic de colique infantile en recherche clinique. Lors d'un entretien téléphonique ou en face-à-face avec un chercheur ou un clinicien, les parents doivent signaler que leur enfant a pleuré ou s'est ému pendant 3 heures ou plus par jour, pendant au moins 3 jours la semaine précédente. De plus, les parents doivent tenir un journal des comportements de 24 heures pour confirmer que le nombre total de pleurs et de chagrins est supérieur à 3 heures par 24 heures. (10)

Des recherches suggèrent que la flore intestinale chez les nourrissons atteints de colique diffère de celle des nourrissons en bonne santé. (2,11,12)

De nombreuses études sont réalisées sur les probiotiques dans ce contexte. (13) Le type d'étude et la difficulté d'intervenir chez des nourrissons, limitent les recherches qui se poursuivent pourtant dans ce domaine. (10,11,14)

Les pleurs prolongés perturbent parfois le lien affectif entre le nourrisson et ses parents, voire les autres personnes qui s'occupent de lui, avec un risque de maltraitance. (3) Les pleurs des nourrissons sont un signal entraînant chez les parents un comportement de soins visant à satisfaire les besoins du bébé et renforçant des liens d'attachement. (3,15,16) Selon les réactions parentales qu'ils provoquent, les pleurs excessifs ou perçus comme tels peuvent avoir des répercussions négatives et perturber la qualité des interactions parents-enfant. (6) Etant parfois vécue comme une agression par les parents, cette situation peut exposer à des troubles de l'attachement avec risque de passage à l'acte sous différentes formes de violence. (17)

La maltraitance et la négligence sont les conséquences extrêmes, les plus dangereuses pour les nourrissons. Il est nécessaire d'évoquer la maltraitance en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés. (18)

Le syndrome du bébé secoué (SBS) survient le plus souvent chez un nourrisson de moins de 1 an. (19) La courbe d'incidence du syndrome du bébé secoué en fonction de l'âge, est comparable par son début et sa forme à la courbe normale des pleurs. Mais l'incidence d'intensité maximale se situe à douze semaines plutôt qu'à six quand les pleurs sont au niveau le plus élevé selon Barr. (20,21)

Les pleurs sont un motif fréquent de consultation en médecine générale et en médecine ambulatoire en général. (3)

La plupart du temps, la consultation mettra en évidence une cause « banale » à ces pleurs ou tout au moins, l'absence de causes graves. Mais devant les conséquences néfastes pour les parents et l'enfant avec un risque de troubles du développement de ce dernier, de maltraitance et de syndrome du bébé secoué, une attention particulière doit y être portée. (18,19,22)

Il n'est pas toujours évident pour le soignant de faire un diagnostic précis et d'apporter les réponses que les parents recherchent. (3)

L'objectif est d'étudier les représentations et le vécu des parents face aux pleurs excessifs de leur nourrisson pour mettre en évidence leurs attentes vis-à-vis du corps médical.

MATERIEL ET METHODES

A- Type d'étude

Cette étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels compréhensifs à questions ouvertes pour permettre aux parents de s'exprimer librement en évitant de les influencer. (23,24)

B- Population étudiée

La population étudiée a été constituée de parents (mères et pères) d'un nourrisson de 0 à 6 mois révolu au moment de la consultation de recrutement. L'âge des nourrissons a été déterminé par une plus grande fréquence de pleurs à cet âge. (2–4)

Les parents devaient avoir consulté pour le motif de pleurs excessifs ou l'avoir évoqué lors d'une consultation de suivi.

La définition de pleurs excessifs a pris en compte la tolérance des parents vis-à-vis des pleurs.

Le recrutement a été réalisé en cabinet libéral de médecine générale et de pédiatrie, dans les centres de PMI et dans des services d'urgences pédiatriques du Nord et du Pas de Calais. (**Annexe 1**)

Une lettre d'informations était remise aux parents. (**Annexe 2**)

L'échantillon a été constitué par la technique d'échantillonnage raisonné pour rechercher la variation maximale selon les variables suivantes :

- pour les nourrissons : âge de 0 à 6 mois révolu (au moment de la consultation), sexe, enfant unique ou fratrie, rang dans la fratrie
- pour les parents : âge, sexe, culture, niveau socio-économique, profession, parentalité (mono-, hétéro-, homoparentalité), lieu de vie (urbain/rural/semi-rural/semi-urbain ; appartement/maison).

C- Recueil des données

Les données ont été recueillies par entretiens individuels compréhensifs.

L'investigateur a réalisé au préalable deux entretiens fictifs (**Annexe numérique**), auprès de personnes de son entourage, et a étudié la littérature (24) pour se former à la réalisation des entretiens compréhensifs.

Le lieu d'interview était laissé au choix des participants. Les entretiens ont été enregistrés par deux dictaphones.

Un guide d'entretien a été préparé, comportant initialement une seule question ouverte. Ce guide d'entretien a été enrichi au fur et à mesure des entretiens, retranscription et analyse des verbatims. (**Annexe 3**)

Le recueil des données a été poursuivi jusqu'à suffisance des données, c'est à dire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelle notion lors des entretiens.

Deux entretiens supplémentaires ont alors été réalisés pour le confirmer.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés.

D- Analyse des données par phénoménologie interprétative

Les données ont été analysées en utilisant la méthode de phénoménologie interprétative.

L'analyse phénoménologique interprétative permet au chercheur d'explorer l'expérience des participants, le sens qu'ils lui donnent et les mécanismes psychologiques.

Cela permet de comprendre des phénomènes subjectifs, sans les dénaturer, à partir du récit du patient ou de son entourage.

Elle a pour objectif de décrire le sens accordé à un phénomène.

L'objectif est donc de comprendre le phénomène, de découvrir le « comment » du vécu, le sens donné à une expérience de vie. (25,26)

Le codage a été fait en ouvert à l'aide du logiciel QSR NVivo® par le chercheur de l'étude, enrichi et discuté avec un 2e chercheur pour permettre une triangulation de l'analyse. L'analyse est réalisée de manière concomitante au recueil des données. Le chercheur s'est formé au logiciel NVivo® via une formation donnée par sa faculté et s'est entrainé au codage à partir des entretiens fictifs à l'aide de la littérature. (27)

E- Aspects réglementaires et éthiques

Une déclaration a été faite à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) : déclaration n°2019-110 en date du 12/07/2019 (**Annexe 4**) ; ainsi qu'auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP). (**Annexe 5**)

Un consentement éclairé par écrit, signé par les participants, a été recueilli avant chaque entretien. (**Annexe 6**)

Lors de la préparation du sujet, au décours du rendez-vous de déclaration à la CNIL, le chercheur s'est posé la question de la conduite à tenir en cas de situation de négligence ou de maltraitance constatée lors d'un entretien. Inquiétude partagée par le CPP ayant nécessité leur approbation.

RESULTATS

La suffisance des données a été obtenue après douze entretiens et a été confirmée par deux entretiens supplémentaires. Onze femmes et trois hommes ont été interrogés dont trois couples, qui ont été interviewés le même jour, l'un après l'autre.

Une femme recrutée n'a jamais répondu aux appels et deux autres ont annulé leurs rendez-vous à plusieurs reprises.

Les entretiens ont eu lieu au domicile des participants.

Les modalités d'entretiens sont disponibles dans le **tableau 1**, et les caractéristiques des participants dans le **tableau 2**.

Entretien	Chercheur	Date de l'entretien	Durée de l'entretien	Informateur	Lieu de l'entretien	Recrutement	Transcripteur
Entretien 1	Noémie Duhamelle	16/12/2019	14 min 15 s	P1	Domicile du participant	Médecine générale	Noémie Duhamelle
Entretien 2	Noémie Duhamelle	19/12/2019	12 min 48 s	P2	Domicile du participant	Médecine générale	Noémie Duhamelle
Entretien 3	Noémie Duhamelle	20/12/2019	7 min 42 s	P3	Domicile du participant	Médecine générale	Noémie Duhamelle
Entretien 4	Noémie Duhamelle	20/01/2020	17 min 30 s	P4	Domicile du participant	PMI	Noémie Duhamelle
Entretien 5	Noémie Duhamelle	22/01/2020	11 min 48 s	P5	Domicile du participant	Médecine générale	Noémie Duhamelle
Entretien 6	Noémie Duhamelle	23/01/2020	18 min 10 s	P6	Domicile du participant	PMI	Noémie Duhamelle
Entretien 7	Noémie Duhamelle	05/02/2020	9 min 30 s + 2 min 18 s	P7	Domicile du participant	Médecine générale	Noémie Duhamelle
Entretien 8	Noémie Duhamelle	05/02/2020	8 min 58 s + 2 min 18 s	P8	Domicile du participant	Médecine générale	Noémie Duhamelle
Entretien 9	Noémie Duhamelle	11/02/2020	15 min 25 s	P9	Domicile du participant	Médecine générale	Noémie Duhamelle
Entretien10	Noémie Duhamelle	11/02/2020	10 min 04 s	P10	Domicile du participant	Médecine générale	Noémie Duhamelle
Entretien11	Noémie Duhamelle	21/02/2020	17 min 52 s	P11	Domicile du participant	Urgences pédiatriques	Noémie Duhamelle
Entretien12	Noémie Duhamelle	26/02/2020	15 min 31 s	P12	Domicile du participant	PMI	Noémie Duhamelle
Entretien13	Noémie Duhamelle	29/02/2020	15 min 05 s	P13	Domicile du participant	Médecine générale	Noémie Duhamelle
Entretien14	Noémie Duhamelle	29/02/2020	7 min	P14	Domicile du participant	Médecine générale	Noémie Duhamelle

Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens

Individu	Sexe	Groupe d'âge	Situation familiale	Profession	Niveau socio-économique	Lieu de vie	Type de logement	Sexe du nourrisson	Age du nourrisson (au moment de l'entretien)	Rang dans la fratrie
P1	Féminin	20-25 ans	Marié	Mère au foyer	Moyen	Semi-urbain	Maison mitoyenne	Garçon	4 mois 6 jours	2
P2	Féminin	30-35 ans	Pacsé	Auxiliaire de puériculture	Moyen	Semi-urbain	Maison individuelle	Garçon	5 mois 12 jours	1
P3	Féminin	25-30 ans	Concubinage	IDE	Elevé	Urbain	Maison mitoyenne	Garçon	7 mois 15 jours	1
P4	Féminin	30-35 ans	Parent isolé	Mère au foyer	Faible	Urbain	Appartement	Fille	5 mois 10 jours	1
P5	Féminin	25-30 ans	Marié	Mère au foyer	Moyen	Urbain	Appartement	Fille	2 mois 26 jours	3
P6	Féminin	25-30 ans	Pacsé	Manip radio en IRM	Elevé	Semi-urbain	Maison individuelle	Fille	5 mois 20 jours	1
P7	Féminin	30-35 ans	Concubinage	Directrice des transports	Elevé	Semi-rural	Maison individuelle	Garçon	5 mois 8 jours	2
P8	Masculin	35-40 ans	Concubinage	Gestion logistique et maintenance	Elevé	Semi-rural	Maison individuelle	Garçon	5 mois 8 jours	2
P9	Féminin	25-30 ans	Marié	Vendeuse en prêt à porter	Elevé	Rural	Maison individuelle	Garçon	3 mois 3 jours	2
P10	Masculin	30-35 ans	Marié	Kinésithérapeute	Elevé	Rural	Maison individuelle	Garçon	3 mois 3 jours	2
P11	Féminin	25-30 ans	Marié	Coiffeuse	Moyen	Semi-urbain	Maison mitoyenne	Garçon	4 mois 21 jours	1
P12	Féminin	35-40 ans	Marié	Mère au foyer	Faible	Urbain	Appartement	Garçon	3 mois 15 jours	2
P13	Féminin	25-30 ans	Marié	Manager	Moyen	Urbain	Appartement	Fille	3 mois	1
P14	Masculin	30-35 ans	Marié	Manager en restauration	Moyen	Urbain	Appartement	Fille	3 mois	1

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

La durée des entretiens variait entre 7 minutes et 18 minutes et 10 secondes.
Ils se sont déroulés du 16 décembre 2019 au 29 février 2020.

Les entretiens des participants d'un niveau socio-économique élevé étaient plus courts que ceux d'un niveau socio-économique bas, avec une moyenne de 11 min 45 secondes pour les premiers et 16 min 30 secondes pour les seconds. Les participants avaient plus de difficultés à se livrer. De même les entretiens des pères étaient beaucoup plus succincts, avec une moyenne de 8 min et 54 secondes.

A- Représentations

1- Rupture avec l'état antérieur

L'arrivée d'un enfant entraine des changements de repères.
« *Euh, les premières semaines, c'est pas facile, hein. On pense se préparer, être prêt, on dit : « Oh, ça va aller ». Mais au final, euh…, c'est pas facile. » [P6]*

Les parents plongent dans l'inconnu et doivent créer une relation avec leur nourrisson.
« Ben, contrairement à ce que tout le monde p… 'fin tout le monde peut dire, entre guillemets, c'est pas l'amour fou direct, c'est pas un coup de foudre, ou je sais pas. C'est… on va dire une découverte. » [P13]

Et les épisodes de pleurs compliquent cette situation.
« Et le calmer pour les pleurs, ça, ça était dur aussi. C'est… han… je me suis dit : nan c'est pas possible, ça recommence. Ça, c'était vraiment compliqué. » [P1]

2- Bébé sous tension

Les parents décrivent un bébé tendu, agité, n'arrivant pas à se laisser- aller, allant même jusqu'aux comparaisons bibliques.
« C'est vraiment des crises euh… on aurait cru qu'il était possédé. Franchement, il se mutilait, il hurlait, on pouvait plus l'allonger. » [P11]

« *Euh…… Ben… Il se mettait dans des états… 'Fin il était rouge, avec des larmes. 'Fin limite, il suffoquait, quoi, il n'arrivait plus à reprendre sa respiration. Euh… Euh… Il se*

griffait. Aussi. Beaucoup. Il s'attrapait le visage et il se griffait. Il se tordait dans tous les sens. » [P11]

L'épuisement du bébé est un cercle vicieux, qui entraine encore plus d'agitation de la part de celui-ci et de pleurs.
« *Et euh… ça manquait pas. Il était tellement usé, il était fatigué, il n'arrivait même pas à dormir pour autant ; et c'était encore pire. Dès qu'il est fatigué, qu'il arrive pas à dormir, c'était… c'était une horreur. Donc euh… » [P2]*

B- Ascenseur émotionnel

Les sentiments des parents sont multiples, ils expriment un débordement émotionnel.
« On est euh… On passe par beaucoup d'émotions, hein, je trouve que euh… franchement euh… si on n'est pas psychologiquement stable, pas bien entouré, je trouve que l'on peut vite vriller. » [P3]

1- Appréhension omniprésente

L'anxiété est omniprésente chez les parents, qui redoutent de la transmettre à leur bébé.
« Si après je stresse, qu'elle ressent après c'est… Après elle va encore plus pleurer quoi. » [P4]

Il existe une anxiété anticipatoire très forte.
« *moi j'avais une boule au ventre parce que je me disais « comment cette journée va encore passer ». » [P2]*

2- Être démuni

Les parents se sentent seuls et démunis.
« *Euh… euh… Oui. Oui. C'était pareil. C'était pareil, mais le problème c'était que là-bas… là-bas, j'étais avec… chez… avec mes parents et tout… j'étais bien entourée, y'avait tout le monde qui m'aidait. C'était pas pareil. » [P12]*

« *Et en fait euh… Je me suis retrouvée, ben toute seule, perdue. » [P6]*

Mais aussi fortement incompris.

« *Euh… après je pense que… il faut le vivre pour y croire, parce que c'est vrai que quand il pleure tout le temps euh… des fois les parents, ils vous disent « bah vous n'avez plus de patience », et cetera. Mais je pense, vraiment qu'il faut le vivre pour le croire, quoi. » [P7]*

Il en ressort un sentiment d'impuissance vis-à-vis de la situation.
« Et qu'on arrive pas à la soulager en fait. On sait pas d'où vient le problème et on peut pas le résoudre, et on trouve pas le moyen de la soulager. » [P5]

Les participants reprochent l'absence de formation à la parentalité, ainsi que la contradiction des aides apportées, notamment par le corps médical.
« *Mais c'est vrai qu'on sait pas trop… Il existe des cours sur l'accouchement, à l'hôpital. Mais après y'a pas de cours… On nous laisse un peu… » [P8]*

« *Et, en fait aussi, à la maternité, on nous guide pas forcément… très, très bien. Y'a quelqu'un qui va dire euh… « on attend les trois heures », quelqu'un qui va dire « nan, on lui redonne de suite ». » [P8]*

3- Être dans l'incertitude

Les parents se retrouvent dans une situation d'incompréhension.
« *Et… ça par contre, j'ai jamais vraiment su de où ça venait. J'ai pas compris. » [P1]*

Il règne une atmosphère de doutes autour des pleurs.
« *Je me dis, qu'est-ce qu'elle a, parce qu'elle a jamais fait ça… je me dis peut-être qu'elle a un problème… peut être qu'elle fait ses dents peut être… ou je sais pas, on m'a parlé de la régression du sommeil… tous des trucs comme ça… pic de croissance et pis tout ça. » [P4]*

4- Peur du jugement des autres

Les participants se sentent jugés.
« il y a le regard des gens hein, qui sont tout le temps un peu euh… » [P11]

Ce qui entrainent un isolement de ceux-ci pour éviter les situations à risque.
« *J'osais même pas sortir de chez moi, parce qu'il faisait que pleurer, je … » [P2]*

« *On n'avait peur des crises en public. Donc on sortait plus de la maison. On restait enfermé.* » *[P6]*

5- Se sentir mauvais parent

Les parents se font des reproches et se sentent incapables de prendre en charge leurs enfants.

« *là je me dis « c'est pas possible… je sais même pas calmer mon fils. » » [P2]*

« *C'est très, très dur les pleurs. Pis en fait on les comprend pas, on a l'impression d'être dépassé. » [P6]*

Ils sont tiraillés entre leurs enfants et ont l'impression de les abandonner.

« *C'est compliqué par rapport à ma première, c'est quand même plus de travail, plus d'attention envers lui et moins vers ma fille » [P1]*

Notamment, lorsqu'il existe une inversion des contraintes, vers le nourrisson.

« *Et là on ne sait pas vraiment… C'est plus vraiment nous qui devons-nous adapter à bébé mais bébé qui doit s'adapter au rythme. » [P5]*

« *Là par contre… il pleure parce que… Le moment où il était endormi, j'ai dû récupérer ma fille. Et là, du coup, son sommeil est un peu perturbé. » [P12].*

De tout ceci, ressort un sentiment de culpabilité des parents.

« *De ne pas comprendre son propre bébé. Se dire « ben on est un mauvais parent, je comprends pas, elle pleure, elle pleure, elle pleure. » » [P6]*

« Donc après… Après, on est pas bien. Après, on pleure encore plus, hein, du coup. Parce qu'on se dit une maman, elle est censée pouvoir garder son calme et… et gérer ça. » [P11]

Les parents développent une forme de rancune envers leurs bébés.

« Que moi, c'était mon premier bébé euh... Ben, c'est bête à dire, mais au début on lui en veut en fait. On se dit « ben pourquoi tu pleures ? ». » [P11]

6- Être poussé dans ses retranchements

Les participants pointent du doigt l'absence de répit, avec une vie qui est régentée et centrée sur le bébé.
« Après, plus… plus vraiment de vie, parce que ben, vu qu'il pleure tout le temps, on est toujours à essayer de le prendre à bras, de le calmer, et cetera. » [P7]

« Euh… expliquer… ben en fait, dès qu'il était levé, c'était euh… il pleurait. On pouvait le poser nulle part. On l'avait tout le temps à bras. Et euh… même la nuit euh… le mettre dans son lit… dès qu'on le mettait dans son lit, pareil c'était des crises. La tétine, il la voulait pas non plus. » [P2]

Ceci entraine une lassitude parentale.
« Et la deuxième partie, tout le long du biberon, elle hurle, elle hurle, elle se débat, faut la tenir, faut la forcer à se regrouper pour se calmer. C'était marcher pendant des heures autour de la table, à essayer de la bercer. Euh… » [P6]

Et peut les amener dans un état de désespoir.
« *Je sais que quand elle pleure comme ça pendant des heures au bout d'un moment, je lâche, je lâche l'affaire, je la laisse à côté de moi parce que j'ai essayé de la prendre dans toutes les… » [P5]*

Ils sont dans un premier temps désemparés.
« *Je pleurais aussi. Ça a été compliqué. Vraiment c'était pas… ça n'a pas été une bonne période au début. » [P6]*

Puis se retrouvent sur le fil…
« si on n'est pas psychologiquement stable, pas bien entouré, je trouve que l'on peut vite vriller » [P3]

Et ils finissent à bout.
« *C'était vraiment euh… là on a dit « faut qu'on trouve une solution, parce qu'on ne pourra pas repasser une nuit comme ça ». C'était plus possible. » [P6]*

Tout cela engendre de l'agitation et de l'énervement.
« *Mais, ouais, je me suis déjà énervée. Euh… je lui ai déjà crié dessus. » [P11]*

« *C'est. Oui. Parfois. Oui. Si je suis plus stressée, quand ça monte euh… Parfois, il hurle vraiment. Et je peux rien faire. Je suis plus stressée, oui.* » *[P9]*

Il y a alors un risque de perte de contrôle du parent.
« *C'est simple quand je suis arrivée chez la pédiatre, euh… il devait avoir un mois et demi, je lui ai dit (pause) « il faut trouver ce qu'il a, parce que honnêtement, j'ai peur de le claquer par terre ».* » *[P11]*

« *Parce que… ben, y'a des moments où « mais tu vas te calmer », où on lui crie dessus « tu vas te calmer », et en fait, la pauvre, elle n'y peut rien, quoi. Mais c'est… c'est… ça sort tout seul* » *[P13]*

C- Attentes vis-à-vis du corps médical

1- Ambivalences

Deux ambivalences ont été mises en évidence.

Premièrement, la recherche de solutions en vain mais la conscience de l'absence de solution miracle.

Les parents cherchent de leur côté des solutions mais se retrouvent souvent face à un échec.
« *La porter. La porter, la réconforter, la câliner, la bercer euh… Murmurer des … des comptines à l'oreille euh… J'ai tout essayé mais ça la calme pas (dit très bas).* » *[P5]*

Ils se retrouvent alors confrontés à des déceptions.
« *Yen a ils me disaient : ça marche, ça marche ! Mais nan, le mien ça marchait pas.* » *[P1]*

Ils rêvent de trouver la solution miracle.
« *Ouais. C'est le… la… le truc miracle c'était l'eau de chaux.* » *[P12]*

« *Et apparemment le Gaviscon a été … euh… le produit miracle.* » *[P2]*

Bien qu'ils soient conscients de l'absence de solution miracle et tendent vers la résignation.

« *Ben… j'ai tout essayé (rires) mais autres choses malheureusement après ben… si ça marche pas, ça marche pas… c'est… comme on dit : y'a pas de truc miraculeux malheureusement, » [P1]*

« Mais bon après euh… attendre autes choses ben… pfff… ouais et nan ! Parce que ben comme on dit : c'est pas miraculeux malheureusement, chaque bébé ne fonctionne pas pareil. » [P1]

Deuxièmement, l'absence d'attente vis-à-vis du corps médical mais une médicalisation des pleurs à la recherche d'une solution et pour définir l'origine des pleurs.

Les parents justifient leur consultation par une autre raison que les pleurs.
« *Ah non, je consultais pas pour pleurs, hein. C'est parce qu'il toussait, il avait une bronchiolite. » [P3]*

Ils pointent du doigt la non-toute-puissance de la médecine.
« *Des trucs… ben des fois, les médecins euh… peuvent pas tout le temps nous aider… y… La médecine, ça reste la médecine quoi. Après, à la maison, c'est différent. » [P11]*

Mais ils multiplient pourtant les consultations médicales et paramédicales.
« *J'ai vu le médecin traitant, j'ai été voir une pédiatre sur Douai, j'ai consulté votre père aussi (ancien médecin traitant de la patiente) et au final euh… j'ai vu aussi une gastro pédiatre, qui m'a… qui pensait à une intolérance aux protéines de lait de vache. » [P2]*

Le but étant de trouver une solution aux pleurs, après avoir eux-mêmes cherché de leur côté, en vain.
« *Quelle est la bonne réponse à apporter à ce moment-là, à mon bébé quoi ? » C'était ça qu'elle attendait, surtout ouais. De la part du docteur. Voilà.* » [P10]

Et de mettre en évidence l'étiologie des pleurs.
« *'Fin je voulais savoir, de où ils venaient ces pleurs et si c'était surtout, normal qu'il continue de pleurer, malgré un lait spécifique, tout ça quoi. » [P11]*

Ils attendent du corps médical, l'apport de conseils pour prendre en charge leurs enfants et arrêter les pleurs.

« Du conseil. Surtout du conseil. » [P14]

2- Être libéré des pleurs

Il découle du paragraphe précédent, l'envie des parents d'être débarrassés des pleurs dans les suites de la consultation.

« *Euh… J'attendais qu'il me règle le problème. (Rires). » [P12]*

L'arrêt des pleurs engendre un réel soulagement et une amélioration de la situation.

« Mais après une fois qu'elle a arrêté de pleurer, c'était soulagée quoi. » [P4]

« Là maintenant, dès qu'il y a un petit pleur, là ça va mieux, on arrive quand même plus à le calmer. » [P2]

3- Renforcement positif

Les participants attendent du corps médical de l'écoute et de l'empathie.

« Parce que c'est vrai que euh… Avec le Docteur nom de médecin traitant c'est… à chaque fois, on n'y va pas pour rien. Elle nous explique, et cetera. » [P7]

« Donc du coup, on… on avait consulté mais on se sentait pas écouté à ce moment-là, par le personnel… par les personnes du corps médical quoi. » [P10]

Ils expriment le besoin d'être rassurés sur l'état de santé de leur bébé, sur la normalité de leurs sentiments et sur leur capacité à être de bons parents.

« *Et là, heureusement la pédiatre m'a fait un sourire et m'a dit « mais madame euh… c'est normal, c'est humain », donc euh… Et ça, ça fait aussi du bien de l'entendre 'fin… au médecin…d'un médecin qui comprenne et qui dise « c'est pas vous le problème quoi, c'est normal ». » [P11]*

« Qu'elle me rassure sur le fait que je faisais bien les choses et que… et que j'étais pas une mauvaise maman. » [P13]

« Ben, après c'était beaucoup, le… la médecin, qui me rassurait, qu'on faisait bien… notre job de parent. » [P14]

D- Cartes à disposition des parents

1- Se baser sur son savoir

Les parents peuvent utiliser leurs connaissances préexistantes sur les pleurs. Certains disposent de connaissances médicales.
« *Moi, sachant euh… Etant euh… Comme je suis dans la profession paramédicale euh… donc du coup euh… en ayant eu euh… un peu plus d'expérience des choses comme ça et étant moins… » [P10]*

D'autres comparent leur situation à celles de personnes dans leur entourage.
« *Et franchement, c'était pas une… un gros reflux. On a connu pire avec des amis. » [P8]*

Ou encore à leurs expériences passées avec leurs premiers enfants.
« *Du coup, ben… j'ai pris une sale habitude avec elle, elle s'endort avec moi, seulement après je la mets dans son lit. C'est pour ça que le deuxième, j'ai pas voulu reproduire la même chose. » [P1]*

Ils arrivent à différencier différentes formes de pleurs.
« Ben plus… Comment trouver le mot ? Euh… Plus brutal, plus … C'est des cris presque hein. C'est pas pareil hein. Je sais pas comment le définir, comment trouver le bon adjectif pour ça. » [P3]

Il semble important que les parents suivent leur intuition.
« *Donc je pense qu'après il faut euh… se faire confiance à soi et euh… s'écouter et prendre aussi les devants euh… les devants. » [P3]*

Et qu'une maman utilise son « fameux » instinct maternel.
« *Donc je pense, qu'une maman doit suivre son instinct et pas spécialement écouter le premier avis euh... médical quoi. » [P11]*

2- Prendre sur soi

Les participants essayent de faire de leur mieux dans ces situations de pleurs.
« *Voilà. On fait ce qu'on peut, hein. » [P10]*

L'important étant de garder son calme.

« *Ben je… Rien de… J'ai pas changé. Je … J'essaye de rester zen, parce que je sais que le bébé il sent tout. Donc j'essaye de chanter aussi… Y'a pas de… J'essaye de rester zen. (Rires). J'essaye.* » *[P9]*

Ils placent leurs enfants au sommet de leurs priorités.

« *Voyez, pour moi c'est … c'est pas grave si… Bien sûr, c'est le soir. C'est l'heure où c'est repos. Euh… Donc bien sûr que je me sens un peu fatiguée ; mais maintenant, je m'inquiète plus, c'est pour lui.* » *[P9]*

Et essaient pour cela de se reprendre en main.

« *Et euh… euh… Et là j'ai dit « nan, je peux pas pleurer comme ça… ». De toute façon tous les jours je pleurais avec lui limite… parce que n'… je ne trouvais plus de solution. J'ai dit « là faut vraiment faire quelques choses ».* » *[P2]*

L'optimisme aide à tenir la longueur.

« *Bah… Je me suis toujours dit que c'était pour un laps de temps minime. Donc je me dis « ça va passer ».* » *[P8]*

3- Opter pour une mise à distance

Donner le relais est important pour les parents, que ce soit au conjoint ou à l'entourage proche.

« *Et encore maintenant, il est plus grand, donc elle le prend à dormir euh, comme là ce soir. Et euh… je trouve que c'est bien. C'est bien d'avoir son entourage, occasionnellement, qui prenne le petit.* » *[P3]*

Cela devient parfois une nécessité.

« *Donc euh… c'est vrai que quand il rentrait ben… (très long), lui il prenait un peu mon relais, quand il voyait que je commençais à être fatiguée ou j'arrivais plus ou je commençais aussi à perdre patience.* » *[P6]*

« *Il le prenait quand moi, il voyait que je ne pouvais plus. Y'avait une fois, je me souviendrais tout le temps ; en pleine nuit, je n'arrivais plus à le calmer, j'étais tellement fatiguée que… que je pleurais… Et il m'a dit « descends, je vais m'en occuper », euh…* » *[P11]*

S'éloigner permet de se reprendre et de décompresser.

« C'est vrai que c'est très, très dur donc euh… J'la… au bout d'un moment c'était tellement fort que je la posais dans son transat et j'allais chercher mon courrier qui est… dehors, » [P6]

« Et que ça peut être difficile mais faut pas hésiter à passer le relais quoi. 'Fin moi je vois qu'on a trouvé la technique, c'est chacun son tour. Pendant qui en a un qui va souffler cinq minutes, dix minutes, pour revenir plus apaisé. » [P6]

Mais aussi de faire le point et de se recentrer.

« *On s'enfermait un peu chacun dans notre bulle pour essayer de se retrouver un peu, parce que…C'est vraiment difficile. » [P6]*

4- Pouvoir compter sur son entourage

L'absence du père est mal vécue par les mamans, elle fait ressortir un sentiment de solitude.

« *Mais la plupart du temps il travaille donc euh… je le vois peu. » [P5]*

« *Je me sentais seule. Et sur tout… sur toute la journée pratiquement. Papa, il part au travail et tout. Ben, y'a personne qui… qui est avec moi et tout. » [P12]*

L'aide de l'entourage est indispensable et est recherchée par tous les moyens. Que ce soit une aide virtuelle via les réseaux sociaux.

« C'est une aide en fait, entre mamans... c'est vraiment cool. Même moi, quand je peux aider, qu'j'sais par rapport à ma fille ou quoi … ben… je commente, nan, si, c'est cool. J'apprends à faire connaissance aussi avec d'autres mamans, c'est sympa. » [P1]

« *Après en parlant avec d'autres mamans, c'est ce que je vous disais, on se sent moins seule. C'est frustrant mais… D'un côté c'est … c'est rassurant, on se dit « y'a pas que moi ». » [P11]*

Ou une aide de l'entourage proche.

« *C'était le premier mois. Après le deuxième mois, y'avait mes… y'avait ma famille qui par… qui est venue, hein. Y'avait ma sœur. Y'avait ma belle-mère aussi, elle est passée. Après, ça va. » [P12]*

Bien que celle-ci ne soit pas infaillible.

« Yen a ils me disaient : ça marche, ça marche ! Mais nan, le mien ça marchait pas. » [P1]

L'aide du conjoint et le partage des tâches dans le couple est une nécessité évoquée par les mamans.

« *Et puis, ouais, toujours m'aider euh… les rendez-vous médicaux, et cetera. Il consultait euh… Et c'est vrai que c'était un travail… une entraide, toujours à deux, quoi. Parce que sinon… » [P7]*

« *Il reste à côté de moi. Il reste à côté de moi. Il… Il essaye… soit il le prend aussi pour euh… voir… le calmer. Essayer de le calmer aussi. Euh… Il essaye de donner le biberon. Mais, voilà. Il reste euh… il reste pour euh… Il essaye tout, aussi, pour le calmer. » [P9]*

5- Réassurance

La réassurance se fait par le corps médical comme vu au précédent chapitre. Mais aussi par le parent lui-même, qui pour cela essaie de légitimer les pleurs.

« *Il pleure et… c'est normal, il a mal quoi. Donc euh forcément, il pleure. » [P11]*

« Je trouve. Après, les pleurs c'est normal, vu qu'elle est… elle est bébé, tout ça, donc euh… » [P14]

Mais aussi de minimiser la situation.

« *Euh… Nan, ça va. C'est pas… c'était pas euh… vraiment quelques choses de grave. » [P12]*

La réassurance se fait aussi à travers l'entourage et notamment par le papa.

« *Ou de la rassurer euh… Même si c'est pas… toujours évident, lorsque le bébé pleure à côté, en disant « t'inquiète, ça va allait ». » [P10]*

E- Rôles de chacun

1- Place centrale de la mère

La maman tient le rôle principal, d'après le père.

« *Ben c'était euh… Vu qu'elle allaitait c'était quand même son… sa… la place elle était … pas seule, parce que du coup, moi j'essayais d'aider comme je pouvais mais… c'était elle, la place principale euh… pour ça quoi. » [P10]*

« *Elle… euh… elle fai… elle faisait quasiment tout. Elle la prenait, pour euh… voir si elle avait faim. Si elle avait pas faim, ben elle la berçait, elle essayait de la rassurer. » [P14]*

Cette place centrale s'explique par différentes choses, que ce soit comme vu ci-dessus le fait de l'allaitement, mais aussi l'existence d'une relation mère-enfant exclusive.
« *Ah ! Il veut pas que son papa il le calme. Alors je sais pas pourquoi. Y'a que moi. Donc je pense vraiment que c'était un besoin de maman, je pense. Parce que son papa y arrivait pas non plus. C'était impossible, euh. C'était vraiment que moi » [P1]*

De plus, les participants mettent en évidence un lien fusionnel mère-enfant.
« *C'est par période, donc là en ce moment il faut qu'elle dorme collée à moi et si je me décale un peu, elle pleure. » [P5]*

« *Nan… C'est … C'est le cœur de maman qui se brise en mille morceaux quand bébé pleure. » [P5]*

Les mamans sont donc décisionnaires en ce qui concerne leurs nourrissons.
« *Moi j'essaye de plutôt aller dans son sens, en me disant si elle veut aller consulter un docteur, moi je lui dis « vas-y, va consulter un docteur quoi ». » [P10]*

2- Place du père

Les pères définissent eux-mêmes leurs places comme « secondaires ».
« Ben, juste à côté pour essayer de l'aider mais… Du plus… Du mieux que je peux quoi. » [P10]

Ils évoquent par contre une grande sollicitude pour leurs compagnes.
« *Donc euh… ben c'était plus pour ma femme qui était inquiète, en me disant « mince, elle… elle cherche la solution sans la trouver », et ça m'embêtait quoi, mais... » [P10]*

« *Mais après sinon, moi, ça n'a pas de répercussions spécifiques, à part voilà, de voir mon épouse inquiète, donc euh… ça j'aime pas (glousse). » [P10]*

Le caractère détendu des papas interrogés est un atout pour le couple.

« *Donc ouais, il avait ce côté apaisant. Que moi j'arrivais pas à avoir du coup. » [P11]*

« *J'apportais le calme. Qui permettait peut-être de la… de la… réussir à dormir pour elle. » [P14]*

F- Risques liés aux pleurs

1- Frein au développement d'une relation parent-enfant

Les pleurs sont perçus négativement et compliquent le développement d'un lien entre les parents et l'enfant.

« pour euh… ben déjà pour créer un lien entre moi et lui, parce qu'au final, il y avait cette barrière, du fait que… il pleurait beaucoup. » [P11]

« Pour après, mieux… interpréter ses pleurs, mieux les comprendre. Et avoir cette envie de le cajoler. Parce qu'au début, on se dit euh… « ben, pleure ». » [P11]

Le frein au développement de cette relation peut être extrême.

« Où… Limite, je ne voulais même plus mon enfant, tellement euh… C'était devenu insupportable quoi. » [P11]

2- Distance au sein du couple

Les pleurs instaurent une distance physique entre les membres du couple.

« Moi je travaillais pas, j'avais pas encore repris le travail donc ça allait. Mais papa ayant repris le travail, y'a des moments, il venait dormir dans le canapé, parce qu'il ne pouvait plus… il ne supportait plus les pleurs non plus. » [P2]

Mais aussi une distance émotionnelle.

« *On s'enfermait un peu chacun dans notre bulle pour essayer de se retrouver un peu, parce que…C'est vraiment difficile. » [P6]*

Une incompréhension peut se créer dans le couple.

« Avec monsieur, ben c'est pareil euh… ; je me sentais pas spécialement comprise, quoi, 'fin… Il me disait « ben, pourquoi tu te mets dans des états pareils ? ». Ben... parce que c'est dur. » [P11]

3- Maltraitance

La perte de contrôle du parent qui est excédé, entraine un risque de maltraitance.
« *C'est simple quand je suis arrivée chez la pédiatre, euh… il devait avoir un mois et demi, je lui ai dit (pause) « il faut trouver ce qu'il a, parce que honnêtement, j'ai peur de le claquer par terre ». » [P11]*

« Parce que… ben, y'a des moments où « mais tu vas te calmer », où on lui crie dessus « tu vas te calmer », et en fait, la pauvre, elle n'y peut rien, quoi. Mais c'est… c'est… ça sort tout seul » [P13]

Modélisation : Représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs des nourrissons

DISCUSSION

A- Résultats principaux

Les pleurs entrainent une réelle cascade émotionnelle chez les parents, jusqu'à être poussés dans leurs retranchements et être excédés. Le risque principal est alors le recours à la maltraitance.

Les pleurs des nourrissons sont aussi un frein au développement d'une relation parent/enfant. Les parents les définissent comme « une barrière » entre eux et leurs bébés.

Le besoin d'autrui est fortement exprimé, que ce soit pour être conseillé, rassuré ou pouvoir passer le relais. La prise de recul semble primordiale pour les parents lors des moments de crises, pour pouvoir souffler et réussir à prendre sur soi.

Les mères évoquent un sentiment de solitude, notamment lors de la reprise du travail des pères.

Les attentes vis-à-vis du corps médical sont multiples : un renforcement positif avec réassurance des parents ; des conseils pour gérer les crises ; au mieux, une solution pour y remédier et stopper les pleurs, bien que les parents soient conscients de l'absence de solution miracle.

B- Forces et faiblesses de l'étude

1- Points forts de l'étude

L'étude est originale, une seule autre thèse qualitative a été retrouvée, lors de la réalisation de la bibliographie par le chercheur, sur le sujet mais ne tenant pas compte du point de vue des pères et le recrutement n'était pas réalisé chez des parents ayant consulté pour pleurs. (28)

Une variation maximale a été obtenue par échantillonnage, avec un recrutement diversifié : sexe du parent, âge, profession, milieu socio-économique, lieu de vie, type de logement, sexe du nourrisson, âge du nourrisson (entre 0 et 6 mois révolu au moment de la consultation), rang dans la fratrie.

Des entretiens individuels ont été privilégiés, afin de permettre aux participants de s'exprimer plus librement. Les entretiens de couple ont été réalisés le même jour, à la suite l'un de l'autre, sans contact entre les participants pour éviter qu'ils influencent leurs réponses, excepté lors du dernier entretien, où le papa allait et venait dans l'appartement.

Le lieu, la date et l'heure des entretiens ont été choisis par les informateurs. Ils ont tous préféré leur domicile. Il n'y avait pas de limite de temps ou d'impératif au décours. Ceci dans le but de permettre aux participants de se sentir plus à l'aise.

Le chercheur a tenu un journal de bord tout au long de l'étude, permettant une continuité dans le processus d'analyse et une mise à distance de ses a priori.

L'enregistrement par dictaphone et la retranscription en intégralité assurent l'intégrité des informations recueillies.

La triangulation de l'analyse par un deuxième investigateur, monsieur Aurélien Lebec, médecin remplaçant en médecine générale, permet une validité interne.

2- Points faibles de l'étude

Biais de mémorisation des parents par le laps de temps entre les épisodes de pleurs et la réalisation des entretiens. Tentative de contrer ce biais, en diminuant le laps de temps sur les derniers entretiens.

Le manque de formation du chercheur à la réalisation d'entretien compréhensif, ayant entrainé la réalisation d'entretiens fictifs (**Annexe numérique**) et la lecture de la littérature pour y remédier. (24) Mais persistaient des difficultés dans la relance, entrainant des entretiens relativement courts.

Le chercheur ne connaissait pas les participants sauf une seule d'entre eux que le chercheur avait déjà reçu en consultation pour son premier enfant. Le ressenti de l'échange avec la participante n'en a pour autant pas été modifié.

Certains entretiens ont été réalisés en présence des enfants, pouvant distraire l'attention des parents et modifier leur discours.

C- Conséquences néfastes des pleurs

1- Risque de maltraitance : syndrome du bébé secoué

Lors de consultation pour pleurs, le médecin doit chercher à identifier les parents vulnérables ou qui seraient à risque de nuire à leur bébé. (6)

D'après l'HAS, les pleurs ne peuvent être considérés comme un facteur de risque à proprement parler. Ils peuvent être un élément déclenchant de comportement maltraitant envers les nourrissons, sachant que la tolérance des parents aux pleurs est très variable. Une consultation pour pleurs d'un nourrisson ne devrait pas avoir pour seul but de trouver la cause des pleurs, mais également d'évaluer le ressenti et les réactions des parents à ces pleurs. (19)

L'incidence du SBS varie entre 15 et 30/100 000 enfants de moins de 1 an. Rapportée au nombre de naissances en France, on peut estimer que 120 à 240 nourrissons pourraient être concernés chaque année par cette maltraitance. Ces chiffres sont fortement sous-estimés, il n'existe pas de données épidémiologiques sur le sujet. (19,29,30)

Le taux de récidive du secouement est élevé, plus de la moitié des enfants ont été secoués de façon répétée. La méconnaissance du diagnostic est fréquente et expose au risque de récidive et donc de séquelles sévères ou de décès. Il faut donc détecter le plus tôt possible les premiers signes de violence. (22)

J. Israël dit en 2012 dans « Les pleurs de bébé : « Quipuniqui » » : « Toutes les mères n'ont pas la chance ou l'accompagnement nécessaire pour dépasser cette épreuve. Parfois, le sentiment de persécution prend le pas sur la culpabilité, et l'envie que ça s'arrête est tellement oppressante que les bercements deviennent de plus en plus violents. » Et aussi : « Pour éviter que les mères ne se sentent punies par le comportement de leur bébé, encore faudrait-il qu'elles soient plus entourées pour éviter, ou au moins ralentir la plongée dans ce chaos inattendu. » (31)

L'étude de H. Simmonet en 2011, conclue qu'une information courte et simple donnée par le pédiatre à la naissance permet une meilleure connaissance et

compréhension par les parents des pleurs et du SBS et ainsi, on peut le supposer, aide à sa prévention. (32)

En 2009, le *National Center on Shaken Baby Syndrome* (Centre national du syndrome du bébé secoué, Canada) a publié des brochures et des DVD/vidéos d'intervention intitulés *The Period of PURPLE Crying* ™ afin d'encourager la plus grande diffusion possible auprès des services de santé et du grand public. L'acronyme PURPLE, renvoie à chacune des six caractéristiques des pleurs « normaux » des premiers mois de la vie (P pour pleurs d'intensité maximale ; U pour le moment inattendu auquel se produit l'accès prolongé de pleurs ; R pour résistance à l'apaisement ; P pour visage qui semble souffrir même si le nourrisson ne souffre pas ; L pour long accès de pleurs, et E pour pleurs concentrés dans la soirée).
Les parents sont encouragés à suivre trois étapes pour réduire la probabilité de secouer leur nourrisson : 1) augmenter leur contact avec le bébé, le fait de le porter, de lui parler et de marcher aideront à réduire les pleurs, mais ne les feront pas cesser entièrement ; 2) si les pleurs deviennent trop frustrants, c'est une bonne idée de s'éloigner, de mettre le bébé dans son berceau pendant quelques minutes, et de se calmer ; et 3) ne jamais secouer ou frapper son enfant. (20)

L'étude randomisée réalisée par Barr et al., montrait qu'un matériel éducatif semble conduire à des scores plus élevés concernant les connaissances sur le SBS et ses dangers. (33)

La prévention du syndrome du bébé secoué constitue la mesure 10 du « plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019) ». (34)

Le premier objectif est d'améliorer le diagnostic par les professionnels.
Tout professionnel susceptible de rencontrer des cas de SBS doit bénéficier d'une formation sur cette problématique.
Les difficultés liées au contexte de vie des personnes s'occupant de l'enfant doivent attirer l'attention du professionnel qui en a connaissance.
Il est recommandé de rechercher toutes les ressources mobilisables dans l'environnement familial pour aider au mieux les parents.

Le deuxième objectif est d'améliorer la connaissance des parents et de l'entourage proche des nourrissons.

Des campagnes de sensibilisation et d'information bien adaptées, sur les pleurs, les dangers du secouement pour l'enfant et les précautions à prendre sont un élément essentiel de prévention.

Il est important de mettre en œuvre des aides appropriées pour les parents qui le demandent ou de leur en faire la proposition.

Une sensibilisation des parents au danger du secouement devrait être systématique, à la maternité et dans les jours qui suivent le retour de la maternité en abordant notamment la question des pleurs du nourrisson.

D'un point de vue épidémiologique, les facteurs de risque identifiés et liés à l'enfant sont les suivants : sexe masculin ; prématurité ou complications médicales périnatales ; séparation mère enfant en période néonatale ; grossesse multiple ; grossesse non désirée ; pleurs inconsolables ; difficulté d'acquisition d'un rythme de sommeil régulier, troubles du sommeil ; difficultés alimentaires. Les auteurs sont le plus souvent des hommes. Tous les milieux socio-économiques sont concernés. (22)

Les recommandations de l'HAS à l'intention du corps médical non hospitalier sont les suivantes. Une pathologie aussi grave que le secouement relève de l'hospitalisation. Il est donc opportun que les médecins libéraux et de PMI dirigent l'enfant vers une structure pédiatrique en cas de doute sur un secouement.

Le médecin qui adresse l'enfant doit d'abord être en contact avec l'équipe hospitalière. Il doit s'assurer que le bébé y est amené par ses parents (faute de quoi, il conserve toute sa responsabilité de protection de l'enfant).

Les médecins libéraux et de PMI doivent être formés à évoquer le diagnostic du secouement et à orienter vers une structure adéquate.

Des sessions communes de formation continue doivent être organisées sur la problématique du secouement en direction de tous les médecins exerçant en dehors du champ hospitalier. (22)

Une thèse a été réalisée en 2018 à Lille par Clémentine Simon, sur l'évaluation d'un outil d'information destiné aux médecins généralistes, concernant la prévention des

SBS. L'outil d'information comportait quatre parties : caractéristiques des pleurs du nourrisson ; confirmation de l'origine non pathologique des pleurs ; circonstances de survenue du syndrome du bébé secoué ; conseils pour aider les parents à gérer les pleurs. En conclusion, il en ressortait que les médecins généralistes devaient rassurer les parents sur la bonne santé du nourrisson, l'absence de conséquence des pleurs sur le neurodéveloppement de l'enfant et assurer la prévention du syndrome du bébé secoué. Des conseils sont do,c à donner aux parents pour prendre en charge les pleurs et y faire face ; notamment concernant la prise de distance et la nécessité de donner le relais à l'entourage en cas de crise. (35)

2- Frein au développement de la relation parent/enfant

Les pleurs fonctionnent comme un signal pour attirer l'attention de l'entourage, qui doit alors répondre aux besoins physiologiques du bébé et créer des liens d'attachement. (6) L'attachement envers la mère se développe déjà avant la naissance et doit se poursuivre après. Les pleurs sont une compétence importante du nourrisson. (36) Ils sont le précurseur du langage, et nécessitent une réponse adaptée de l'entourage. (16) Les mères vont s'adapter progressivement à leur nourrisson, pour enfin comprendre leurs pleurs. (37) Il est essentiel que l'enfant forme des liens d'attachement stables avec au moins un adulte en bonne santé pour développer des capacités d'adaptation optimales. (38)

Les pleurs peuvent avoir des conséquences néfastes. Ils provoquent de l'anxiété et de l'épuisement chez les parents. Ceci peut entrainer chez eux une lassitude avec des réactions d'évitement, ce qui va nuire à la qualité de la relation parent/enfant. (3)

D- Pleurs et corps médical

1- Absence de formation professionnelle aux pleurs

Les professionnels reçoivent peu de formation théorique sur ce sujet. De fait, les pleurs restent une véritable énigme et la prise en charge des professionnels est basée sur leurs habitudes et leur vécu. (39)

Dans la thèse de C. Vidrequin faite à Lille en 2016, 73% des médecins généralistes interrogés ne se sentent pas assez formés à la prise en charge des pleurs inexpliqués du nourrisson. Ils se basent le plus souvent sur leur propre expérience en tant que médecin, mais aussi en tant que parent, pour conseiller leurs patients. (40)

Il serait intéressant que l'item pleurs excessifs des nourrissons soit plus clairement abordé lors de la formation médicale et paramédicale que ce soit lors des études ou de la formation continue. Une prise en charge codifiée mériterait d'être mise en place, par des recommandations HAS, par exemple.

2- Relation médecin/ « patient »

Lors des consultations pour pleurs du nourrisson, le médecin est face à un double travail : examiner l'enfant en s'assurant de l'absence de causes graves, et prendre en charge le ou les parents, en les conseillant, et les rassurer.

Le médecin de soins primaires doit guider les parents en difficultés, et dépister celles-ci. (16)

La Société Canadienne de Pédiatrie propose des principes de base pour aider le clinicien à renforcer les relations à la fois avec les familles et au sein des familles : poser des questions ; miser sur les forces relationnelles de chaque famille ; donner des conseils axés sur la famille ; dresser des plans pour modifier les comportements liés au sommeil ou à la discipline, au besoin ; fournir de l'information sur les stratégies parentales positives. Quelle que soit la situation familiale, cinq grands principes s'appliquent toujours pour soutenir les parents :

1. Les aider à cultiver des relations aimantes et réceptives avec leurs enfants
2. Accepter que tous les comportements, positifs ou négatifs, s'expliquent.
3. Contribuer à atténuer les effets des premières expériences négatives de l'enfance à la fois chez les enfants et les parents, en encourageant les facteurs protecteurs au sein des familles.
4. Constater et accepter les différences. Les approches des familles face aux pleurs, au sommeil et au comportement varient selon les cultures. Il est important d'être

sensible à ces différences pour offrir aux familles des soins sécuritaires sur le plan culturel.

5. Se tenir au courant des publications sur les pratiques parentales. (38)

Le rôle du corps médical est d'écouter avec empathie les parents, de les conseiller et les rassurer. (3,41) Pour cela, la Société Canadienne de Pédiatrie conseille de leur rappeler que les pleurs sont le seul moyen que peut utiliser le nourrisson pour communiquer avec son entourage et attirer l'attention. Il est essentiel de répondre de manière constante, rapide et chaleureuse aux besoins ou aux appels de détresse du nourrisson pour favoriser un attachement stable. Les parents ne « gâtent » pas leur nourrisson lorsqu'ils répondent avec chaleur et réconfort aux pleurs. Les parents ont besoin de soutien de leur entourage et du corps médical et paramédical. (38)

Un renforcement positif doit être fait par l'équipe médicale, en rassurant les parents sur la normalité de leurs sentiments de frustration, d'impuissance, de colère, de culpabilité, d'épuisement, etc… Ils doivent être encouragés dans leurs démarches et rassurés quant à leur capacité à être de « bons » parents. (3)

E- Changements à apporter ?

1- Formation à la parentalité

Dans cette étude, les parents ont pointé leur manque d'informations concernant la prise en charge de leurs nourrissons. Ils signalent l'existence de cours de préparation à l'accouchement mais l'absence de formation à la parentalité.

La thèse réalisée par C. Vidrequin à Lille en 2016 montre que presque 40% des mamans ne se considèrent comme pas, ou peu, informées sur les pleurs de leur bébé, à la sortie de la maternité. (40)

La préparation à l'accouchement sans douleur est devenue la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), suite aux recommandations de l'HAS de novembre 2005. (42) Elle vient en complément de la surveillance médicale et est orientée sur l'accompagnement des futurs parents. C'est un outil de prévention primaire en matière de

santé périnatale. (43) Les thèmes étant abordés sont : la grossesse, l'accouchement et la naissance, la naissance de la famille, les suites de couches, la mère et la femme, le développement de l'enfant et ses acquisitions, la place du père, l'allaitement et l'alimentation, la sécurité de l'enfant et le retour à domicile. (42,43)

8 séances de préparation à la naissance d'une durée minimum de 45 minutes sont prises en charge par l'Assurance Maladie. La première est un entretien individuel au cours du 4e mois. Les 7 suivantes sont individuelles ou collectives réalisées en milieu hospitalier ou par des médecins ou des sages-femmes en libéral. 2 séances en postnatal sont aussi proposées. La préparation doit être proposée à chaque femme enceinte mais elle n'est pas obligatoire. (43,44)

La participation est estimée à 70% de primipares et 25% de multipares. (45)

D'après les recommandations de l'HAS, la manière de faire face aux pleurs est un sujet à aborder, il est cité à plusieurs reprises. Mais les sujets sont nombreux, et orientés selon les demandes des parents. (42)

La recherche sur les besoins d'information et de formation à l'exercice des responsabilités éducatives des parents québécois faite en 2008 montrait que ceux-ci désirent d'abord être formés au regard de l'exercice de leurs rôles éducatifs puis, selon un degré d'importance moindre, d'être informés. (46)

La thèse réalisée sur le même sujet en 2014 à Nantes, par A.C. Carton-Tourillon mettait aussi en évidence l'importance de l'éducation face aux pleurs. Il en ressortait que la période prénatale n'était pas le moment idéal pour évoquer les pleurs, qui n'étaient alors pas la priorité des parents. (28)

Il faudrait donc adapter cette formation à la parentalité. Pourquoi pas la rendre obligatoire. Prolonger les séances en post-partum, au moment où les parents sont confrontés aux pleurs.

2- Lutter contre l'isolement parental

Les mères mettent en avant leur isolement, avec un sentiment de solitude, notamment à la reprise du travail de leur conjoint.

Il est vrai que le corps médical encourage de passer le relais et de compter sur son entourage mais cela n'est pas toujours possible. (20,35,38)

En France, la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est fixée à 11 jours calendaires consécutifs (ou 18 jours en cas de naissance multiple). Le bénéficiaire peut prendre moins de 11 jours de congé s'il le souhaite. Le congé peut succéder au congé de naissance de 3 jours ou être pris séparément. Au 1er juillet 2019, les pères bénéficient désormais d'une durée allongée de leurs congés paternité en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant à la naissance. Ce congé, d'une durée maximale de 30 jours consécutifs, doit être pris dans les 4 mois suivants l'hospitalisation de l'enfant. Il peut se cumuler avec le congé de paternité et d'accueil de l'enfant (11 jours) et le congé de naissance (3 jours). (47)

En Europe, la France est un des pays où le congé paternité est le plus court. Par exemple en Espagne, le congé paternité est de 8 semaines depuis 2019, avec un projet de passer à 16 semaines comme pour les femmes. En Finlande, il est de 54 jours (il est en projet de passer à 6 mois et demi d'ici 2021). En Norvège, il est le plus long, avec 10 semaines pour chaque parent + un congé parental à se partager. (48)

Il serait intéressant de faire une étude concernant les pleurs, et notamment le SBS dans les différents pays, voir s'il existe une corrélation entre la prévalence du SBS et la présence des deux parents à domicile. Mais ceci semble difficile, au vu du peu de données épidémiologiques concernant le SBS dans les différents pays.

CONCLUSION

La naissance et les pleurs du nourrisson sont un bouleversement pour les parents, une rupture avec leur vie antérieure. Les pleurs entrainent une cascade d'émotions, pas toujours facile à gérer.

Les pleurs sont un motif de consultation fréquent en soins primaires. Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur des parents.
Les rôles du médecin sont multiples : tout d'abord examiner le nourrisson et éliminer une cause organique. Il doit ensuite conseiller les parents, les rassurer, leur donner des stratégies de gestion des crises comme la prise de distance et le passage de relais à l'entourage. Enfin, il est nécessaire de les informer notamment sur les risques de maltraitance et le syndrome du bébé secoué.
Dans cette étude, le renforcement positif semble l'attente principale des parents lors de la consultation.

Pour cela, il est important que les médecins et paramédicaux de la petite enfance soient bien formés sur le sujet, que ce soit lors de leurs études ou de formations continues.

Les parents ont mis en évidence l'absence d'existence de formation à la parentalité et leur manque d'informations concernant les pleurs. Il est nécessaire que les soignants informent et forment les parents à la prise en charge de leur nourrisson, à la fois durant la grossesse, à la maternité mais aussi dans les premiers mois de vie de leur bébé. La question des pleurs et de la capacité des parents à les gérer devrait leurs être posées à chaque consultation médicale ou paramédicale les premiers mois.

Les mères ont toujours le rôle principal en ce qui concerne leurs bébés. Mais elles ont besoin d'être entourées et soutenues. Il est donc nécessaire d'avoir un entourage présent. L'allongement du congé paternité pourrait être bénéfique. Une étude sur le sujet serait intéressante.

BIBLIOGRAPHIE

1. Foucaud P, De Truchis A. Pleurs excessifs du nourrisson. 2008. (Elsevier Masson SAS).

2. Oskar J. Enfants bruyants, parents désespérés. Prim Hosp Care - Médecine Interne Générale. 2016;16(19):362-8.

3. Synthèse élaborée collectivement par la Rédaction. Pleurs prolongés et inexpliqués des nourrissons. Evaluer le besoin de soutien des parents dans une période délicate mais temporaire. Prescrire. 2016;36(393):515-20.

4. Von Kries R. Exzessives Schreien bei jungen Saüglingen: Definitionen-Häufigkeiten-Risikofaktoren-natürlicher Verlauf-Prognose. Kinderärztl Prax. 2006;(77):8-84.

5. Billard CM. Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle. Troisième édition. 1837. 792 p.

6. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. In St Malo; 2007.

7. Barr RG, Konner M, Bakeman R, Adamson L. Crying in !kung San Infants: A Test of the Cultural Specificity Hypothesis. Dev Med Child Neurol. 1991;33(7):601-10.

8. Wessel M, Cobb J, Jackson E, Harris JG, Detwiler A. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. Pediatrics. nov 1954;14(5):421-35.

9. Lellouche J-P. Les cris excessifs du nourrisson. Rev Prescrire. 1993;13(135):665-6.

10. Zeevenhooven J, Koppen IJN, Benninga MA. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. mars 2017;20(1):1-13.

11. Nation ML, Dunne EM, Joseph SJ, Mensah FK, Sung V, Satzke C, et al. Impact of Lactobacillus reuteri colonization on gut microbiota, inflammation, and crying time in infant colic. Sci Rep. 8 nov 2017;7.

12. Rhoads JM, Collins J, Fatheree NY, Hashmi SS, Taylor CM, Luo M, et al. Infant Colic Represents Gut Inflammation and Dysbiosis. J Pediatr. déc 2018;203:55-61.e3.

13. Ong TG, Gordon M, Banks SS, Thomas MR, Akobeng AK. Probiotics to prevent infantile colic. Cochrane Database Syst Rev. 13 2019;3:CD012473.

14. Savino F, Galliano I, Savino A, Daprà V, Montanari P, Calvi C, et al. Lactobacillus reuteri DSM 17938 Probiotics May Increase CC-Chemokine Receptor 7 Expression in Infants Treated With for Colic. Front Pediatr. 2019;7:292.

15. Winnicott DW. L’enfant et sa famille : les premières relations. Paris: Payot; 1971.

16. Bydlowski-Aidan S, Jousselme C. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. J Pédiatrie Puériculture. août 2008;21(5-6):204-8.

17. Joras M. Pleurs excessifs du nourrisson : une démarche bien codifiée. Médecine&enfance. 2014;360-2.

18. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir. 2014 oct p. 1-12.

19. Haute Autorité de Santé S. Syndrome du bébé secoué rapport d'orientation de la commission d'audition. 2011 mai. Report No.: 978-2-11-128495-1.

20. Barr RG. Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants. Devenir. 1 juin 2010;Vol. 22(2):163-74.

21. Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. Child Abuse Negl. janv 2006;30(1):7-16.

22. Haute Autorité de Santé S. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme cranien non accidentel par secouement. 2017 juill. Report No.: ISBN978-2-11-151489-8.

23. Frappé P. Initiation à la recherche. 2e édition. Coédition Global Média Santé/CNGE productions; 2018.

24. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 4e édition. Armand Colin; 2016.

25. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. Psychol Fr. 1 déc 2017;62(4):373-85.

26. Thiboutot C. Les visages de l'interprétation en recherche qualitative. Rech Qual. automne 2016;35(2):1-209.

27. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Superieur; 2019. 162 p.

28. Carton Tourillon A-C. Les pleurs du nourrisson : comprendre le vécu et les représentations des parents [Thèse méd.]. [Faculté de médecine de Nantes]: Université de Nantes; 2014.

29. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. JAMA. 6 août 2003;290(5):621-6.

30. Hobbs C, Childs A-M, Wynne J, Livingston J, Seal A. Subdural haematoma and effusion in infancy: an epidemiological study. Arch Dis Child. sept 2005;90(9):952-5.

31. Israël J. Les pleurs de bébé : « Quipuniqui ». Spirale. 10 déc 2012;n° 62(2):16-25.

32. Simonnet H, Chevignard M, Laurent-Vannier A. Conduite à tenir face aux pleurs du nourrisson ; prévention du « syndrome du bébé secoué » par une information aux nouveaux parents en période néonatale. :1.

33. Barr RG, Rivara FP, Barr M, Cummings P, Taylor J, Lengua LJ, et al. Effectiveness of Educational Materials Designed to Change Knowledge and Behaviors Regarding Crying and Shaken-Baby Syndrome in Mothers of Newborns: A Randomized, Controlled Trial. Pediatrics. 1 mars 2009;123(3):972-80.

34. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019. 2017.

35. Simon C. Prévention du syndrome du bébé secoué : Evaluation d'un outil d'information destiné aux médecins généralistes [Thèse méd.]. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Université de Lille; 2018.

36. Girard L. REGARD ANTHROPOLOGIQUE ET SIGNIFICATION DES PLEURS DU NOURRISSON. Cah Puériculture. 2012;(261):27-9.

37. Pollak-Cornillot M. Nourrissons inconsolables et traumatismes maternels. Perspect Psy. 2004;Vol. 43(3):188-92.

38. Williams RC, Biscaro A, Clinton J, Société canadienne de pédiatrie. L'importance des relations : comment les cliniciens peuvent soutenir des pratiques parentales positives pendant la petite enfance | Société canadienne de pédiatrie. Paediatr Child Health. 2019;24:348-57.

39. Binet E. Les pleurs de la petite enfance : une question d'attachement? Eclairages théoriques (1/2). Métiers Petite Enfance. sept 2014;(212-213):31-5.

40. Vidrequin C. Les pleurs du nourrisson de 0 à 3 mois : Effet du mode d'alimentation, et prise en charge du Médecin Généraliste [Thèse méd.]. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Université du droit et de la santé - Lille 2; 2016.

41. Vannotti M. L 'empathie dans la relation médecin – patient. Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux. 2002;no 29(2):213-37.

42. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005 nov.

43. Université Médicale Virtuelle Francophone. Préparation à la naissance et à la parentalité. 2011.

44. Bachelot R, Woerth E. Arrêté du 10 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie. Code la sécurité sociale, SJSS0770946A déc 19, 2007.

45. Blondel B, Supernant K, Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003 [Internet]. INSERM; 2005 févr [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/pnp/site/html/ENP_2003_rapport_INSERM.pdf

46. Terrisse B, Larivée SJ, Larose F, Bédard J. Les besoins d'information et de formation à l'exercice des responsabilités éducatives des parents québécois. Rev Int Educ Fam. 2008;n° 23(1):81-101.

47. Ameli. Congé de paternité et d'accueil de l'enfant [Internet]. 2020 [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/conge-paternite-accueil-enfant

48. Golla M. Congé paternité: où se situe la France par rapport aux autres pays d'Europe? Le Figaro.fr [Internet]. 2 avr 2019 [cité 17 mars 2020]; Disponible sur: https://www.lefigaro.fr/conjoncture/conge-paternite-ou-se-situe-la-france-par-rapport-aux-autres-pays-d-europe-20190402

ANNEXES

Annexe 1 : Mail aux praticiens pour le recrutement

Bonjour,

Je suis médecin généraliste remplaçante, je réalise actuellement ma thèse.

Ma directrice de thèse est le Dr Anita Tilly.

J'aurais besoin de votre contribution sur le recrutement des participants. Cela vous prendra peu de temps.

Mon sujet est : **Représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs des nourrissons.**

Je réalise une thèse qualitative par entretiens individuels compréhensifs.

Critères de recrutement :

- Parents (mère ou père) consultant avec leur nourrisson pour pleurs ou l'évoquant spontanément lors de consultations de suivi
- Nourrisson de 0 à 6 mois révolu (au moment de la consultation)
- Je cherche une variation maximale pour les autres critères : âge des parents, profession, milieu socio-économique, lieu de vie, type de parentalité, culture, enfant unique ou fratrie nombreuse et place dans la fratrie.

Les données seront retranscrites et anonymisées.

L'analyse des données se fera via une méthode d'analyse phénoménologique interprétative.

Une déclaration a été réalisée auprès de la CNIL : n° 2019-110 en date du 12/07/2019, ainsi qu'auprès du CPP.

Si vous rencontrez une personne éligible, merci de lui expliquer brièvement le sujet, de lui remettre la fiche d'information ci jointe et de prendre ses coordonnées (nom, prénom, numéro de téléphone).

Je recontacterais moi-même les personnes recrutées pour obtenir leur accord et programmer un rendez-vous pour réaliser l'entretien dont le lieu sera décidé par les participants.

En pièces jointes : ma fiche de déclaration de thèse si vous désirez plus d'informations, ainsi que la lettre d'informations à remettre aux parents

Merci de votre aide
Cordialement
Noémie Duhamelle

Annexe 2 : Lettre d'information aux parents

Lettre d'information
pour les participants à la recherche intitulée :
Représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs des nourrissons

Organisme responsable de la recherche
Université de Lille
42 Rue Paul Duez
59800 Lille
03 62 26 90 00
Délégué à la protection des données de l'université de Lille : dpo@univ-lille.fr

Directeur de la recherche
Dr TILLY Anita
Mail : anita.tilly@univ-lille.fr

Porteur du projet de recherche
DUHAMELLE Noémie
Mail : noemie.duhamelle.etu@univ-lille.fr

Madame, Monsieur,

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer. Il résume les informations actuellement disponibles en répondant à plusieurs questions que vous pouvez vous poser dans le cadre de votre participation à cette recherche.

Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance de son but et de ce qu'elle implique.

1) Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ?

- Cette étude vous est proposée car vous êtes parent d'un nourrisson entre 0 et 6 mois révolu et que vous vous êtes retrouvés confrontés à un épisode de pleurs excessifs.

2) Quels sont les objectifs de la recherche ?

- L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les attentes des parents dans ce contexte de pleurs du nourrisson.

3) Comment va se dérouler la recherche ?

- Le chercheur de l'étude va vous rencontrer dans le cadre d'un entretien individuel, dans le lieu de votre choix. Il vous posera des questions ouvertes. L'entretien sera enregistré par deux dictaphones.
- L'entretien est ensuite retranscrit et anonymisé par le chercheur.
- Le chercheur réalisera une analyse des données de l'entretien avec un logiciel spécialisé.

4) Que se passera-t-il à la fin de ma participation à cette recherche ?

- A la fin de l'étude, après la soutenance de thèse, les données

(enregistrements, retranscriptions, informations personnelles, etc.) seront supprimées.

5) <u>Ma participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?</u>

- Votre participation à cette étude n'entraînera pas de participation financière de votre part.

- Les contraintes qu'implique la participation à cette étude sont les contraintes de temps liées au déroulement de l'entretien (durée maximale de notre rencontre = 1 heure).

6) <u>Quels sont mes droits en tant que participant à la recherche ?</u>

- Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier et sans conséquence pour vous.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans nous en préciser la raison.

Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats.

Le responsable du traitement est l'université de Lille. Le traitement est fondé sur l'article 6.1.a du Règlement Général sur la Protection des Données.

Dans ce but, les données sont collectées directement auprès de vous : profession, mode de vie, environnement où évolue votre enfant.

Jusqu'à soutenance du projet de recherche, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et de suppression des données personnelles identifiantes vous concernant. Une fois la soutenance passée, les entretiens audios seront supprimés et seule sera conservée leur retranscription anonyme pour une durée illimitée.

Ce traitement a fait l'objet d'une déclaration auprès du DPO de l'Université de Lille : Déclaration n°2019-110 en date du 12/07/2019.

7) <u>A qui dois-je m'adresser en cas de questions ou de problèmes ?</u>

- Vous pouvez poser toutes les questions que vous souhaitez, avant, pendant et après l'étude en vous adressant au chercheur : Noémie Duhamelle par mail à l'adresse suivante : noemie.duhamelle.etu@univ-lille.fr

Si vous n'obtenez pas de réponses à vos questions, vous pouvez porter réclamation auprès de la CNIL.

Nous vous remercions d'avance pour l'intérêt que vous porterez à cette étude.

Annexe 3 : Guides d'entretiens

Guide d'entretien n°1

(Bonjour, je suis médecin généraliste, je réalise ma thèse sur les représentations et ressentis des parents concernant les pleurs excessifs des nourrissons.
Je vais vous poser quelques questions. Les réponses ne seront connues que par moi, mon co-chercheur et mon directeur de thèse. Je me permets d'utiliser deux dictaphones pour pouvoir retranscrire l'ensemble par la suite.
Vous pouvez répondre librement aux questions et me dire tout ce qui vous viendra à l'esprit, je ne suis en aucun cas là pour juger.
Les résultats seront ensuite retranscrits et anonymisés. Les enregistrements et leurs retranscriptions seront supprimés à la fin de l'étude.
Avez-vous des questions avant que nous commencions ?)

Comment ça se passe en général depuis l'arrivée de votre bébé ?

Identités et informations personnelles des parents

- Sexe
- Age
- Profession
- Lieu de vie (ville/campagne, type de logement, etc…)
- Situation familiale (monoparentalité ? (Séparation, décès) hétéroparentalité ? homoparentalité ?)

Informations concernant l'enfant

- Sexe
- Age
- Rang dans la fratrie
- Terme naissance (prématurité)
- Lieu de couchage (Co sleeping, chambre parentale, chambre individuelle, etc…)

Informations sur les autres enfants de la fratrie (si BESOIN)
Age, sexe, rang dans la fratrie, épisode de pleurs incessants

Guide d'entretien n°2

(Bonjour, je suis médecin généraliste, je réalise ma thèse sur les représentations et ressentis des parents concernant les pleurs excessifs des nourrissons.

Je vais vous poser quelques questions. Les réponses ne seront connues que par moi, mon co-chercheur et mon directeur de thèse. Je me permets d'utiliser deux dictaphones pour pouvoir retranscrire l'ensemble par la suite.

Vous pouvez répondre librement aux questions et me dire tout ce qui vous viendra à l'esprit, je ne suis en aucun cas là pour juger.

Les résultats seront ensuite retranscrits et anonymisés. Les enregistrements et leurs retranscriptions seront supprimés à la fin de l'étude.

Avez-vous des questions avant que nous commencions ?)

Comment ça se passe en général depuis l'arrivée de votre bébé ?

Racontez moi l'épisode de pleurs qui vous a amené à consulter.

Qu'avez-vous fait pour y remédier ? (Si non évoqué spontanément)

Qu'avez-vous ressenti lors de cet épisode ?

Qu'attendiez-vous de la consultation médicale ?

Avez-vous été confronté à des pleurs avec votre/vos autre(s) enfant(s) ? Si oui racontez moi.

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Identités et informations personnelles des parents

- Sexe
- Age
- Profession
- Lieu de vie (ville/campagne, type de logement, etc…)
- Situation familiale (monoparentalité ? (Séparation, décès) hétéroparentalité ? homoparentalité ?)

Informations concernant l'enfant

- Sexe
- Age
- Rang dans la fratrie
- Lieu de couchage (Co sleeping, chambre parentale, chambre individuelle, etc…)

Informations sur les autres enfants de la fratrie (si BESOIN)
Age, sexe, rang dans la fratrie, épisode de pleurs incessants

Guide d'entretien n°3

(Bonjour, je suis médecin généraliste, je réalise ma thèse sur les représentations et ressentis des parents concernant les pleurs excessifs des nourrissons.
Je vais vous poser quelques questions. Les réponses ne seront connues que par moi, mon co-chercheur et mon directeur de thèse. Je me permets d'utiliser deux dictaphones pour pouvoir retranscrire l'ensemble par la suite.
Vous pouvez répondre librement aux questions et me dire tout ce qui vous viendra à l'esprit, je ne suis en aucun cas là pour juger.
Les résultats seront ensuite retranscrits et anonymisés. Les enregistrements et leurs retranscriptions seront supprimés à la fin de l'étude.
Avez-vous des questions avant que nous commencions ?)

Comment ça se passe en général depuis l'arrivée de votre bébé ?

Racontez moi l'épisode de pleurs qui vous a amené à consulter.

Qu'avez-vous ressenti lors de cet épisode ?

Qu'avez-vous fait pour y remédier ? (Si non évoqué spontanément)

Qu'attendiez-vous de la consultation médicale ?

Quelles sont les répercussions des pleurs sur vous ?

Quelle est la place de votre conjoint lors de ces épisodes de pleurs ?

Comment avez-vous vécu l'accouchement ?

Avez-vous été confronté à des pleurs avec votre/vos autre(s) enfant(s) ? Si oui racontez moi.

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Identités et informations personnelles concernant les parents et l'enfant (inchangées par rapport au guide précédent).

Guide d'entretien n°4

(Bonjour, je suis médecin généraliste, je réalise ma thèse sur les représentations et ressentis des parents concernant les pleurs excessifs des nourrissons.
Je vais vous poser quelques questions. Les réponses ne seront connues que par moi, mon co-chercheur et mon directeur de thèse. Je me permets d'utiliser deux dictaphones pour pouvoir retranscrire l'ensemble par la suite.
Vous pouvez répondre librement aux questions et me dire tout ce qui vous viendra à l'esprit, je ne suis en aucun cas là pour juger.
Les résultats seront ensuite retranscrits et anonymisés. Les enregistrements et leurs retranscriptions seront supprimés à la fin de l'étude.
Avez-vous des questions avant que nous commencions ?)

Comment ça se passe en général depuis l'arrivée de votre bébé ?

Racontez moi l'épisode de pleurs qui vous a amené à consulter.

Qu'avez-vous ressenti lors de cet épisode ?

Qu'avez-vous fait pour y remédier ? (Si non évoqué spontanément)

Qu'attendiez-vous de la consultation médicale ?

Quelles sont les répercussions des pleurs sur vous ?

Quelle est la place de votre conjoint lors de ces épisodes de pleurs ?

Comment avez-vous vécu l'accouchement ?

Comment s'est passée la rencontre avec votre bébé ?

Avez-vous été confronté à des pleurs avec votre/vos autre(s) enfant(s) ? Si oui racontez moi.

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Identités et informations personnelles concernant les parents et l'enfant (inchangées par rapport au guide précédent).

Guide d'entretien n°5

(Bonjour, je suis médecin généraliste, je réalise ma thèse sur les représentations et ressentis des parents concernant les pleurs excessifs des nourrissons.
Je vais vous poser quelques questions. Les réponses ne seront connues que par moi, mon co-chercheur et mon directeur de thèse. Je me permets d'utiliser deux dictaphones pour pouvoir retranscrire l'ensemble par la suite.
Vous pouvez répondre librement aux questions et me dire tout ce qui vous viendra à l'esprit, je ne suis en aucun cas là pour juger.
Les résultats seront ensuite retranscrits et anonymisés. Les enregistrements et leurs retranscriptions seront supprimés à la fin de l'étude.
Avez-vous des questions avant que nous commencions ?)

Comment ça se passe en général depuis l'arrivée de votre bébé ?

Racontez moi l'épisode de pleurs qui vous a amené à consulter.

Qu'avez-vous ressenti lors de cet épisode ?

Qu'avez-vous fait pour y remédier ? (Si non évoqué spontanément)

Relance : Quelles solutions avez-vous essayées ?

De quelles aides avez-vous bénéficié ? (Rebondir sur aides extérieures au couple)

Qu'attendiez-vous de la consultation médicale ?

Quelles sont les répercussions des pleurs sur vous ?

Quelle sont les conséquences sur votre comportement ? (Si non évoqué)

Quelle est la place de votre conjoint lors de ces épisodes de pleurs ?

Comment avez-vous vécu l'accouchement ?

Comment s'est passée la rencontre avec votre bébé ?

Avez-vous été confronté à des pleurs avec votre/vos autre(s) enfant(s) ? Si oui racontez moi.

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 4 : CNIL

Université de Lille

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais : dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	**SIREN**: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	**Code NAF**: 8542Z **Tél.** : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs des nourrissons
Référence Registre DPO : 2019-110
Responsable scientifique/ Chargé de la mise en œuvre: Mmes Noémie Duhamelle /Anita Tilly

Fait à Lille,

Le 27 août 2019

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Bureau DPO
42 rue Paul Duez - 59000 LILLE
Téléphone: 03 62 26 91 28
dpo@univ-lille.fr

Annexe 5 : CPP

CPP - Ile-de-France VI
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

Projet de recherche enregistré
Sous le n° 69-19 NI Cat. 3
Dossier n°19.07.23.70307
ID RCB : 2019-A02109-48

A Paris, le 12 décembre 2019

Le comité a été saisi le : 3 octobre 2019

d'une demande d'avis pour le projet de recherche intitulé :
« Représentations et ressentis des parents sur les pleurs excessifs des nourrissons de 0 à 6 mois »

. Protocole version 2 du 6/11/19

. Note d'information et formulaire de consentement version 2 du 6/11/19

. Liste des investigateurs du 23/7/19

dont le promoteur est : **Noémie DUHAMELLE, Université de Lille**

dont le coordinateur est : **Noémie DUHAMELLE**

Le comité a examiné les informations relatives à ce projet lors de sa séance du :

11 décembre 2019

Ont participé à la délibération :
Audrey BELLESOEUR - Oncologue (S)
Nathalie BRION - Thérapeute (T)
Laurent CAPELLE - Neurochirurgien (T)
Christophe DEMONFAUCON - Représentant des associations agréées de malades (T)
Micheline DENANCE - Représentante des associations agréées d'usagers du système de santé (S)
Marie-Hélène FIEVET - Pharmacien hospitalier (T)
Cloé GIQUEL - Qualifiée en matière juridique (S)
Etienne KIMMEL - Infirmière (S)
Annie LE FRANC - Représentante des associations agréées de malades (T)
Esther LELLOUCHE - Infirmière (T)
Christiane LOOTENS - Représentante des associations agréées de malades (S)
Marie-Cécile MASURE - Psychologue hospitalier (T)
Michèle MEUNIER-ROTIVAL - Chercheur en génétique (T)
Marie-Caroline MEYOHAS - Qualifiée en matière éthique (T)
Anne-Laure MORIN - Qualifiée en matière juridique (T)
Sophie TEZENAS DU MONTCEL - Biostatisticien (T)

LE COMITE A ADOPTE LA DELIBERATION SUIVANTE : AVIS FAVORABLE

Motivation : Dans cette recherche non interventionnelle ne comportant aucun risque ni contrainte, tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle.

. Conformément à l'article R. 1123-26 du code de la santé publique, le présent avis devient caduque si la recherche n'a pas débuté dans un délai de deux ans.

Le Président du CPP
Professeur Nathalie BRION

CPP IDF VI 47, Boulevard de l'Hôpital 75013 PARIS
Tél : 01 42 161683 Fax : 01 42 162715

Annexe 6 : Fiche de consentement

Formulaire de consentement dans le cadre de la participation à une recherche

Titre de la recherche : Représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs des nourrissons

Nom du chercheur : Duhamelle Noémie, étudiante en médecine générale à l'université de Lille.

Nom du Responsable de projet : Docteur Tilly Anita

Vous êtes invités à participer à une étude qualitative. Afin d'y contribuer, il est important et nécessaire de lire ce formulaire qui décrit l'objectif et les modalités pratiques de cette recherche. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette étude, pour cela vous pouvez contacter le chercheur directement à l'adresse mail suivante : noemie.duhamelle.etu@univ-lille.fr.

OBJECTIFS et MÉTHODES

Dans le cadre de l'obtention du diplôme de médecine générale, Mme Duhamelle Noémie réalise une étude, dirigée par le Dr Tilly Anita, sur les représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs de leurs nourrissons de 0 à 6 mois.

L'étude est réalisée par entretiens individuels à l'aide d'un canevas de questions ouvertes. L'entretien est enregistré par deux dictaphones. Il est ensuite retranscrit intégralement par le chercheur et anonymisé.

L'analyse des données se fera par le chercheur sur un logiciel spécialisé. Une analyse de cohérence sera réalisée par un 2e chercheur à partir des retranscriptions anonymisées.

Les données recueillies seront supprimées à la fin de l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies lors de l'entretien liées à vos habitudes de vie, à votre situation personnelle, ainsi qu'à celles de votre enfant, demeureront strictement confidentielles et ne sont consultables que par le chercheur.

Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des données personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent.

L'exercice de vos droits s'effectue par demande adressée au chercheur à cette adresse mail : noemie.duhamelle.etu@univ-lille.fr

LÉGISLATION

La présente étude a fait l'objet d'une déclaration n°2019-110 en date du 12/07/2019 et a été portée au registre du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille.

DROIT de RETRAIT

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous avez le droit de refuser d'y participer sans que cela n'entraine de pénalité ou de perte d'avantage. Vous avez également le droit de vous retirer à tout moment, sans avoir à en préciser la raison, et ce même après avoir signé le formulaire de consentement. Le cas échéant les données vous concernant qui auront été collectées dans le cadre de cette étude seront supprimées.

DURÉE de CONSERVATION et ANONYMISATION

Les données personnelles seront conservées jusqu'à la soutenance de la thèse prévue pour fin avril 2020. Dans le cas d'une publication des travaux de recherche, ou de la mise à disposition de ces résultats à la communauté de chercheurs, des mesures propres à garantir la confidentialité les données seront mises en œuvre de manière à rendre toute réidentification impossible.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Fait en 2 exemplaires (1 à destination du participant et 1 à destination du chercheur)

Nom : Prénom :

Signature du participant :

Signature du chercheur : Date :

Annexes numériques :

- **2 entretiens fictifs**
- **14 entretiens**
- **Codebook**

AUTEUR : Nom : DUHAMELLE **Prénom : Noémie**

Date de soutenance : 30 avril 2020

Titre de la thèse : Représentations et ressentis des parents face aux pleurs excessifs des nourrissons

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Pédiatrie

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : pleurs, nourrisson, colique, impuissance, difficultés, maltraitance, syndrome bébé secoué

Résumé :

Contexte : Les pleurs excessifs sont fréquents dans les premiers mois de vie, ils concernent 5% à 30% des nourrissons en bonne santé. Leur prévalence est maximale les six premiers mois. Les pleurs sont fréquemment source d'interrogations pour l'entourage et le corps médical. Il n'est pas toujours facile de répondre aux attentes des parents. L'objectif est d'étudier les représentations et le vécu des parents face aux pleurs excessifs de leur nourrisson pour mettre en évidence leurs attentes vis-à-vis du corps médical.

Méthode : Etude qualitative réalisée auprès de parents ayant consulté pour pleurs, en médecine générale, en PMI et aux urgences pédiatriques, dans le Nord et le Pas de Calais. Des entretiens compréhensifs ont été réalisés jusqu'à la suffisance des données. Une analyse par phénoménologie interprétative des verbatims a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo®, avec triangulation des données.

Résultats : Quatorze entretiens ont été réalisés, auprès de onze femmes et de trois hommes. Les pleurs entrainent chez les parents un ascenseur émotionnel : une appréhension omniprésente, la sensation d'être démunis, un sentiment d'incertitude, la peur du jugement des autres, le sentiment d'être mauvais parent et ils sont donc poussés dans leurs retranchements. Ceci entraine différents risques : entraver le développement de la relation parent-enfant, creuser un fossé dans le couple et un risque de maltraitance. Les parents ont déjà des cartes en main pour éviter cela : leur propre savoir, la possibilité de prendre sur soi et d'opter pour une prise de distance pendant les périodes de crises, ainsi que le soutien de leur entourage. Les attentes des parents vis-à-vis du corps médical sont : l'apport d'une solution et de conseils pour être libérés des pleurs, et le renforcement positif. Mais ils sont ambivalents car ils ont conscience de l'absence de solution miracle et de la non toute puissance de la médecine.

Conclusion : Les parents signalent l'absence de formation à la parentalité et leur manque d'informations. Lors de la préparation à la naissance, à la maternité et les premiers mois de vie de leurs enfants, le sujet des pleurs devrait être abordé systématiquement. Pour cela, il est nécessaire que le personnel soignant soit lui aussi bien formé sur le sujet. Un bon encadrement des parents par leur entourage et le corps médical est primordial.

<u>Composition du Jury</u> :

Président : Pr TURCK Dominique

Assesseurs : Pr DUBOS François et Pr LEROUGE Patrick

Directeur de thèse : Dr TILLY Anita