



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
02 juin 2022 à Poitiers
par Mme MARTIN Justine

Représentations, ressentis et réactions parentales face aux pleurs inexplicables du nourrisson de 0 à 4 mois.

Une étude qualitative

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe Binder

Membres : Madame la Docteure Clara Blanchard
Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick
Madame la Docteure Valérie Victor-Chaplet

Directeur de thèse : Madame la Docteure Valérie Victor-Chaplet



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
02 juin 2022 à Poitiers
par Mme MARTIN Justine

Représentations, ressentis et réactions parentales face aux pleurs inexplicables du nourrisson de 0 à 4 mois.

Une étude qualitative

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe Binder

Membres : Madame la Docteure Clara Blanchard
Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick
Madame la Docteure Valérie Victor-Chaplet

Directeur de thèse : Madame la Docteure Valérie Victor-Chaplet



Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (**retraite au 01/01/2022**)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (**en mission 1an a/c du 12/07/2021**)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements :

Au président du jury :

À Monsieur le Professeur BINDER Philippe,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail, je vous exprime ici ma respectueuse considération.

Aux membres du jury :

À Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick,

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury, soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame la Docteure BLANCHARD Clara

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury, soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

À Madame la Docteure Valérie VICTOR-CHAPLET,

Vous m'avez donné la possibilité de (re) trouver ma voie.

Vous m'avez guidée, épaulée et rassurée pour la réalisation de ce travail.

Pour votre aide, votre écoute, votre soutien et votre disponibilité, recevez mes sincères remerciements, soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Marion Seguinot,

Merci pour ton implication, ta disponibilité, et nos échanges toujours productifs et rassurants au cours de ces derniers mois.

Aux médecins généralistes et médecins de La Protection Maternelle et Infantile participants à cette étude,

Pour votre disponibilité, l'intérêt que vous avez porté à ce travail et votre participation, recevez mes sincères remerciements et soyez assurés de ma profonde gratitude.

Aux parents ayant participé à cette étude,

Vous m'avez accordé votre confiance et votre temps au cours d'une période de votre vie parfois délicate. Pour vos récits, pour nos échanges enrichissants, recevez mes sincères remerciements et ma considération.

Au service de PMI de la Vienne,

Et plus particulièrement aux Docteurs De Rouffignac, Partaud, Kiener, pour votre accueil lorsque j'étais jeune interne, pour votre pédagogie, pour votre passion envers la pédiatrie et votre implication auprès des familles, recevez toute ma considération. C'est auprès de vous que j'ai pu saisir l'importance de notre rôle à jouer auprès de ces adultes à en devenir.

Au service des Urgences Pédiatriques du CHU de Poitiers,

Ainsi qu'à la Docteure Boureau Vouloury, pour votre implication dans ma formation, votre regard sur la prise en charge de l'enfant, pour la passion que vous portez à votre métier, recevez mes sincères remerciements

Aux médecins remplacées,

Merci pour votre soutien, votre disponibilité et votre capacité d'adaptation lorsque des imprévus ont pu faire face ! Soyez assurées de ma gratitude.

À mes parents,

Pour m'avoir toujours épaulée, même si certaines décisions vous surprenaient.

Pour votre présence, dans les grands principes comme au quotidien.

La vie ne nous a pas toujours épargné, mais aujourd'hui toute réussite est en partie la vôtre.

A mon frère,

Qui reste fière de sa grande sœur, quoiqu'il advienne.

Merci pour ta présence au quotidien, ta joie de vivre et le bonheur que tu nous apportes par ta présence.

Je suis fière de l'homme que tu deviens, mon petit frère.

À ma belle-famille,

Que je considère comme la mienne, merci d'avoir fait de moi votre fille, petite fille, et sœur.

Merci pour votre soutien.

Paul, merci d'être le « beau-pair » que tu es, pour la qualité de ta pratique, que jamais je n'aurais la prétention d'approcher. Je m'enrichis à chacune de nos rencontres, sois en certain.

À Nico,

Pour ton soutien sans faille, l'amour n'est pas fait de grandes manifestations mais de gestes quotidiens.

Tu es ma force.

À ma fille Lou-Anne,

Tu m'as offert le rôle d'une vie.

Merci pour ta joie de vivre, je t'admire un peu plus chaque jour.

À mon fils Jules,

La vie nous a poussé dans nos derniers retranchements, merci de m'avoir appris la force de l'amour maternel, tu es solaire.

Liste des abréviations

CER : Comité d'Éthique pour les Recherches

CNIL : Comité National de l'Information et des Libertés

CPP : Comité de protection des personnes

Dr : Docteur/Docteure

HAS : Haute Autorité de Santé

MR-003 : Méthodologie de Référence 003

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PN001: Pleurs du Nourrisson 001

PURPLE: Peak of crying, Unexpected, Resists soothing, Pain-like face, Long lasting,
Evening

SBS : Syndrome du Bébé Secoué / Shaken Baby Syndrome

SFR : Structure Fonctionnelle de Recherche

SNA : Système Nerveux Autonome

Table des matières

1	<u>INTRODUCTION</u>	9
1.1	CONTEXTE D'ETUDE	9
1.2	APPORTS DE LA LITTERATURE	11
1.3	OBJECTIF DE L'ETUDE	12
2	<u>MATERIEL ET METHODE</u>	13
2.1	COLLECTE DES DONNEES	13
2.2	PROTECTION DES DONNEES, ASPECT ETHIQUE	14
2.3	ANALYSE DES DONNEES	15
3	<u>RESULTATS</u>	16
3.1	POPULATION	16
3.1.1	DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE, DONNEES QUANTITATIVES :	16
3.2	RESULTATS DU CODAGE	17
3.3	L'ENTREE DANS LA PARENTALITE	17
3.3.1	LA GROSSESSE : LE FANTASME ET LES DESILLUSIONS	17
3.3.2	LE POST PARTUM : ENTRE LUNE DE MIEL ET MOMENTS DIFFICILES	19
3.3.3	L'ARRIVEE DU NOURRISSON : UN BOULEVERSEMENT DU SCHEMA FAMILIAL	21
3.3.4	DECOUVRIR SON NOURRISSON : LE DEBUT DE L'INTERACTION PARENT-ENFANT	22
3.3.5	SYNTHESE	24
3.4	LE PLEUR DU NOURRISSON : INTERPRETATIONS, RESENTIS ET REACTIONS	24
3.4.1	PHYSIOLOGIQUE OU ORGANIQUE ?	24
3.4.2	LE RESENTI PARENTAL : VARIATIONS MULTIPLES ENTRE NERVOSITE ET SERENITE	27
3.4.3	L'IMPACT DE L'ENTOURAGE	30
3.4.4	LA REPONSE PARENTALE	31
3.4.5	SYNTHESE	35
3.5	L'INFLUENCE DES SOIGNANTS DANS LA GESTION DES PLEURS	36
3.5.1	UNE PREPARATION A LA PARENTALITE APPRECIEE MAIS INEGALE DANS LA GESTION DES PLEURS	36
3.5.2	LE ROLE DES SOIGNANTS EN PERIODE PERI NATALE	37
3.5.3	LA PLACE DU PLEUR AU COURS DU SUIVI MEDICAL	39
3.5.4	SYNTHESE	41
3.6	COMPRENDRE POUR MIEUX MAITRISER LA SITUATION	42
3.6.1	LA DEMARCHE PARENTALE	42
3.6.2	LA VOLONTE D'ETRE INFORME, ET D'INFORMER	44
3.6.3	SYNTHESE	46
4	<u>DISCUSSION</u>	47
4.1	SYNTHESE DES RESULTATS ET REPONSE AUX OBJECTIFS	47
4.2	VALIDITE INTERNE	48
4.2.1	BIAIS DE DECLARATION	48
4.2.2	BIAIS D'ECHANTILLONNAGE :	48
4.2.3	BIAIS D'INVESTIGATION :	49
4.2.4	BIAIS D'ANALYSE ET D'INTERPRETATION :	49

4.3	VALIDITE EXTERNE : COMPARAISON DES RESULTATS OBTENUS A LA LITTERATURE.....	50
4.3.1	LE PLEUR DU NOURRISSON : ENTRE NEURO SCIENCES ET INFLUENCE SOCIETALE :	50
4.3.2	L'APPORT DU SOIGNANT : REFERENT PRINCIPAL MAIS REPONSE INADAPTEE.....	53
4.3.3	LA CONSULTATION DE SUIVI : OUTIL DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE	56
4.4	OUVERTURE : LA FORMATION DES SOIGNANTS POUR PERMETTRE L'INFORMATION AUX PARENTS.....	59
5	CONCLUSION.....	60
6	BIBLIOGRAPHIE	62
7	RESUME	66
8	SERMENT	67
9	ANNEXES.....	68
9.1	ANNEXE 1 : CARNET DE SANTE, CONSEILS AUX PARENTS	68
9.2	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE INITIAL.....	69
9.3	ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE MODIFIE.....	71
9.4	ANNEXE 4 : NOTICE D'INFORMATION TRANSMISE AU SUJET INTERROGE	73
9.5	ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE	74
9.6	ANNEXE 6 : DECLARATION DE CONFORMITE CNIL.....	75
9.7	ANNEXE 7 : CAHIER D'INFORMATION, DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	76
9.8	ANNEXE 8 : NOMENCLATURE DES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES (52)	77
9.9	ANNEXE 9 : OUTILS PEDAGOGIQUES DU PROGRAMME PURPLE.....	78

1 Introduction

Premier signe de vie tant attendu par les parents, le cri de leur nourrisson devient dans les semaines qui suivent sa naissance une source de préoccupation importante (1)(2).

Si certains y voient un trait de caractère, une mauvaise habitude qu'il faut faire cesser, la majorité des parents perçoit ce cri comme un signe d'inconfort ou de souffrance qu'il faut soulager à tout prix (3)(4)(5). Dans les deux cas, la représentation des pleurs demeure négative (6)(7)(8).

1.1 Contexte d'étude

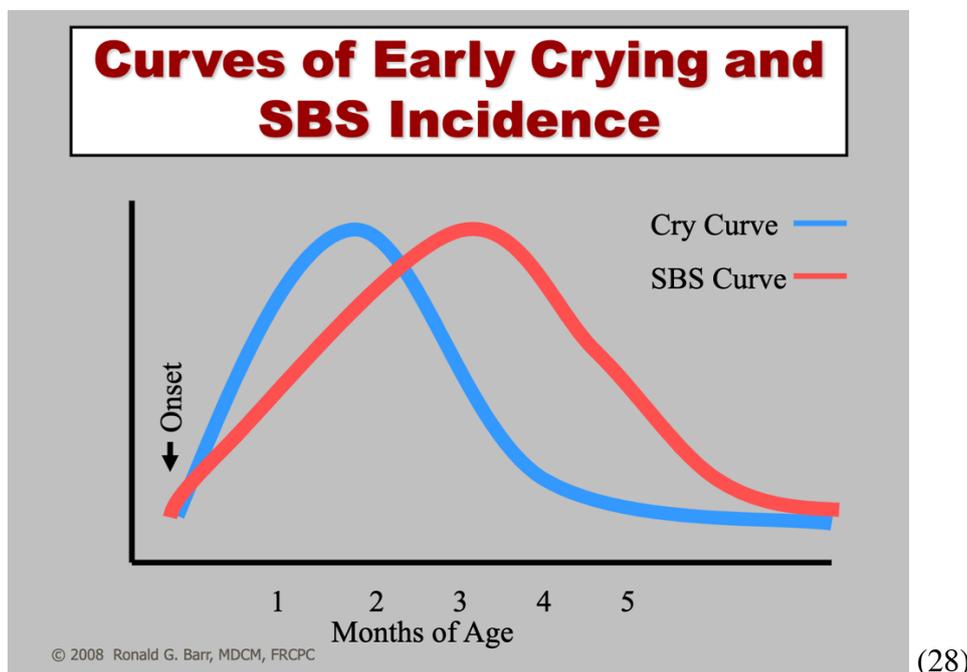
Touchant entre 10 à 30% des nourrissons (9), le pleur inexpliqué du nourrisson est décrit comme motif fréquent de consultation (10)(11)(12).

Cette période de pleurs jugés excessifs par les parents, semble suivre une courbe ascendante les premières semaines de vie pour atteindre son apogée vers le deuxième mois avant de décroître aux environs des 4-5 mois de vie (13)(14)(15).

On leur attribue fréquemment le terme de « coliques du nourrisson » partant de l'hypothèse selon laquelle les pleurs seraient en lien avec une symptomatologie digestive à l'origine de l'inconfort du nourrisson. Les pleurs répondant alors classiquement à la « règle des trois » décrite en 1954 par M.A. Wessel : évoluant plus de trois heures par jour, trois jours par semaine, pendant au moins trois semaines. Aucun examen n'a pourtant prouvé leur origine digestive (16), aucun traitement n'a prouvé son efficacité (9)(17)(18), et les prises en charges alternatives comme le portage ou l'ostéopathie n'ont pas non plus permis une régression

significative des pleurs (19)(20)(21). Finalement, au terme d'une évaluation médicale attentive, seuls 5% des nourrissons présentent des pleurs dont l'étiologie est organique. (15)(22).

Les pleurs prolongés et l'impossibilité de consoler un nourrisson dont les pleurs ou l'agitation sont excessifs, sont susceptibles d'induire une série de réactions négatives et préoccupations parentales (8)(23) pouvant aboutir à un dysfonctionnement dans la relation parents-enfant (16)(24)(24)(25), et conduire à certaines situations de malveillance puis de maltraitance. A ce sujet, plusieurs études, et notamment celle du Docteur Barr (professeur émérite de pédiatrie de la faculté de Colombie-Britannique), ayant publié de nombreux articles au sujet des pleurs du nourrisson, supposent la survenue du syndrome du bébé secoué par l'intolérance de l'adulte face aux pleurs excessifs du nourrisson, en mettant en évidence la corrélation entre la courbe d'incidence du syndrome du bébé secoué et celle des pleurs (26)(27).



Face aux quelques 500 à 700 nourrissons de moins d'un an touchés en France par le SBS (29), de nombreuses campagnes de prévention et sensibilisation sont mises en place. Bien que la thématique des pleurs soit depuis peu abordée dans les carnets de santé (disponible en annexe

1) et par la campagne de santé publique 1000 Premiers jours (30), la physiopathologie du phénomène semble mal connue des jeunes parents. Les études ont pourtant décrit qu'une sensibilisation parentale au sujet de la physiopathologie des pleurs inexplicés du nourrisson, grâce aux campagnes de prévention, favorisait une réaction parentale appropriée et diminuait ainsi le nombre de consultations pour ce motif (31)(32).

1.2 Apports de la littérature

Le cri-pleur est le premier moyen de communication dont le nourrisson dispose. Il l'utilise pour exprimer un besoin primaire : la faim, l'inconfort, le besoin de proximité.

Peu d'études scientifiques étudient la physiopathologie du pleur inexplicé, certains auteurs, s'appuyant sur l'approche neurobiologique présentent le pleur du nourrisson comme étant un phénomène incontrôlable, puisque issu des cerveaux mammaliens et reptiliens (4)(33), un comportement universel (16)(34)(35), physiologique, faisant partie intégrante du développement normal du nourrisson humain (1)(16)(33).

La théorie de l'attachement avance que le pleur soit interprété comme un moyen de communication utilisé par le nourrisson immature et extrêmement dépendant pour maintenir une proximité avec l'adulte. Cette proximité, essentielle à sa survie, serait également nécessaire au processus d'attachement parent-enfant, lui permettant l'établissement de sa sécurité affective (36).

La théorie de libération des tensions suggère également quelques réponses au sujet de la persistance des pleurs malgré la satisfaction de l'ensemble des besoins primaires ; elle permettrait au nourrisson la libération d'un excès de tensions (1)(4). L'hypothèse étant que les

larmes, dont la composition varie en fonction de notre état de stress, seraient un moyen pour l'organisme de se libérer de toxines.

Ces notions de physiopathologie proposées par l'approche neurobiologique contrastant avec certaines habitudes éducatives transmises de génération en génération, il serait intéressant d'explorer si les parents ont aujourd'hui connaissance de ces nouvelles notions d'universalité et physiologie des pleurs inexpliqués.

1.3 Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'explorer ce que rapportent les jeunes parents face aux pleurs inexpliqués de leur nourrisson lors des quatre premiers mois de vie : connaissances, ressentis, réactions, et échanges avec les professionnels de santé.

2 Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle réalisée du 12 octobre 2021 au 31 janvier 2022 dans les départements de la Vienne (86) et de la Charente-Maritime (17) par entretiens semi-dirigés auprès de 23 parents recrutés auprès de médecins généralistes et médecins de PMI.

La méthode d'étude qualitative a semblé être plus appropriée à l'exploration du ressenti, des émotions, réactions et comportements, critères subjectifs non mesurables (37). L'objectif étant ici de comprendre et de formuler des hypothèses sans chercher à quantifier.

2.1 Collecte des données

Les parents ont été recrutés après consultation avec un médecin généraliste ou médecin de PMI exerçant dans le département de la Vienne (86) ou de la Charente-Maritime (17) (6 médecins généralistes et 1 médecin de PMI). Les médecins présentaient brièvement le contexte de l'étude et obtenaient l'accord des parents avant que nous entrions en contact avec eux. La thématique des pleurs n'était pas précisée ni au sujet interrogeable, ni au recruteur afin de limiter l'influence que cela pourrait avoir lors du recrutement.

Si les parents acceptaient la transmission de leurs coordonnées téléphoniques, nous les joignons par téléphone pour leur exposer le projet de l'étude de façon plus détaillée. S'ils acceptaient une nouvelle fois de participer à l'étude, un rendez-vous était fixé pour la réalisation d'un entretien en présentiel ou par téléphone d'une durée d'environ 25 minutes. Les entretiens étaient menés par Madame Justine Martin dans le département de la Vienne (86), et Madame Marion Seguinot dans le département de la Charente-Maritime (17).

Ont été inclus les parents d'au moins un enfant âgé de 0 à 4 mois, critère établi en raison de la distribution des pleurs dans les premiers mois de vie. Il n'y avait pas de caractère

d'exclusion. Afin d'obtenir le maximum d'informations, une variabilité de profils fut recherchée. Ainsi, les profils étudiés se différaient volontairement les uns des autres par l'âge, le sexe, l'ordre dans la fratrie et le lieu de suivi du nourrisson, ainsi que par l'âge, le sexe, le lieu de vie, la situation familiale et la catégorie socio-professionnelle des parents interrogés.

Le guide d'entretien (annexes 2 et 3) a été élaboré à partir de l'analyse de la littérature, il a été modifié en cours d'analyse. Les questions posées étaient le plus ouvertes possibles pour permettre au parent de s'exprimer librement dans le but de confronter les réponses obtenues aux objectifs de l'étude et à l'hypothèse de travail. Après un temps dédié à la présentation générale du parent participant, les thèmes abordés furent présentés dans l'ordre qui suit : grossesse, accouchement et parentalité, connaissances et réactions face aux pleurs, rôle des soignants dans l'aide à la gestion des pleurs, recueil d'opinion quant à l'intérêt d'une campagne de prévention. Avant chaque entretien, le parent participant était informé de la confidentialité et de l'anonymisation des données, il lisait la notice d'information (annexe 4) et signait le formulaire de consentement (annexe 5) avant que l'entretien ne soit enregistré sur dictaphone de smartphone.

2.2 Protection des données, aspect éthique

Le protocole, le formulaire d'information et l'attestation de consentement de l'étude ont été soumis pour avis au Comité de Protection des Personnes, un avis favorable a été reçu, permettant la réalisation de l'étude.

Cette étude entre dans le cadre de la « Méthodologie de Référence » (MR-003) en application des dispositions de l'article 54 alinéa 5 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ce changement a été homologué par

décision du 5 janvier 2006. L'université de Poitiers, Promoteur de l'étude, a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence » (annexe 6).

2.3 Analyse des données

Les données sociodémographiques recueillies sur dictaphone ont été rassemblées dans un cahier d'information afin d'avoir une vision globale de la population étudiée (annexe 7).

Les données des entretiens recueillies sur dictaphone ont été rendues anonymes lors de leur retranscription puis analysées à l'aide du Logiciel NVivo. Une triangulation a été effectuée par l'investigateur principal, la Docteure Victor-Chaplet, ainsi que par Madame Marion Seguinot co-thésarde de Madame Justine Martin, menant une étude sur le même thème auprès des médecins. Au terme de 23 entretiens, la saturation des données a été obtenue.

3 Résultats

3.1 Population

3.1.1 Description de la population d'étude, données quantitatives :

Pour cette étude, 30 parents ont été recrutés auprès de 7 médecins. Parmi eux, 7 n'ont pas répondu aux appels téléphoniques des chercheuses. 23 entretiens ont alors été réalisés, dont 3 en présentiel et 20 par téléphone. La durée de l'entretien s'est établie entre 12 et 31 minutes en fonction des réponses apportées par les parents.

Les parents participants à l'étude étaient âgés de 21 à 42 ans, les mères se sont révélées être l'interlocuteur principal (22 mères interrogées versus 1 père) expliquant être plus disponibles que leur conjoint.

Leur nourrisson était âgé de 4 à 16 semaines, la majorité des entretiens fut réalisée auprès de parents de nourrissons âgés de 12 à 16 semaines.

La majorité des nourrissons de parents interrogés était suivie uniquement par un médecin généraliste.

Une variabilité maximale de profils était recherchée, ainsi, les proportions de parents de nourrisson unique et parents de plusieurs enfants, les proportions de nourrissons masculins et féminins, et les distributions de lieu de vie (urbain, rural, semi-rural) sont équilibrées.

Les caractéristiques de la population étudiée sont décrites en annexe 7.

3.2 Résultats du codage

Les résultats de l'analyse du codage nous ont permis de mettre en évidence 4 grands thèmes :

- L'entrée dans la parentalité
- Les connaissances, ressentis et réactions parentales relatives au phénomène des pleurs inexplicables
- L'influence des soignants dans la gestion des pleurs
- La démarche parentale relative à la recherche de sources sur le sujet

Les propos recueillis sont présentés en gris, italique et guillemets. PN001 signifie que l'extrait concerne le premier entretien réalisé au sujet des Pleurs du Nourrisson et ainsi de suite.

3.3 L'entrée dans la parentalité

3.3.1 La grossesse : le fantasme et les désillusions

Si la majorité des mères décrivent la grossesse comme une **belle période de leur vie**, beaucoup reconnaissent que les **difficultés** furent très présentes durant ces 9 mois. Essentiellement **d'ordre physique**, plus marquées au premier trimestre « *dans le premier trimestre, les nausées, la fatigue extrême, une poussée d'acné...* » (PN013), « *le premier mois, très compliqué, j'ai vomi énormément, j'étais très fatiguée* » (PN014), « *c'était difficile pour le travail parce que je me cachais, je devais partir aux toilettes devant des clients* » (PN008), « *c'est très fatigant* » (PN008) « *j'ai eu ma sciatique, j'ai eu mal pendant toute ma grossesse, du début jusqu'à la fin* » (PN008) **et en fin de grossesse** : « *douleurs ligamentaires, le dos (...) après les derniers trimestres, je ne pouvais plus beaucoup marcher, je faisais des séances de kiné* » (PN013), « *les douleurs ligamentaires au niveau des jambes (...) je n'arrivais pas trop à bouger surtout pour dormir. C'était un peu compliqué* » (PN014), « *J'avais du mal à faire*

100 ou 200 mètres à pied et donc la fin de grossesse physiquement, je trouvais ça lourd et je dormais très mal » (PN006), « vers huit mois, là, pour moi, c'est vraiment la période où j'ai hâte que ça se termine, je me sens diminuée » (PN021), « vers la fin je n'en pouvais plus » (PN013). Ces difficultés peuvent parfois influencer sur **l'état psychique** de la future mère, lorsque les pathologies gravidiques sont présentes ; « il y a eu le diabète gestationnel (...) j'étais sous insuline (...) donc un peu compliqué quand même » (PN014), « Le diabète gestationnel, ça me gênait un peu parce que je ne pouvais pas manger de sucre, (...) j'étais un petit peu triste » (PN010) , « Le régime était un peu dur pour moi, c'était un peu compliqué de ne pas manger sucré » (PN023), ou même lorsque les grossesses demeurent physiologiques ; « C'est ce qui devient compliqué, et sur le stress et sur le physique (...) la transformation physique, ça devient aussi compliqué » (PN007), « J'aime bien bouger et du coup, sur la fin, ne plus rien faire, c'était un peu pénible pour moi » (PN005), « Et quand je suis un peu sentie entravée dans mes mouvements, ça, ça a tendance à m'agacer » (PN015), « Moralement, j'étais fatiguée du fait d'être alitée » (PN016). A cela s'ajoute, essentiellement pour les femmes qui portent leur premier enfant, l'anxiété liée au déroulement et à la finalité de la grossesse, état dont elles ne sont plus les seules maîtresses ; « Le faux travail, ça crée des angoisses (...) il y a l'angoisse de la naissance » prématurée » (PN002), « La fin, c'est plus stressant parce qu'on ne sait pas, on ne sait pas quand il faut y aller, on ne sait pas ce qui est vraiment un signe d'alerte ou pas » (PN007), « Je dirais que c'est compliqué parce que c'est un peu l'inconnu, c'est long. Pendant 9 mois, on se dit que ça passe vite, mais en fait, c'est long, surtout par le fait que c'est le premier parce qu'on ne sait pas ce qui nous attend » (PN007).

Bien que la plupart des mères ait vécu une grossesse physiologique, ces difficultés physiques et parfois psychiques ont tout de même conduit une poignée d'entre elles à conclure que **la grossesse n'était qu'une étape nécessaire** à l'aboutissement de leur projet parental ;

« Après moi, je ne suis pas très bien durant mes grossesses entre guillemets, je ne suis pas très bien, je suis gênée (...) Ce n'est pas toujours facile, moi, je ne suis pas spécialement fait pour ça. J'aime bien l'après, une fois qu'elle est là. Mais la grossesse n'est pas ce que je préfère » (PN015), « c'est bien parce qu'on sait qu'on va donner la vie, mais je n'ai pas forcément apprécié d'être enceinte non » (PN003), « J'idéalisais beaucoup la grossesse, j'avais hâte de tomber enceinte parce que j'adorais les bébés, et là, cette grossesse-là, je l'ai vraiment très mal vécue (...) » (PN017).

3.3.2 Le post partum : entre lune de miel et moments difficiles

Souvent attendue depuis longtemps ; « Très attendue, c'était la petite chouquette très attendue » (PN005), « C'était le premier petit enfant, arrière petit enfant, donc, pour tout le monde, c'était voilà... c'était énorme. Donc forcément, il était très, très attendu » (PN007), « Son frère l'attendait avec grande impatience (...) il était très content et très heureux de revoir sa maman et sa petite sœur qu'il attendait depuis longtemps » (PN022), « C'est mon seul petit garçon, j'ai déjà 3 filles, c'est le petit garçon enfin (PN023)», **la venue au monde du nourrisson est synonyme d'un intense bonheur** pour l'ensemble des parents interrogés ; « On était sur un petit nuage et que tous les trois à la maternité » (PN008), « C'était que de la joie » (PN001), « J'adore ma fille, je suis vraiment très heureuse » (PN015), « Ils sont venus pour Noël, pour le repas, tout le monde était content de le voir, complètement gaga » (PN021), « C'était son cadeau d'anniversaire qu'il avait tant voulu » (PN022).

C'est souvent au **retour à domicile** que **les difficultés** apparaissent. Liées aux **suites de couche, à l'allaitement** ; « Les points et les hémorroïdes, ça a été très compliqué la première semaine, je ne pouvais pas rester debout. Ça a été compliqué physiquement, j'étais fatiguée » (PN013), « Je l'ai allaité (...) l'allaitement c'est quand même très compliqué » (PN005), « J'ai

*arrêté l'allaitement (...) j'ai fait un engorgement et une mastite » (PN013), « On n'est pas forcément en forme, on est un peu épuisé, on n'est pas au top » (PN007), « J'avais besoin de repos total » (PN009), au **nouveau rythme de vie** ; « Il ne fait pas la part des choses entre la nuit et le jour, on a été un peu confronté à ça » (PN001), « Après il y a eu les premières nuits (...) c'était des nuits courtes » (PN002), « Il ne s'habituaient pas à la nuit et la journée, donc au début, c'est un petit peu difficile » (PN010), « Au début, c'est un petit peu compliqué de prendre le rythme et tout ça » (PN014), « Il commence à prendre son rythme aussi, à vraiment se caler sur les heures de biberons, au début, forcément c'est un peu plus délicat » (PN018), à **la nouvelle organisation du quotidien** ; « Combiner les soins du bébé, la logistique de la maison, ce n'est pas facile (...) ce mouvement constant, c'est difficile » (PN007), « Quand, le soir, il fallait donner le sein à L., c'était compliqué quoi, je ne pouvais pas faire les deux » (PN015), « Au départ, il fallait trouver le rythme par rapport à l'école pour C. le matin parce que forcément j'allaite, les tétées ne sont pas forcément calées niveau horaire comme on voudrait » (PN021), « Ce qui est difficile à gérer, ce sont les visites de toute la famille, des amis, de tout le monde veut voir forcément le bébé (...) on a envie que tout le monde le voit, et de l'autre côté, la fatigue, le physique qui n'est pas forcément là (...) donc trouver un juste équilibre dans tout ça, c'est compliqué » (PN007).*

Quelques mères et nourrissons ont présenté un état pathologique dans les jours suivant la naissance ; « J'ai perdu 1,7L et du coup j'ai été hélicoptérée sur Limoges » (PN009), « On est restés 13 jours à l'hôpital parce que M. avait besoin d'oxygène » (PN023), « Elle nous a fait une rectorragie, une allergie aux protéines de lait de vache » (PN013), « On a été hospitalisés en néonatalogie pour qu'elle puisse être traitée pour sa jaunisse » (PN006), « A 3 semaines, il a fait une pyélonéphrite (...) c'était compliqué à gérer (...) c'était stressant, vu qu'il y a eu un surdosage en antibiotique, il y a une surveillance, et on a vu qu'il n'y avait plus assez de globules blancs » (PN019).

A cela s'ajoutent fréquemment les **difficultés d'ordre psychique** ressenties par les mères, que beaucoup expliquent par « la chute d'hormone » ; « *J'ai eu des coups de blues, les hormones au début* » (PN005), « *Avec une chute d'hormones, des hauts et des bas, je pleure beaucoup* » (PN006), parfois favorisées ou entretenues par la mise en place difficile ou la fin précoce de l'allaitement maternel ; « *Je l'ai allaité (...) l'allaitement c'est quand même très compliqué* » (PN005), « *C'était aussi mon souhait pour la première, de pouvoir allaiter. Et puis, les choses ne se passent jamais comme je le souhaiterais* » (PN006), « *Je dirais que ça s'est passé, après ça a été compliqué quand il a fallu prendre la décision d'arrêter l'allaitement* » (PN002). Une poignée de mères évoquent le syndrome dépressif ; « *En rentrant à la maison j'étais en plein baby blues (...) J'avais peur que ce soit la dépression* » (PN008), « *je fais une dépression post-partum* » (PN020).

C'est dans ce contexte que certaines décrivent leur surprise à la découverte de **l'importance des difficultés accompagnant les premières semaines de vie** de leur nouveau-né ; « *Tout concilier d'un coup, c'était très dur* » (PN004), « *Je pense qu'en tant que maman, on ne s'attend pas à ce que ce soit aussi dur* » (PN005).

3.3.3 L'arrivée du nourrisson : un bouleversement du schéma familial

La rencontre avec les enfants aînés, parfois source d'anxiété pour les parents ; « *On avait un petit peu d'appréhension par rapport au grand frère, comme il est petit, on ne voulait pas le mettre de côté* » (PN008), « *Tout s'est joué un petit peu avant la naissance par rapport à ma fille, qui est encore petite, elle n'a que 2 ans (...) je suis tombée en dépression* » (PN020), « *L'organisation au début, ça me faisait peur. Il y a une journée où j'ai dû rester seule avec les deux, c'était la première fois. J'ai un peu angoissé quand même. C'était difficile de se dire,*

*comment je vais coucher L. pendant qu'elle pleure ? » (PN008), reste quelque chose de **vécu positivement** après un temps d'adaptation : « Il y a eu bien 4-5 jours de vraie jalousie, étant donné en plus qu'elle a 6 ans, elle a clairement exprimé « tu es tout le temps avec A., tu ne m'aimes plus », ça a été une semaine un petit peu compliquée » (PN021), « Pour celle de 4 ans, c'était compliqué » (PN019), « Ma fille ça a été très compliqué pour elle. Le fait de devoir partager sa maman, je pense que c'est... Il lui a fallu un temps avant de trouver sa place » (PN020), « Oui, parce que sa sœur avait tendance à le griffer (...) elle a mis un peu du temps avant de pouvoir se canaliser » (PN020), « Mais finalement ça s'est fait tout naturellement, c'est comme si R. avait toujours été là en fait » (PN008), « Rencontre avec ses frères, ils étaient très contents » (PN016), « Une grande sœur qui semble pour l'instant très contente de cette petite sœur » (PN006).*

3.3.4 Découvrir son nourrisson : le début de l'interaction parent-enfant

Après la naissance de leur enfant, certains parents expriment une certaine **angoisse face à la responsabilité de cet être cher** qui leur incombe ; « *Peur qui ne mange pas assez, qui mange trop aussi, parce que finalement, c'est difficile de savoir exactement puisqu'il n'y a pas trop de règles, on fait par rapport au bébé. De savoir vraiment s'il est bien, s'il a ce qu'il faut aussi* » (PN007), « *A la maison j'avais peur, j'étais toute seule, c'est mon premier enfant, de ne pas savoir ses besoins* » (PN017).

Dès les premiers instants, le **cri-pleur** du nourrisson est fréquemment source de **préoccupation** ; « *Première nuit compliquée, il a fallu que les filles viennent chercher le petit parce qu'on n'arrivait pas à gérer les pleurs* » (PN018), « *La première nuit, justement, elle a beaucoup pleuré et elle a demandé le sein toute la nuit. J'étais un petit peu dépassée* » (PN021), « *On ne savait pas trop ce qu'elle voulait, s'il elle voulait manger ou dormir, c'était très*

compliqué au début. Elle sollicitait beaucoup mes bras, elle ne voulait que ça » (PN022), « Quand il pleure, savoir pourquoi il pleure, ça, c'est un peu compliqué (PN007) », « Au début, je n'avais pas trop l'habitude, en fait, il pleurait tout le temps » (PN010), « C'est une personne que je ne connais pas donc quand elle pleure : si elle veut manger, si elle a faim... » (PN017).

Si les premiers temps de la relation parent-enfant ne sont pas nécessairement aisés ; *« Et puis, on ne comprend pas trop ses gestes et ses émotions, on ne se comprenait pas très bien au début » (PN010), l'éveil du nourrisson au monde qui l'entoure avec l'apparition de sourires, bruits et gestes permettent une meilleure interaction. De cette manière, les sentiments de satisfaction du nourrisson ; « Le regard quand on fait la tétée » (PN021), « Il commence à faire beaucoup de sourires » (PN016), « Elle essaye, elle ouvre la bouche, elle tire la langue, on dirait qu'elle a envie de sortir des sons, (...) on sent qu'elle a envie de nous répondre, qu'il y ai un échange » (PN013), « Au son de sa voix parfois, plus ou moins elle me fait reconnaître qu'elle a besoin de moi plus près, ou qu'elle est contente de me voir » (PN022), « Dès qu'il nous voit il agite les mains » (PN004) ou d'insatisfaction ; « Quand il n'a pas envie, il se met à miauler un petit peu, à montrer que ça l'agace » (PN002), « On le sent quand il est agacé, il bougeotte un petit peu de manière à montrer son agacement (PN002)», « Elle me regarde un peu en suppliant de la prendre dans les bras, enfin c'est ce que j'interprète » (PN015) sont compris plus facilement par les parents ; « Maintenant, je reconnais mieux les pleurs et c'est une satisfaction parce que ça permet de s'apaiser un peu soi-même, savoir ce qu'il y a à faire » (PN015) « Je vois qu'elle commence à réagir. Elle commence à faire des petits bruits alors qu'avant pleurait seulement, donc ça devient agréable » (PN021).*

Cet **éveil au monde**, associé à une interaction parent-enfant plus aisée est parfois synonyme, pour les parents, d'une baisse de la fréquence et de l'intensité des pleurs *« Je trouve*

qu'elle pleure moins en ce moment parce qu'elle est plus éveillée et elle dort moins » (PN003), « On en a de moins en moins, peut-être parce que nous, on est plus réactifs aussi étant donné qu'on arrive à les différencier » (PN018), « Je dirais qu'elle pleure moins puisqu'elle arrive maintenant à rester éveillée et à regarder ce qui se passe autour d'elle sans pleurer, alors qu'au départ, elle faisait vraiment que de dormir et pleurer » (PN021).

3.3.5 Synthèse

Si les difficultés liées à la grossesse sont plus ou moins bien acceptées en fonction des mères, les parents sont, de façon unanime, marqués par le bouleversement de la vie quotidienne qu'accompagne la naissance d'un enfant. Le retour à domicile est parfois emprunt à une certaine anxiété parentale, puis les choses s'apaisent et la relation parent-enfant se met en place de façon plus aisée lorsque le nourrisson s'éveille au monde.

3.4 Le pleur du nourrisson : interprétations, ressentis et réactions

3.4.1 Physiologique ou organique ?

Lorsqu'on étudie le rythme des pleurs inexplicés décrits par les parents, on remarque que dans une grande majorité des cas, les épisodes de pleurs inexplicés **surviennent le soir** entre 18h et 22h ; *« C'est vrai que dès qu'on la pose le soir c'est compliqué » (PN003), « Le créneau 19 heures-22 heures (...) le moment où le soleil se couche, la lumière se couche » (PN013), « Vers 19 heures, elle va pleurer, même si elle a les fesses propres, même si elle a mangé » (PN021), « C'est à la fin de la journée, quand la nuit tombe (...) c'est vrai que c'est un moment pour lui, qui est source de cris, de pleurs » (PN007), « Sur le créneau de 19-20h il va avoir des pleurs qui vont durer plus longtemps et qui vont être assez intenses, quoi. On est*

incapable de communiquer à côté d'elle, quand elle pleure très fort » (PN006). De même, lorsqu'on étudie l'évolution des pleurs depuis la naissance, une majorité des parents rapporte la notion d'un pic généralement situé aux alentours de la quatrième semaine de vie ; « Elle a eu un pic il n'y a pas loin d'un mois où elle a eu des pics de pleurs constants. (...) ne pas savoir expliquer si c'était faim, dormir, mal au ventre parce qu'elle avait trop mangé ou parce qu'elle est malade ou constipée. On ne savait pas, c'était très, très compliqué » (PN022), « Il y a même un soir où pendant 4h, enfin pas pendant 4h d'affilé, on arrivait à la calmer, elle se calmait un petit peu puis elle pleurait plus fort » (PN008).

Malgré une distribution et une évolution bien définie du phénomène, rares sont les pleurs qui restent sans interprétation. « Si elle pleure c'est forcément qu'il y a quelque chose (PN003) », « Il pleure pour une raison : sein, sommeil, soit il a mal quelque part » (PN010), « Pour moi, il y a quelque chose. Pour moi et mon bébé, il ne pleure pas pour rien » (PN012). La quasi-totalité de l'échantillon explique les pleurs de leur nourrisson par l'expression d'un **besoin**, en tête de liste, et souvent énoncés dans le même ordre, la faim, l'inconfort d'une couche souillée, le besoin de sommeil.

Lorsqu'on va plus loin en demandant s'il est arrivé que leur nourrisson poursuive ses pleurs, le ventre plein et la couche propre, beaucoup le reconnaissent néanmoins. Ces pleurs, sont alors expliqués en majorité par un **inconfort** ; « C'est vrai que quand il pleure, on se dit qu'il a besoin de quelque chose qu'il n'est pas bien » (PN007), « On a remarqué qu'elle pleurait parce qu'elle en avait marre d'être posée depuis trop longtemps, toute seule à un même endroit » (PN003), « Des choses comme ça qui l'empêchent de vraiment se reposer » (PN007), « Quelque chose qui la gêne souvent je dirais, quand il y a quelque chose qui ne va pas » (PN008), « On sent qu'il n'est pas bien, on voit qu'il est mal » (PN016), par la **douleur** ; « S'il

*n'a pas fait caca dans la journée, on se dit que peut-être il a un peu mal au ventre » (PN001), « On l'interprétait comme de la douleur » (PN015), « Ça s'arrêtait, ça reprenait, ça s'arrêtait, ça reprenait, (...) il avait mal » (PN002), « J'ai du mal à accepter ces pleurs qui durent, qui sont forts (...) on sent qu'il est vraiment mal » (PN007), « S'il montait en intensité, ça voulait dire qu'il était douloureux » (PN020), « Ça peut être la maladie, ils ne sont pas bien au niveau gastrique ou intestinal, ou une poussée de fièvre ou dentaire » (PN022). De façon plus rare, le pleur inexpliqué du nourrisson âgé de 4 mois ou moins reste encore synonyme de **mauvaise habitude** ; « Je ne sais pas si ce sont des caprices, mais quand elle commence à pleurer et que je la laisse pleurer, elle se calme toute seule » (PN017), « C'étaient plus des pleurs de caprice » (PN022), « Si on ne lui donne pas ce qu'il veut, il va facilement faire son caprice » (PN002). Dans ce contexte, la décroissance des pleurs au moment de la réalisation des entretiens est source de satisfaction ; « Maintenant, il est très sage » (PN010), « Il est sage, je suis tranquille » (PN012).*

L'étiologie physiologique est évoquée par certains parents. Pour la majorité d'entre eux, les pleurs inexplicés sont nommés pleurs du soir, **synonyme de décharge** des tensions liées aux évènements vécus dans la journée ; « Ce que j'appelle un peu les pleurs de décharge en fin de journée, il faut évacuer » (PN006), « Il y a quelquefois, on se rend compte qu'il pleure parce que, peut-être il a besoin de décharger un peu » (PN007), « Des jours, on a fait des choses un peu différentes de d'habitude, où on change de contexte, d'atmosphère, de senteur, parce qu'il y a du vent (...) je pense qu'elle est assez sensible à ça, disons, il a des pleurs de décharge » (PN015), « Le soir, on voit qu'il décharge, donc c'est sa manière de vider, je pense ses émotions, le trop plein de tout ça » (PN007), « Souvent en fin de journée, où là, il décompressait, je pense de sa journée » (PN018), « C'était normal puisque généralement, le soir, c'est là où tout se calme et c'est là où tout redescend dans leur stress, tout ça » (PN005).

Dans une minorité des cas, le pleur inexpliqué fait **partie intégrante du développement du nourrisson** ; « *il faut qu'elle pleure* » (PN008), « *C'étaient juste des pleurs qu'il fallait accompagner, mais il n'avait pas forcément de raison, il n'avait pas chaud, pas froid, il avait mangé, c'étaient juste des pleurs inexplicés* » (PN008), « *Là je sais du coup qu'il n'y a parfois rien à faire, juste faire des câlins et attendre* » (PN016), « *Un enfant qui ne pleure pas c'est plutôt inquiétant* » (PN009).

La majorité des parents remarque **une variation des pleurs en fonction de l'interlocuteur** ; « *Avec moi, ça va durer moins longtemps que si c'est papa ou quelqu'un de l'extérieur* » (PN021), « *Je pense que la maman a quand même cette place centrale, je la rassure quand même sans doute* » (PN06), « *Avec son père, ses cris sont plus intenses et sont plus forts, le son est plus fort et résonne plus facilement que quand elle est avec moi* » (PN022), « *J'avais l'impression, quand d'autres personnes la prenaient, que si elle pleurait déjà, oui elle pleurait encore un peu plus fort* » (PN017), « *Quand c'est moi il se calme plus vite quand même, que quand c'est son père* » (PN014), « *Elle voulait peut-être simplement pleurer plus dans mes bras que dans les bras de son père, (...) on sent la différence* » (PN008), « *Son papa a tendance à me dire « moi il ne m'aime pas autant », c'est quelque chose qui passe comme ça sur l'humour, mais finalement, c'est vrai qu'il y a quelquefois où il hurle, il crie, il est inconsolable, si j'arrive et je le prends dans les bras, c'est fini* » (PN007), « *La maman est c'est vraiment la personne ressource* » (PN007).

3.4.2 Le ressenti parental : variations multiples entre nervosité et sérénité

Le pleur persistant de façon inexplicée est source de réactions multiples, en lien avec l'interprétation qui en est faite. Au cours des entretiens, certains sentiments prédominent.

L'incompréhension est le sentiment qui domine ; « *C'est plein de questions qu'on se pose* » (PN001), « *C'est très difficile pour tous les deux, parce que justement, on se demande de quoi il a besoin* » (PN009), « *C'est ce qui est compliqué, c'est de savoir exactement ce qu'il y a, ce qui se passe* » (PN015), « *Quand ça dure qu'on a fait le tour, il a mangé, la couche propre, il n'a pas froid, il est dans nos bras et il continue malgré tout à pleurer... Là, ça devient difficile parce qu'on se dit qu'on a fait toutes les hypothèses possibles de ce qui pouvait le rendre mal* » (PN007), « *On veut le coucher, il se met encore plus à pleurer, qu'est-ce qu'il se passe ?* » (PN018), « *A essayer toutes les méthodes alors qu'il n'y avait rien qui pouvait la soulager, combler ce qui lui manquait. Est-ce que c'était une odeur, une voix ou est-ce que c'était un sommeil qui lui manquait ? On ne sait pas* » (PN022). **Dans le même registre, les parents expriment leur sentiment d'impuissance** ; « *On ne sait pas comment le soulager* » (PN019), « *J'étais un petit peu dépassée* » (PN021), « *Mais c'est frustrant de se dire qu'on ne peut rien faire* » (PN015), « *C'est de l'impuissance, pour nous, quand on n'a pas réussi à analyser, qu'il a mangé, que ce n'est pas ça* » (PN018), « *Je sais que j'étais désemparée, j'aurais pleuré avec lui* » (PN008), « *C'est très dur moi d'entendre ma fille pleurer, mais vraiment hurler sans pouvoir rien faire* » (PN015).

L'anxiété, ressentie chez certains ; « *C'est stressant* » (PN001), « *C'est beaucoup de stress* » (PN007), « *Je paniquais parce que je n'arrivais pas à la calmer* » (PN013), « *Ça me stressait aussi, de ne pas savoir pourquoi il pleurait* » (PN018), « *Il y a les pleurs qui font que c'est très stressant* » (PN015), « *Il avait tendance à stresser, de ne pas savoir pourquoi, M. pleurait* » (PN016), « *S'il pleure beaucoup moi aussi je suis un petit peu stressée* » (PN023) les amène à remettre en cause la notion de normalité des pleurs auxquels ils doivent faire face ; « *Où est la limite en fait, où est-ce que c'est normal ? Peut-être qu'elle a mal quelque part, est-ce qu'il y a d'autres choses auxquelles penser, peut-être que ce ne sont pas juste des pleurs de*

bébé qui exprime la fatigue ou la faim » (PN006), « À un moment on arrivait à se dire, est-ce qu'il ne faut pas qu'on parte aux urgences ? Il faut qu'on appelle un médecin parce qu'il y a quelque chose ? » (PN006).

En réaction à la persistance inexplicée des pleurs, le **sentiment douloureux** est également exprimé ; *« Vraiment, ça me fait mal au cœur » (PN004), « Ça fait mal de voir son enfant pleurer » (PN013), « Ces pleurs-là me donnent très chaud, j'ai une montée de chaleur et ça me fait mal au cœur » (PN014), « Comme toutes les mamans, ça me fait mal » (PN019), « Moi, je ne suis pas bien (...) quand mes enfants pleurent sur le long terme. Ça me rend malade, en fait, je ne peux pas voir mes enfants pleurer » (PN020). Pour quelques parents, une **tristesse** est ressentie ; *« Je suis triste, j'ai mal au cœur, s'il pleure beaucoup » (PN023), « La tristesse d'entendre mon bébé pleurer parce qu'il y a quelque chose » (PN004), « Ça me rend triste » (PN014), « J'en ai pleuré parce que je ne savais pas trop ce qu'elle avait, elle ne faisait que de pleurer, pleurer » (PN017). La notion de **culpabilité** est dans une proportion plus minime, également évoquée ; *« Je me sentais tout le temps coupable » (PN021), « Je culpabilise parce que je n'arrive pas à apaiser mon bébé » (PN015).***

Enfin, observons que deux sentiments contraires ; **nervosité** et **sérénité** sont relevés dans quasiment les mêmes proportions. Bien qu'ils soient interprétés par la plupart des parents, la persistance des pleurs du nourrisson demeure difficile à supporter, pouvant conduire à l'état de **nervosité** ; *« Et puis, bien sûr, à un moment donné, il y a de la fatigue et de l'énerverment » (PN015), « Sur le moment ça énerve parce qu'on ne sait pas pourquoi il pleure et qu'il s'énerve » (PN014), voire d'exaspération « Je ne vais pas perdre patience mais dire « mais pff mais qu'est-ce qu'il y a ? » (PN008), « À bout de nerfs » (PN022), « Quelquefois, c'est vrai que c'est chiant, on ne va pas se mentir, parfois on en a marre, on se dit « ça va encore durer*

longtemps ? » » (PN008), « J'ai du mal à accepter ces pleurs qui durent (...) j'ai besoin de le laisser à papa et de sortir » (PN007) « On en a un peu assez, qu'on se dit « oh lala, à quel moment ça va cesser ces pleurs-là ? » (PN006). Le syndrome du bébé secoué est évoqué ; « Et justement je pense que ça relie un petit peu avec le phénomène du bébé secoué. En fait, je sais que j'ai beaucoup de personnes qui me disaient que quand leur bébé hurlait, ils étaient vraiment au bord de leur faire du mal » (PN0014). À l'inverse, la sensibilisation aux notions de physiopathologie, permettent à certains parents de traverser ce moment de façon plutôt sereine ; « Tranquille, on essaye de la calmer, on sait qu'au bout d'un moment ça va passer », « Je sais que ça passe à un moment elle arrive à s'apaiser » (PN005), « Je sais que les pleurs de décharge du soir, ils ne vont pas forcément mal ou quoi, donc il faut juste les accompagner » (PN008), « Mais maintenant, il sait que c'est normal, ça arrive, il est beaucoup plus serein » (PN016), « Je suis plus apaisée » (PN021), « J'ai fini par me dire que c'était son besoin à elle aussi de... sur la journée, j'en ai marre, je pleure » (PN021).

3.4.3 L'impact de l'entourage

Une partie des parents déclare pouvoir bénéficier d'un **entourage bienveillant**, en accord avec leurs convictions, soutenant lorsqu'il s'agit d'accompagner leur nourrisson durant ses épisodes de pleurs ; « Ils essayent de l'apaiser » (PN015), « Ils respectent notre choix », « Les grands parents nous proposaient assez volontiers de prendre le relais « passes la moi, je vais un peu la bercer » » (PN006), « Ils s'impliquent beaucoup, ils le prennent » (PN007), « Ils avaient de la peine, ils étaient très empathiques » (PN008), « Dans l'entourage proche, qu'on voit assez souvent, ils essayent de l'apaiser » (PN015), « Et mon entourage, mes parents, ma sœur, dès qu'il pleure un petit peu, n'ont pas de mal à y aller et à prendre le relais, essayer de le calmer » (PN007).

A contrario, une proportion équivalente de parents déclare devoir faire **face aux injonctions de leur entourage** lorsque leur nourrisson pleure ; « *C'est vrai que la famille a du mal à comprendre pourquoi la petite pleure souvent et beaucoup* » (PN022), « *Il y a toujours les conseils « il faut les laisser pleurer »»* (PN006), « *En général, on me dit « mais lasses-la, elle a besoin de pleurer, elle fait ses poumons »»* (PN021), « *Les conseils de certaines personnes, ça peut être de laisser son enfant pleurer* » (PN009), « *Parfois mon père crie plus fort qu'elle donc je ne pense pas que ce soit une bonne solution pour l'apaiser* » (PN015), « *C'est difficile, on a beaucoup entendu dire (...) : un bébé, ça peut pleurer, ce n'est pas dramatique, il faut le laisser, pas le prendre tout de suite* » (PN007), « *Sa grand-mère voudrait qu'on le laisse pleurer* » (PN019), « *Elle a tendance à parler plus fort qu'elle, c'est un réflexe je crois, c'est un peu l'escalade, je ne suis pas sûre que ce soit très apaisant* » (PN015). Ces remarques, conseils, entraînent chez certains une remise en cause de leur parentalité, nourrissant la sensation d'isolement et de dévalorisation engendrés par la persistance des pleurs de façon inexplicquée malgré les mesures entreprises ; « *Il y a aussi mon père qui fait beaucoup d'injonction sur la façon d'éduquer les enfants, et ça, ça me stresse beaucoup parce que je n'ai pas envie d'être dépossédée de ça* » (PN015).

3.4.4 La réponse parentale

Face aux pleurs inexplicqués de leur nouveau-né, bien que leur vécu soit souvent difficile, l'étayage familial parfois insuffisant, la majorité des parents cherche à **accompagner leur tout-petit**. Si certains restent plutôt passifs ; « *J'attends que ça passe avec elle* » (PN008), « *Quand il pleure juste une caresse* » (PN007), la plupart cherche à **apaiser, soulager** son nourrisson ; « *Je la berce contre moi* » (PN006), « *Je la porte et lui mets la tétine* » (PN017), « *Parfois on le sort ou on le berce jusqu'à ce qu'il arrête de pleurer* » (PN001), « *Et puis ce sont des caresses, beaucoup de caresses et de bisous* » (PN007). À la lecture des récits, le contact

physique semble prédominant dans la manière d'apaiser le nouveau-né qui pleure. Lorsque les bras sont fatigués, ou même sans que cela ne soit le cas, le portage, permettant de maintenir un contact physique avec son nourrisson, en conservant la liberté de ses bras est une option particulièrement appréciée des parents et de leur nouveau-né ; « *Si je sens que j'ai une grosse fatigue au niveau des bras, je le mets en écharpe, et je marche une heure s'il faut* » (PN009), « *On le met beaucoup en écharpe, que ce soit moi ou mon mari quand il rentre du travail, on sait que ça l'aide bien* » (PN009), « *Et puis j'ai toujours fait du portage avec mes enfants, toujours* » (PN020). Si le portage à bras ou en écharpe peut suffire à certains nourrissons, d'autres parents jugent qu'un contact plus intime est nécessaire à l'apaisement de leur nouveau-né ; « *Parfois quand on y arrive et qu'elle le veut bien on essaye de mettre sa tête contre notre cœur* » (PN008), « *Il y a des moments où il pleurait beaucoup, et j'ai fait du peau à peau aussi, quand il était petit, quand il n'y avait rien qui fonctionnait. Et ça, c'était radical, il s'arrêtait tout de suite* » (PN009), « *Comme je l'allait, il y a beaucoup de tété-câlin quand il a besoin l'après-midi et le soir, juste ça, ça lui suffit* » (PN020), « *Quand il pleure, je le prends, puis je me mets à dormir avec moi* » (PN019). Le sens auditif du nourrisson est également sollicité, pour l'amener à l'apaisement ; « *Au début on chantait, ça la calmait* » (PN008), « *Je vais lui faire écouter la musique* » (PN010), « *Parfois on met des bruits blancs, on a remarqué que le bruit de l'aspirateur ça calmait un petit peu ses pleurs* » (PN008), ou dans quelques cas, pour lui notifier la présence de ses parents, l'autorisant à poursuivre ses pleurs ; « *Je lui parlais en lui disant que tout allait bien et que ça allait passer* » (PN021), « *J'essaie de lui parler, de la rassurer (...) en lui chuchotant que je suis là* » (PN021), « *Je lui disais tu peux pleurer, ce n'est pas grave* » (PN005), « *Il reste systématiquement dans nos bras, que ce soit en portage ou peu importe et on lui dit qu'on est là, on lui parle, on lui explique et que s'il a besoin et bien qu'il pleure, il pleure le temps qu'il a besoin* » (PN009).

Et lorsqu'aucune des méthodes choisies initialement ne s'avère efficace pour tarir les pleurs de leur nourrisson, les parents sont parfois amenés à utiliser d'autres méthodes, lors de l'épisode de pleurs, ou par anticipation ; « *On essaye un peu toutes les méthodes qu'on peut avoir autour de soi* » (PN013), « *Ce qui marchait plutôt pas mal c'était la bouillote* » (PN003), « *Je lui fais énormément, les massages, les postures sur l'avant-bras, je la porte en écharpe pour essayer de la soulager aussi pour qu'elle puisse trouver son sommeil* » (PN013), « *Je sais que le soir, j'essaye de lui faire un bain, je me dis que ça lui permet de se détendre, au niveau de l'estomac, des intestins et tout, que ça puisse l'aider. Ça lui permet de se détendre et d'être au chaud* » (PN013). Enfin, souvent en lien avec l'interprétation pathologique des pleurs, une poignée de parents se tourne vers la réponse **médicamenteuse** ; « *A partir de ces trois mois, on lui a donné aussi du julep gommeux* » (PN015), « *On a parfois quelques trucs qu'on lui donne, (...) on lui donne un peu de ce qu'on nous a prescrit* » (PN001), « *Je l'ai mis sous polysiane* » (PN020).

Quelle que soit la manière de faire, beaucoup relèvent l'importance de la **possibilité d'un relais**, conscients que leur état psychique peut influencer sur leur capacité à accompagner les pleurs de leur nourrisson ; « *On alterne, un coup les bras de son papa, un coup dans mes bras* » (PN018), « *En général c'est moi qui prends le relais* » (PN020), « *Quand il y en a un qui n'en peut plus, il donne à l'autre et on prend le relais parce qu'on a remarqué que plus, nous, on est stressé et on a la pression (...), plus lui s'énerve aussi* » (PN007), « *Et puis, et puis quand vraiment quand je suis toute seule et que je sens que je n'arrive pas à la calmer, ça m'arrive aussi de la poser toute seule, en sécurité dans un coin et de lui dire « la O., je ne suis peut-être pas la meilleure personne pour se rassurer » »* (PN006), « *On n'a pas de mal à le poser, à dire moi, j'arrête parce que je peux plus et que je n'arrivais pas à le calmer puisque je suis moi-même énervé* » (PN007). En ce sens l'impossibilité de relais peut également s'avérer une source

supplémentaire d'anxiété ; « *J'étais seule à la maternité, le papa n'était pas là pour me soutenir moralement et physiquement. Moralement, ça a été plutôt dur les nuits et jours avec elle* » (PN022), « *A la maison j'avais peur, j'étais toute seule, c'est mon premier enfant* » (PN017).

Une partie des parents juge quant à elle, nécessaire de **laisser leur enfant pleurer seul**, pensant que le nourrisson cherche son sommeil ; « *Mais c'est vrai que la nuit, on essaye plus de la laisser se rendormir toute seule* » (PN003), « *Quand elle pleure, qu'elle ne veut pas se rendormir après un biberon, on va la laisser pleurer* » (PN003), « *Besoin de peut-être se calmer elle toute seule* » (PN006), ou parce que le quotidien prend parfois le dessus ; « *Et puis après, il y a quelques fois où ce n'est pas possible parce que j'ai d'autres choses à m'occuper, (...) je veux faire du ménage, et puis donner à manger à mon chien ou mon chat* » (PN010), « *Il a fallu lui faire comprendre que maman était seule et que maman ne pouvait pas avoir que les bras à lui consacrer et qu'il y avait aussi le grand frère à s'occuper* » (PN022), « *Je l'enfermais dans une pièce avec son couffin, je la mettais dans une pièce bien couverte et tout, et je la laissais pleurer, pour laisser dormir son frère aussi, parce que sinon elle empêchait son frère de dormir* » (PN022), parfois malgré l'insistance du nourrisson ; « *Et ça pouvait durer 2-3h comme ça, à pleurer constamment* » (PN022) ou parce que le pleur inexpliqué du nourrisson est encore parfois synonyme de mauvaise habitude à laquelle il faut remédier ; « *Si je lui donne à manger, un câlin et qu'il pleure encore, je vais le laisser pleurer un peu* » (PN010), « *Il l'a laissé 45 minutes, quand il a commencé à ne plus l'entendre, il est allé la voir et elle s'est remise à pleurer constamment donc il l'a reposé dans son lit* » (PN022), « *Je ne sais pas si ce sont des caprices, mais quand elle commence à pleurer et que je la laisse pleurer, elle se calme toute seule* » (PN017). Laisser pleurer son nourrisson reste néanmoins source de culpabilité pour le parent s'il ne cautionne pas cette manière de réagir « *Si j'essaye de ne pas aller la chercher, je me sens coupable* » (PN021).

3.4.5 Synthèse

Le pleur du nourrisson ne reste que rarement sans interprétation. Il est synonyme de l'expression d'un besoin qu'il faut combler pour la majorité des parents. S'il persiste, les notions d'inconfort, de douleur, ou de mauvaise habitude sont citées. Lorsque l'étiologie physiologique est évoquée, elle est expliquée par la nécessité de libération des tensions accumulées dans la journée. La notion du pleur comme étape du développement psychomoteur du nourrisson est évoquée par une poignée de parents.

En réaction, les sentiments d'incompréhension, impuissance, anxiété et douleur parentales dominant à la lecture des récits. La persistance des pleurs peut conduire à une certaine nervosité, voire exaspération, le syndrome du bébé secoué est évoqué. La sensibilisation aux notions de physiopathologie semble aider les parents. En effet ceux qui en ont reçu se décrivent plus sereins face aux pleurs de leur nourrisson.

Lorsque l'entourage intervient, les conseils de maternage proximal ou distal sont dispensés dans les mêmes proportions auprès des parents. Néanmoins, lorsqu'elles sont dispensées par l'entourage, les injonctions contribuent à nourrir le sentiment de mise en échec parental.

En réponse, la majorité des parents s'évertue à accompagner les pleurs, cherchant l'apaisement, le soulagement du nourrisson. Une poignée de parents autorise verbalement leur nourrisson à poursuivre l'expression de ses pleurs. Dans certaines familles, le nourrisson lorsqu'il pleure est mis à l'écart, pour qu'il puisse trouver son sommeil seul, par manque de temps ou pour contrer la mise en place d'une mauvaise habitude.

3.5 L'influence des soignants dans la gestion des pleurs

3.5.1 Une préparation à la parentalité appréciée mais inégale dans la gestion des pleurs

La majorité des parents apprécie avoir pu bénéficier d'une **préparation à la parentalité** dispensée par la sage-femme au cours de la grossesse. Les femmes se sentent accompagnées, « maternées ». De nombreux sujets sont évoqués, certains conseils sont décrits comme pratiques, d'autres plus délicats, personnels, en lien direct avec l'environnement familial en place ou en devenir ; « *On nous explique un peu tout le processus (...) comment elle va sortir ? Qu'est-ce qu'il faudra faire ? Le nombre de biberons, comment il faut les faire ? Plein de choses quoi* » (PN003), « *Elle nous a fait beaucoup, beaucoup de rappels sur tout ce qu'il fallait faire, comment il fallait mettre en place un rythme pour la petite* » (PN017), « *Ma sage-femme m'a beaucoup aidé (...) j'ai eu beaucoup de réponses avant d'accoucher grâce à elle* » (PN014), « *On est vachement bien la pendant la grossesse avec les cours de préparation où on peut poser toutes les questions qu'on veut* » (PN004), « *Pendant la grossesse on a été très bien accompagné, on a été rassuré, on a reçu certains conseils pour pouvoir gérer aussi avec le plus grand* » (PN002), « *On avait une séance sur : « passer de 3 à 4 » (...) j'ai pu parler de mes angoisses, j'avais très peur de mettre L. de côté, (...) de faire une dépression* » (PN008). Au cours de ces entretiens, quelques parents ont échangé avec le soignant **autour de la question des pleurs**, dans une majorité des cas le sujet était à l'initiative du soignant ; « *Avant que S. ne naisse, la sage-femme nous en avait parlé* » (PN001), « *Ma sage-femme m'avait dit qu'un bébé avait tendance à pleurer 3h par jour* » (PN020), « *Un peu, mais c'était sous forme de question-réponse. Ce que la sage-femme nous avait dit, c'est que si elle pleurait c'est qu'il y avait forcément quelque chose et qui ne fallait pas la laisser pleurer* » (PN003), « *Elle a essayé de savoir comment nous, on allait réagir face à ça, et de nous rassurer en se disant que ce n'est pas quelque chose de dramatique (...) elle nous a bien préparé là-dessus* » (PN007), « *La sage-femme en préparation a vraiment beaucoup insisté sur le fait qu'il faut que ça pleure un bébé* »

(PN007). Dans une proportion plus minime, ce sont les parents qui abordaient le sujet ; « On a posé des questions, je ne saurais vous dire lesquelles mais on a échangé sur ce sujet-là, et abordé comment les gérer » (PN002), « Avec ma sage-femme, quand on a parlé de passer de 3 à 4, ça faisait partie de mes questions, comment je vais faire quand elle va pleurer ? » (PN008).

3.5.2 Le rôle des soignants en période péri natale

Au cours de leur séjour à la maternité, dans les jours qui suivent la naissance, la majorité des parents déclare avoir apprécié l'accompagnement dont ils ont pu bénéficier grâce l'équipe soignante sur place ; « Ils sont à l'écoute, dès qu'on les appelle ou qu'on a une question, ils nous répondent » (PN003), « Dès que j'avais des questions, elles étaient là présentes pour moi, même en pleine nuit » PN004, « Il y avait un sage-femme, qui a été parfait, très encourageant » (PN006), « Les sage-femme sont venues me parler, les auxiliaires aussi. Vraiment, tout le monde était très à l'écoute » (PN008), « Elles m'expliquaient tout, je posais des questions et j'avais mes réponses » (PN013), « Ils m'ont donné pas mal de conseils, même si je n'avais pas de questions ils ont été très présents » (PN016). Si elle était abordée au cours du séjour à la maternité, **la question des pleurs** restait anecdotique ; « Les filles de la maternité m'en avaient peut-être parlé aussi. Mais en nous expliquant que de toute façon, ça arrivait régulièrement chez les nouveaux nés » (PN018), « Par rapport aux pleurs, à la maternité on ne nous explique pas vraiment » (PN020).

C'est au retour à domicile que ce suivi rapproché si apprécié s'estompe. Cette période étant source de diverses difficultés liées à l'entrée dans la parentalité, la majorité des parents souligne une sensation de manque à un moment où le **besoin de soutien** apparaît primordial ; « À peu près trois semaines, au moment où on a beaucoup moins de suivi, où finalement, on se retrouve vraiment seul » (PN007), « On est vite relâché dans la nature, quand on sort de la

maternité, on a une visite de la sage-femme et après voilà quoi, c'est vague, vraiment vague » (PN004), « Ça va bien à la maternité mais c'est vrai que c'est souvent au retour à la maison ou au changement d'environnement pour bébé, c'est là où les pleurs commencent à se faire » (PN020), « C'est plutôt sur le coup où j'aurais bien aimé un peu plus de soutien, en fait » (PN015). C'est dans ce contexte que certains parents expriment leur souhait d'être mieux informés en amont sur les difficultés liées à l'accueil de leur nouveau-né ; « C'est quelque chose qui peut manquer, cette préparation à... en même temps on ne peut pas être préparé à autant de fatigue, de stress parfois. C'est un aspect qui peut, peut-être manquer » (PN006), « Un manque d'information sur tout ce qui est allaitement et surtout sur le après l'accouchement, le post partum, on n'a pas assez d'informations je trouve » (PN004), « J'aurais aimé être conseillée un peu plus » (PN016).

Enfin, plusieurs parents rapportent l'intervention d'auxiliaires de puériculture à leur domicile au cours des premières semaines de vie de leur nourrisson. Chaque parent ayant pu bénéficier de ces visites organisées par la PMI en est satisfait ; « J'ai eu la visite la deuxième semaine de différentes personnes de la PMI, donc c'était plutôt pas mal de monde, pas mal de professionnels » (PN006), « Je ne me suis pas sentie isolée, j'ai eu la puéricultrice de la PMI qui nous rendait visite chaque semaine » (PN010). **La question des pleurs** n'est pas abordée de façon systématique au cours de ces visites, mais la disponibilité des intervenants dans un temps différent des visites médicales, permettent une réponse au **besoin de réassurance** des parents ; « On a eu la PMI qui est venue (...) c'était quelque chose de bien (...) pour nous rassurer, poser des petites questions sur n'importe quoi, (...), il y a des petites choses, on ne sait pas trop ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire, (...) pour toutes ces questions-là, c'est vrai que c'est un bon recours, la PMI. Je ne savais pas si j'allais y faire appel, finalement, ils sont venus d'eux-mêmes en nous proposant un rendez-vous » (PN007), et leur soutien ; « J'avais l'infirmière de la PMI qui passait à la maison pour venir vérifier que tout allait bien

(...) je pense que..., le fait que les auxiliaires me disent de me faire confiance, elles me donnaient juste confiance en moi, me permettait de me déculpabiliser, de relativiser » (PN017).

3.5.3 La place du pleur au cours du suivi médical

En majorité, les parents interrogés ont fait le choix de confier le suivi médical de leur nourrisson au médecin généraliste. Dans des proportions plus faibles, le suivi était confié au médecin généraliste et au médecin de PMI, en alternance, ou bien au médecin généraliste et au pédiatre, également en alternance.

Les familles sont majoritairement satisfaites du suivi médical apporté ; *« On a des Rdv à chaque fois et quand on a des questions, on nous répond » (PN001), « Les rendez-vous aux 15 jours de l'enfant avec le docteur et après c'est tous les mois donc ça permet d'avoir un suivi très régulier. Et puis s'il y a quelque chose qui ne va pas, elle pourra s'en rendre compte très rapidement » (PN003), « Le médecin a su me répondre et me rassurer à chaque fois » (PN018), « C'était bien, parce que le médecin me rassurait et m'expliquait s'il y avait des choses que je n'avais pas comprises, pour moi c'est important » (PN012).* Au cours du suivi, une poignée d'entre elles relèvent que les notions de pleur du nourrisson ou d'état d'esprit parental, sont **abordées de façon spontanée** par le médecin suivant l'enfant : *« La docteure, très présente, aussi bien présente pour M. que pour moi, c'est vrai qu'on n'y pense pas souvent, mais à chaque fois que j'y vais elle me demande comment je vais moi aussi, donc ça fait du bien. On sait que même si on n'a pas besoin, elle est là, c'est vraiment très, très bien » (PN016), « Je pense qu'à chaque rendez-vous chez le médecin, on me demande si ça va au niveau des pleurs » (PN009), « Avec le docteur oui, on a parlé un petit peu de ses pleurs » (PN014).* Le médecin restant un interlocuteur de référence, s'il n'aborde pas spontanément la question, les familles font la démarche de l'interroger sur le sujet, la plupart du temps au cours **d'une consultation dédiée** à ce motif ; *« On s'est demandé s'il avait un problème particulier, il ne dormait pas, les pleurs*

étaient très forts, il n'avait pas faim (...) donc c'est pour ça qu'on est allés voir le médecin » (PN009), « Un dimanche il avait très peu dormi, le lundi il n'avait pas du tout dormi donc je l'ai emmené chez le docteur parce que je sentais qu'il y avait quelque chose qui le gênait en fait » (PN020), « Oui, mais c'est moi qui ai demandé au docteur comme je reprenais le travail. Si elle pleurait, comment il fallait faire ? » (PN011), « Je vais consulter un pédiatre quand même là, (...), justement, par rapport à ses pleurs » (PN015).

Dans la majorité des cas, la réponse médicale face aux pleurs évoque la **notion de physiologie** et invoque la patience ; *« Un bébé qui pleure, il faut que ça pleure, elle nous a bien préparé là-dessus, qu'il ne faut pas rentrer dans des états de panique et de stress parce que, justement, c'est la communication avec le bébé qui le rend encore plus énervé » (PN007), « Le médecin a su me répondre et me rassurer à chaque fois en me disant que chaque enfant évolue à sa façon, donc il faut essayer d'être à son écoute, mais que d'une façon ou d'une autre, paniquer ne servira à rien... » (PN018), « On nous dit « il faut de la patience madame, c'est de la patience » » (PN015), « Du temps, il faut prendre son mal en patience, des conseils assez sages (...) que j'apprendrai à les reconnaître et les différencier qu'il fallait du temps » (PN022), permettant majoritairement la réassurance des parents ; « Les médecins nous avaient prévenu que ça se passerait comme ça. Du coup, je n'ai pas de crainte » (PN003), « Ça nous rassure et c'est vrai » (PN007), « On le sait, je dirais par l'entourage, mais le fait que ce soit rappelé par les médecins, oui, c'est bien, ça aide » (PN009), « C'est rassurant de se dire que ce n'est pas que de notre faute » (PN015). Dans une proportion plus minime, **la pathologie** est évoquée et une solution médicamenteuse est proposée ; *« Comme je lui avais parlé du fait que R. avait peut-être un reflux (...) Elle m'avait prescrit du Gaviscon, pour voir si ça limitait ses reflux » (PN008), « Elle nous a donné le Julep Gommeux (...) elle me disait, si effectivement, ça ne s'apaise pas, on pourra consulter un pédiatre ou un avis extérieur » (PN015), « Il l'a ausculté**

et il m'a dit qu'il était bourré de gaz. Il avait énormément de gaz à évacuer. Donc je l'ai mis sous polysiane » (PN020).

Après une préparation à la parentalité appréciée, un suivi médical rapproché, et malgré parfois des consultations multiples auprès d'intervenants différents « *On a consulté pas mal, avec elle, j'ai consulté pas mal de monde » (PN015), certains parents ne se satisfont pas des conseils apportés, de la manière avec laquelle le sujet est abordé ; « Ce sont juste des brides d'information, mais on ne rentre pas dans le détail » (PN013), « J'ai un peu l'impression que tout le monde sait, que ça coule de source qu'un bébé pleure. Mais personne, on ne m'a jamais demandé d'analyser, là, par exemple, comme on l'a fait ensemble, les pleurs, (...) C'est quelque chose que je n'ai jamais abordé avec eux, avec un soignant, en tout cas » (PN006), « Les conseils, je les écoute bien-sûr, mais après sur le moment, j'essaie de faire ce que je pense être bien » (PN014), « C'est dommage qu'on n'y ait pas pensé plus tôt, que les médecins n'en parlent pas plus tôt » (PN015). Le soignant étant identifié comme interlocuteur de référence dans le suivi de l'enfant, il ne reste, dans notre étude, synonyme de ressource face aux pleurs inexplicables que pour une minorité de parents.*

3.5.4 Synthèse

Lors de la préparation à la parentalité réalisée par la sage-femme au cours du suivi de grossesse, la sensibilisation parentale au phénomène des pleurs inexplicables du nourrisson n'est pas la règle. Si le sujet est abordé majoritairement par le soignant, il peut l'être également à l'initiative des parents. Lors du séjour à la maternité, le sujet est abordé de façon anecdotique.

C'est au retour à domicile, lorsque la fréquence des consultations systématiques diminue que le besoin de soutien parental grandit. S'ils n'abordent pas systématiquement le sujet des

pleurs, la disponibilité et le soutien des intervenants reste bénéfique aux parents dont le quotidien est bouleversé par la naissance de leur nourrisson.

Lors du suivi systématique réalisé par le médecin, le phénomène des pleurs inexplicables n'est pas abordé de façon systématique par le soignant. En cas de besoin, le parent fait la démarche de solliciter le professionnel sur le sujet au cours d'une consultation dédiée. En réponse, le soignant fait majoritairement preuve de réassurance en évoquant l'étiologie physiologique et le caractère passager de l'épisode. Au cours de ces consultations, la physiopathologie n'est pas abordée, les réponses apportées sont parfois insuffisantes aux parents.

3.6 Comprendre pour mieux maîtriser la situation

3.6.1 La démarche parentale

Comment réagir face aux pleurs de son nourrisson ? Si quelques parents utilisent leur **expérience personnelle**, leur vécu, l'évolution de leur relation parent-enfant pour répondre à cette question ; « *Pour la plus petite, je suis plus apaisée, je ne veux pas paniquer ou être impatiente comme je pouvais l'être pour la plus grande* » (PN021), « *J'ai essayé de me souvenir comment ça s'était passé avec mon fils* » (PN022), « *J'ai connu, le fait d'avoir connu ça une première fois* » (PN008), « *Heureusement que c'était mon troisième et que je savais à peu près gérer et que je connaissais un peu le sujet* » (PN013), « *C'est l'expérience personnelle entre le premier où je ne comprenais pas tous les pleurs, je paniquais (...), le deuxième enfant, je comprenais un peu plus facilement. Et puis là, la troisième, je comprends largement, l'expérience fait que* » (PN013), « *On apprend à reconnaître et on sait comment agir* » (PN016), « *J'arrive à prendre un peu plus de recul sur les pleurs* » (PN006) beaucoup d'entre eux font la démarche d'aller chercher de l'aide. Parmi eux, la majorité se tourne vers les

échanges avec leur **entourage familial ou amical** ; « *S'il pleure encore j'appelle mon mari, ma mère* » (PN012), « *Forcément l'entourage parce qu'il y a eu pas mal de bébés* » (PN005), « *Ma belle-sœur a des enfants, a plus d'expérience, donc prodigue des conseils* » (PN001), « *En parlant à des copines mamans et à des amis qui sont déjà parents* » (PN006), « *On des amis qui ont des petits dans les mêmes âges, donc on se confronte les uns aux autres* » (PN018), « *C'est surtout en parlant à des amies autour de moi, qu'on trouve des petits... soit des personnes à consulter, soit des trucs* » (PN015). D'autres restent dans l'échange, mais de **façon virtuelle** ; « *Je n'ai pas d'amies maman, mais je regardais sur l'application « We moms », qui est comme un forum. Toutes les questions je les posais là d'abord, avant d'aller voir quelqu'un* » (PN008), « *Je suis sur une application, « Wee moms » parce qu'il y a beaucoup de mamans, beaucoup de conseils, donc on peut être à la recherche de plusieurs solutions pour plein de choses* » (PN016), « *Je suis sur un groupe Facebook où il y a plusieurs mamans, alors moi je ne raconte pas ma vie dessus mais ça m'est arrivé de lire des choses par rapport à ça et de voir ce que différentes personnes ont pu dire* » (PN009), « *Je suis tombé sur une application de mamans qui est assez connue, je crois. On échange entre mamans, futures mamans (...) Il y a des liens qui se créent (...) on se retrouve un petit peu dans la même situation, d'après moi, mère de famille avec des enfants du même âge* » (PN004).

Enfin, une source d'information non négligeable, qui séduit les parents par l'immédiateté de ses réponses : **internet** ; « *De temps en temps sur Google, je lis des petits articles pour voir ce que je pourrais prendre de bien* » (PN003), « *Tout le monde a un accès à Internet pour voir comment les autres parents se comportent face à des situations comme ça* » (PN001), « *Les sources qu'on utilise le plus aujourd'hui, c'est Internet* » (PN007), « *Je me renseignais aussi beaucoup sur internet pour savoir s'il n'y avait pas des petits trucs, des*

positions à faire pour la calmer » (PN017), « Il me faut une réponse immédiate : Google » (PN021).

Les **livres**, utilisés par une minorité de parents ont, plus la plupart été lus en amont de la naissance dans le cadre d'une préparation globale à la parentalité. Ils n'avaient pas de place particulière dans l'aide à la gestion des pleurs du nourrisson ; *« Le livre je l'ai lu avant pour avoir des conseils, et connaissances de base », (PN010) « J'avais acheté quelques livres, mais les livres m'ont plus stressé qu'autre chose » (PN014), « J'ai lu pas mal de livres sur les enfants, sur l'accouchement, sur les premiers mois de la naissance, sur l'éducation bienveillante » (PN021).*

Notons que dans notre étude, la part de parents identifiants comme ressources sur le sujet des pleurs internet ou les livres est plus importante que la part de parents identifiant comme ressource les professionnels de santé.

3.6.2 La volonté d'être informé, et d'informer

En fin d'entretien, le chercheur proposait une ouverture en sollicitant l'avis des parents sur la mise en place d'une campagne de prévention et d'éducation au sujet des pleurs, et plus particulièrement des pleurs inexplicables du nourrisson. Face à cette proposition, la réponse des parents est unanime ; *« Je trouve ça dingue, justement vous travaillez dessus donc c'est super, je trouve ça dingue qu'il n'y ait pas plus de connaissances » (PN015).* Cette campagne de prévention est surtout envisagée **à destination des parents**, essentiellement pour les informer de l'intensité possible des pleurs ; *« Ça pourrait être intéressant de filmer ça, de voir des parents être confrontés à ça et de pouvoir en discuter ensuite, dans une sorte de table ronde (...) Ça m'aurait peut-être intéressé de me dire « ah oui, ça peut pleurer comme ça un bébé, je ne savais pas » (PN006), « Parce que finalement, même les sources qu'on utilise le plus*

aujourd'hui, c'est Internet. Mais comment écrire sur Internet l'intensité des pleurs, comment il pleure, c'est difficile de le traduire avec des mots alors que dans une campagne comme ça, on pourrait peut-être avoir plus de choses qui pourraient répondre à nos questions » (PN007), et de leur caractère physiologique. Cette notion permettant de renforcer en amont de la survenue des épisodes de pleurs, la confiance des parents en leur manière de réagir face au phénomène ; « Les nouveaux parents ont besoin de ça, qu'on les accompagne, et qu'on leur explique deux fois » (PN001), « Quand on se retrouve mamans du jour au lendemain, qu'on a un nourrisson entre les bras, et avec la fatigue, d'être conseillé au maximum dessus, franchement ça ne peut être que bénéfique » (PN004), « Ce serait bien d'en parler parce qu'au moins, la maman de son premier enfant ne serait pas dans la panique et ça aurait peut-être moins d'effets secondaires sur la maman, sur la prise en charge de son bébé, sur la confiance en elle, d'apporter les soins à son enfant » (PN013), « Les intégrer dans les cours de préparation à l'accouchement, ça serait top parce que je pense que pour des mamans, pour leur premier enfant, ça pourrait les soulager en amont » (PN013), « Je pense que ça serait bien parce que je sais que j'ai une copine qui avait énormément de mal à gérer les pleurs de son bébé, parce qu'elle ne comprenait pas. Elle avait tout fait, les médecins, pédiatres » (PN020). À la lecture des récits, l'information apportée aux parents permettrait également de réduire les sentiments de nervosité, voire d'exaspération entraînées par ces épisodes de pleurs ; « Et c'est vrai que parfois on peut vite péter un plomb entre guillemets, si les pleurs durent vraiment longtemps » (PN020), « Il y a quelquefois où on peut en avoir marre, se sentir dépassé par ces pleurs-là, à ce moment-là » (PN021). Le phénomène du SBS est évoqué ; « Je pense que ça relie un petit peu avec le phénomène du bébé secoué » (PN014).

Bien que cette étude soit faite auprès des parents de nourrissons, ceux-ci évoquent spontanément d'autres cibles possibles pour cette campagne de prévention. L'information à la

population générale est proposée, permettant d'assoir le parent dans sa manière de répondre aux pleurs de son nourrisson face aux remarques de son entourage ; *« Et même pour l'entourage, pas que pour les parents (...) des affiches, peut-être dans les salles d'attente des médecins, (...) les grands parents peuvent se dire « oh j'ai vu ça chez le médecin » » (PN008), « Depuis que j'ai un enfant (...) dans mon entourage (...) les conseils de certaines personnes, ça peut être de laisser son enfant pleurer. Et moi, personnellement, je trouve ça horrible. Et je me rends compte finalement, que c'est quelque chose que personnes font de manière normale » (PN009).* Enfin, certains proposent également de compléter les formations **à destination des soignants** ; *« Peut-être surtout au niveau des professionnels. Parce que parfois, j'ai l'impression que chacun a peut-être un petit bout de conseils sur le sujet, mais pas un regard très général et pas forcément des choses non plus très, très pratiques et très diversifiées » (PN015), « Pour les travailleurs dans les crèches » (PN003), « Et même peut être pour les auxiliaires de puériculture, par exemple, avoir le sujet un peu plus profond, avoir des formations qui les forment un peu plus dans le sujet pour après accompagner les mamans un peu plus loin pendant le séjour » (PN013).*

3.6.3 Synthèse

Face à la carence d'information relative au phénomène, la grande majorité des parents entreprend la recherche de ressources susceptibles de favoriser la gestion des pleurs.

En premier lieu, les parents sont à la recherche d'échanges, avec leur entourage familial ou amical mais également via les réseaux sociaux ou les forums virtuels d'entraide pour jeunes parents. Si les livres, lus en amont de la naissance dans le cadre d'une préparation globale à la parentalité, sont peu sollicités dans la gestion des pleurs, Internet, synonyme de réponse immédiate sur un sujet précis, est largement utilisé. La part de parents identifiant comme

ressources internet les livres est plus importante que la part de parents identifiant comme ressources les professionnels de santé.

L'approbation de la mise en place d'une campagne de prévention et d'éducation sur le sujet est unanime. Envisagée majoritairement à destination des parents, la population générale et les soignants sont d'autres cibles proposées.

4 Discussion

4.1 Synthèse des résultats et réponse aux objectifs

A la lecture des récits, le pleur apparaît majoritairement comme synonyme de l'expression d'un besoin qu'il faut combler. S'il persiste, les notions d'inconfort, de douleur, de mauvaise habitude sont citées.

Si les parents essaient, d'une façon générale d'accompagner les pleurs de leur nouveau-né, le phénomène est responsable de nombreux sentiments négatifs, le syndrome du bébé secoué est évoqué. La sensibilisation aux notions de physiopathologie semble aider les parents. En effet ceux qui en ont reçu se décrivent plus sereins face aux pleurs de leur nourrisson.

Les échanges sur le sujet avec les professionnels de santé restent pauvres, si la réponse apportée par le soignant est jugée insatisfaisante par le parent, celui-ci cherchera d'autres ressources auprès de son entourage proche ou des réseaux sociaux, dans une moindre mesure il pourra être amené à multiplier les consultations auprès d'autres professionnels de santé.

4.2 Validité interne

4.2.1 Biais de déclaration

La force de cette étude réside dans le choix de la méthode qualitative, idéale pour recueillir les sentiments des parents interrogés. La démarche suivie a été rigoureuse, et les entretiens ont été menés par deux chercheurs différents pour limiter l'influence involontaire possible de l'enquêteur lors des entretiens. Néanmoins, notre travail repose sur l'expression des personnes, parfois à l'origine de biais cognitifs, affectifs et sociaux

Le sujet de l'étude n'a pas été précisément expliqué lors du recrutement afin de limiter le biais de désirabilité sociale.

L'élaboration du guide d'entretien à partir de l'analyse de la littérature, sa modification en cours d'analyse, le caractère ouvert des questions posées ont permis la limitation du biais méthodologique.

L'inclusion des parents dans l'étude au cours des premiers mois de vie de leur nourrisson a permis de limiter le biais de mémoire.

4.2.2 Biais d'échantillonnage :

Le recrutement de l'échantillon étudié n'a été effectué que dans deux départements : la Vienne et la Charente-Maritime.

Les entretiens ont été proposés aux pères des nourrissons, qui n'étaient pas opposés à la réalisation de l'entretien, mais seulement un père a pu réaliser l'entretien. Si la plupart expliquaient leurs horaires professionnels difficilement conciliables avec la réalisation de l'entretien, d'autres considéraient simplement que la mère était plus à même de répondre aux questions posées.

Les parents participants à l'étude furent recrutés via des médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet et via des médecins de PMI salariés exerçant en structure de soins, ce qui peut constituer un biais de sélection.

D'autres critères épidémiologiques : l'âge du parent interrogé, sa situation familiale, sa catégorie socio-professionnelle, le sexe du nourrisson, son lieu de vie, de suivi, son ordre dans la fratrie, qui nous semblaient pertinents dans notre réflexion ont été respectés, les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

4.2.3 Biais d'investigation :

Le chercheur, étant la personne réalisant les entretiens semi-dirigés, a pu induire un biais d'investigation par sa connaissance du sujet et sa volonté de croiser les données. Pour limiter ce biais, les entretiens ont été menés par deux chercheurs : Madame Martin et Madame Seguinot, dont le travail de thèse n'explore pas les données parentales sur le sujet.

De plus, il s'agissait d'un premier travail qualitatif sans que le chercheur ne réalise de formation particulière au préalable. Cet exercice complexe, demande certaines aptitudes dans la façon de mener l'entretien qu'il est difficile d'acquérir lorsque l'on ne l'exerce pas régulièrement.

4.2.4 Biais d'analyse et d'interprétation :

Les représentations propres à l'investigateur ainsi que ses hypothèses préalables ont pu influencer l'analyse des résultats.

Pour limiter ce biais, l'investigateur a veillé à établir une retranscription fidèle par écrit, l'analyse des données fut effectuée à l'aide du logiciel Nvivo et une triangulation fut

effectuée par la directrice de thèse, Docteur Victor-Chaplet et la co-thésarde du chercheur, Madame Seguinot, qui ont relu et analysé de manière indépendante les entretiens retranscrits.

4.3 Validité externe : comparaison des résultats obtenus à la littérature

4.3.1 Le pleur du nourrisson : entre neuro sciences et influence sociétale :

A travers ces récits, nous avons pu voir se dessiner **la courbe représentative de la fréquence et concentration des pleurs** ; les parents rapportent des épisodes de pleurs plus intenses et concentrés entre 18h et 22h, ainsi qu'un pic de fréquence d'intensité à 4 semaines de vie lorsque la littérature décrit une augmentation croissante de la fréquence des pleurs inexplicables du nourrisson entre l'âge de 2 et 8 semaines (13)(15)(38), ainsi qu'une concentration plus importante en fin d'après-midi et en soirée (1)(31).

Malgré ces concordances, peu de parents semblent considérer le pleur prolongé et inexplicable de leur nourrisson comme le phénomène physiologique décrit par certains auteurs. En effet, l'analyse des réponses apportées par les parents de l'échantillon, en corrélation avec les données de la littérature (14)(16), révèle que deux principales interprétations du pleur sont retenues par les familles. **Le pleur physiologique**, principal moyen de communication du nourrisson pour notifier au parent un besoin primordial ; de nourriture, de sommeil, de confort, de proximité, ce pleur est bref et facilement tari par la réponse adaptée apportée par le parent. Le **pleur prolongé**, inexplicable, s'il n'est pas organique pour l'ensemble de l'échantillon, demeure un phénomène négatif qu'il faut faire cesser. La question n'a pas ouvertement été posée, mais aucun des parents n'a exposé la notion d'universalité du phénomène.

Au cours de notre étude, la notion de mauvaise habitude ou caprice est évoquée. L'approche neurobiologique nous suggère pourtant que les pleurs trouvent leur **origine au niveau des cerveaux mammalien et reptilien** (apparus primitivement avant le cortex

cérébral), faisant partie du système nerveux autonome (SNA), que le cortex cérébral ne peut contrôler. Il apparaît donc qu'un nouveau-né ne puisse pleurer sur commande via une action planifiée, car cette aptitude de planification ne sera acquise qu'à partir de l'âge d'un an progressivement jusqu'à 3 à 6 ans (6)(39)(40).

A la lecture des récits, il apparaît que la décroissance de fréquence et d'intensité des épisodes de pleurs soit expliquée par l'éveil au monde du nourrisson, l'acquisition de sourires-réponses et d'autres moyens de communication, permettant le développement des interactions parent-enfant de manière plus aisée. Cette remarque rappelle la **théorie de l'attachement** ; théorie selon laquelle le pleur est un moyen pour le nourrisson de maintenir la proximité avec sa figure d'attachement, nécessaire à sa survie et l'établissement de sa sécurité affective. Le pleur étant progressivement remplacé dans ce contexte par l'acquisition de d'autres moyens de communication (vocalises, sourires, regards), permettant au nourrisson de chercher à obtenir la proximité de sa figure d'attachement différemment, en tendant les bras et en s'agrippant (16)(27)(36)(39). De même, les parents remarquent souvent la faculté des mères à soulager plus rapidement leur nourrisson en comparaison aux autres adultes intervenant auprès de lui, possiblement, selon cette théorie, par qu'il existe déjà des préférences très discrètes du nourrisson pour celle avec qui il a développé des caractéristiques sensorielles des interactions au cours de la grossesse, et parce que la disponibilité des mères, plus importante que celle des pères, majoritairement partis travailler en post-partum immédiat, en font la figure d'attachement principale du nourrisson (36).

Enfin, quelques parents semblent avoir saisi la notion selon laquelle de la persistance des pleurs malgré la satisfaction de l'ensemble des besoins primaires permettrait au nourrisson la **libération d'un excès de tensions** (1)(6), appelant ces pleurs « les pleurs de décharges ».

Au cours de notre étude, seules quelques mères considèrent que les pleurs de leur nourrisson étaient une étape nécessaire à leur développement.

L'analyse des entretiens a mis en évidence que la persistance des pleurs malgré les mesures entreprises pour les faire cesser est susceptible d'induire chez les parents des **sentiments négatifs** (incompréhension, impuissance, anxiété, nervosité). Le pleur peut alors être perçu comme pathologique, entraînant parfois le recours à une réponse médicamenteuse malgré que le fait que 95% des nourrissons sujets aux pleurs inexplicables soit indemnes de pathologie organique (15)(22)(38). Cette réaction parentale semble commune puisque qu'une étude (8) réalisée au Canada (Vancouver) et aux USA (Seattle, Washington) chez des nourrissons âgés de 5 semaines a mis en évidence qu'une durée prolongée des accès de pleurs, associée au caractère inconsolable des pleurs sont les caractéristiques qui induisent le plus de frustration chez les donneurs de soin. Au cours des entretiens, nous avons également pu relever des sentiments de tristesse, culpabilité, douleur, induits par la mise en échec du parent à soulager les pleurs du nourrisson.

Se pose alors la question de l'origine de ces sentiments négatifs face à un comportement finalement signe de développement physiologique du nourrisson. Si les parents de notre étude mettent en avant l'influence sociétale et culturelle, encore marquée selon le Docteur Gremmo-Feger (Pédiatre, Université de Brest) (1), par les conseils donnés dans les années 1940-1950 privilégiant un maternage distal, Monsieur Binet (psychologue clinicien, psychothérapeute, docteur en sciences de l'éducation)(4)(6) Madame Bayot (sage-femme et formatrice en périnatalité de formation belge, institut Co-naître) et Madame Dutertre-Le-Poncin (psychologue) s'accordent sur la théorie selon laquelle les réactions des parents en écho aux pleurs de leur nourrisson auraient un lien avec leur propre enfance ; étant plus jeunes non autorisés à pleurer, les parents seraient bloqués dans une incapacité à intégrer ces expériences traumatisantes (3)(40). Ce modèle d'amnésie dissociative est également repris sur la réflexion autour des parents auteurs de maltraitance sur leur enfants (41).

La connaissance de l'origine de ces sentiments pourrait nous permettre de déconstruire les schémas personnels, culturels, sociétaux mis en place, aux répercussions non négligeables. En effet, en corrélation avec les l'étude du Docteur Barr (26)(27), le syndrome du bébé secoué est évoqué. Deux mères ont déclaré souffrir d'une **dépression du post-partum**. Si fort heureusement la conséquence dépressive n'est pas la règle, la littérature décrit une importante anxiété provoquée chez les parents (25)(27), susceptible de conduire à la complète perturbation de la vie familiale (2) (16)(42), un sentiment de dévalorisation du parent (23), qui épuisé, peut se sentir « puni » par le comportement de son nourrisson (5). Le parent peut alors adopter, le plus souvent de manière involontaire une attitude de négation vis-à-vis de son nourrisson, devenant moins réceptif à ses besoins primaires. Ces comportements sont alors susceptibles d'induire une **altération des interactions parent-enfant** (16)(24) ; pleurer seul dans son lit ne signifiant pas la même chose quant aux conséquences psycho-affectives que de pleurer au contact d'un être aimant et rassurant qui ne cherche pas à tout prix le silence. Le **développement cérébral** au niveau du cortex pré frontal (fonction de commande) étant dépendant des réponses reçues aux émotions primaires (telles que la peur, la joie, la tristesse), une relation de qualité, apaisante et contenant permettra le développement de son volume alors que la négligence le diminuera (4)(16)(24).

4.3.2 L'apport du soignant : référent principal mais réponse inadaptée

Cette étude relève que la préparation à la parentalité, bien qu'appréciée par les parents qui en bénéficient, n'aborde pas de manière systématique le sujet des pleurs du nourrisson. Et lorsqu'il est abordé, la sensibilisation semble prévenir les parents de la quantité de pleurs journaliers attendue sans développer la physiopathologie du pleur inexpliqué. Au cours de leur séjour à la maternité, la question des pleurs n'est pratiquement pas abordée par l'équipe

soignante. Au retour à domicile, période particulièrement sensible pour l'établissement de la dyade parent-enfant, les parents rapportent un sentiment d'isolement après une période périnatale très médicalisée. Si certains peuvent bénéficier d'un soutien supplémentaire par les auxiliaires de puériculture de la PMI, la question des pleurs n'est pas abordée de manière systématique au cours de ces visites.

La littérature décrit les pleurs inexplicables du nourrisson comme **motif fréquent de consultation** (10)(11)(12). Bien que dans notre étude, certaines familles, considérant le médecin suivant l'enfant comme l'interlocuteur de référence, font la démarche de l'interroger sur le sujet, la part de parents identifiant comme ressources internet ou les livres est plus importante que la part de parents identifiant comme ressources les professionnels de santé. Le biais d'échantillonnage peut nuancer ces résultats, mais nous pouvons aussi être amenés à réfléchir sur **l'accessibilité du corps médical** par les parents à ce sujet.

En effet, malgré les consultations fréquentes, et initialement rapprochées, seule une poignée de familles rapporte le fait que le médecin aborde spontanément le sujet des pleurs lors des consultations de suivi. Le suivi médical ou paramédical du nourrisson dans les premières semaines et mois se centre surtout sur des valeurs biologiques (courbes de croissance, alimentation, acquisitions psychomotrices). Lorsque le sujet des pleurs est abordé par les parents, la réponse apportée par le médecin dans notre étude évoque la notion de physiologie, sans développer le phénomène physiopathologique, et invoque la patience. L'exploration du vécu parental face aux épisodes de pleurs par le médecin n'est rapportée que par une minorité de familles. En cas de difficulté majeure face aux pleurs de son nourrisson, le médecin rappelle ici au parent l'importance de savoir poser le nourrisson en sécurité et de s'éloigner pour s'aérer afin de ne pas se laisser submerger par des sentiments négatifs susceptibles de porter atteinte au nourrisson. De même, la campagne de prévention et d'éducation de santé publique 1000

premiers jours (30) aborde le sujet des pleurs du nourrisson. Si elle refuse l'idée possible d'un caprice émanant du nourrisson, les pleurs restent principalement décrits comme synonyme d'un besoin ou d'une douleur. La courbe de distribution des pleurs est reprise, la campagne s'attèle à informer sur la quantité de pleurs attendue, et une prévention du syndrome du bébé secoué y est dispensée, mais la physiopathologie des pleurs inexplicables n'y est pas évoquée. Enfin, la thèse du docteur Sautereau explorant les croyances et ressentis des médecins généralistes charentais face aux coliques du nourrisson (43), rapporte que les médecins interrogés, mêmes s'ils préfèrent employer le terme « pleurs » plutôt que « coliques » ont tout de même tendance à approfondir leur examen clinique sur le plan abdominal et digestif. Au terme d'un examen clinique normal, la réassurance est de mise, expliquant le caractère passager de ces épisodes de pleurs dont l'étiologie demeure mal connue. Lorsqu'on interroge les médecins de l'étude sur la physiopathologie des pleurs inexplicables, certains avancent l'anxiété parentale comme facteur favorisant ou déclenchant. A ce titre, l'épuisement parental est recherché afin de prévenir toute forme de maltraitance.

Bien qu'elle soit absolument nécessaire, **la prévention dispensée par le soignant semble concerner d'avantage le syndrome du bébé secoué que la physiopathologie des pleurs du nourrisson**, alors même que ce sont les pleurs inexplicables du nourrisson qui semblent être l'étiologie principale du SBS (26)(44). Face au manque d'exploration du vécu parental, et devant la carence d'information émanant du soignant, il est compréhensible que les parents empreints de doutes et remis en question, choisissent alors de se tourner vers leur entourage familial, amical ainsi que les divers réseaux sociaux. C'est là que le modèle sociétal, s'il prône des valeurs de maternage structuré ou distal, est susceptible d'influencer le raisonnement parental et prolonger cette période de pleurs (45).

Il paraît donc intéressant de transmettre une information actualisée relative à la physiopathologie du pleur, permettant ainsi une meilleure sensibilisation parentale dans l'optique de chercher à diminuer leur vécu négatif face au phénomène.

4.3.3 La consultation de suivi : outil de prévention et de santé publique

A travers ces récits, nous relevons la volonté des familles de **bénéficier d'une information spécifique aux pleurs inexplicables du nourrisson**. Connaître l'intensité possible des pleurs inexplicables semble important, mais avant tout, les familles aimeraient être sensibilisées sur le caractère physiologique des pleurs inexplicables. Cette notion rassurante permettrait, selon eux, une diminution des sentiments négatifs ainsi qu'une déculpabilisation des parents.

Une étude qui compare la fréquence de fréquentation aux urgences avant et après l'application d'un programme de prévention, a pu constater la décroissance de fréquence de consultation de 29,5% en moyenne après l'application du programme, ce constat était plus marqué pour les nourrissons âgés de 1 à 3 mois (32). Ce programme de prévention nommé PURPLE avait pour but de diffuser les caractéristiques des pleurs des premiers mois de vie en faisant référence à chacune des lettres du mot PURPLE (outils pédagogiques en annexe 9) (31). Prescrire relate également que les programmes individualisés auprès des parents avec information, écoute et conseils de maternage ont limité le recours aux services d'urgence pour ce motif d'environ un tiers (18).

Lorsqu'on leur pose la question, certains parents auraient apprécié bénéficier d'une sensibilisation sur le sujet **lors des séances de préparation à la parentalité**, afin de pouvoir anticiper leur réaction lors de ces épisodes de pleurs intenses et prolongés. C'est d'ailleurs ce que recommande le plan de préparation à la naissance et à la parentalité dont les objectifs sont

de « soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent » (46).

Bien que la préparation à la parentalité soit un lieu d'échange privilégié, d'autres familles rapportent que les notions abordées par leurs multiplicités et leur diversité peuvent paraître vagues, sans correspondre précisément à la situation qui se présenterait quelques semaines plus tard. Ces familles souhaitent un accompagnement personnalisé, idéalement réalisé en post-partum dans les semaines suivant le retour à domicile, période clef pour l'établissement de l'établissement de la relation parent-enfant. En effet, à cette période les mères décrivent un état d'hypersensibilité qu'elles imputent au phénomène hormonal mais que la Docteure Guedeney (pédopsychiatre, praticien hospitalier, docteur en Sciences à l'Institut Mutualiste Montsouris de Paris) décrit comme nécessaire à la mise en place du système de *caregiving*. Le *caregiving* est caractérisé par un répertoire unique de comportements et d'attitudes mentales qui ont comme objectif de maintenir une proximité physique et psychologique avec le nourrisson en cas de besoin et d'être émotionnellement disponible pour répondre aux besoins d'attachement et de régulation de sa détresse éventuelle (36). Le rythme de vie est également particulièrement perturbé et le nourrisson exprime ses premiers pleurs. Les parents sont alors plus empreints aux doutes sur leur manière de répondre aux appels de leur nouveau-né. A ce titre, l'accompagnement des familles en **période post-natale semble jouer un rôle** pour aider à la création d'un lien d'attachement de qualité entre parent et enfant.

Au cours de sa première année, l'enfant va bénéficier de 9 consultations obligatoires de suivi systématique de santé, en dehors de toute pathologie aigüe : un examen effectué dès les 8 premiers jours avec la délivrance du premier certificat médical, puis un par mois jusqu'au 6^{ème} mois et tous les 3 mois jusqu'à 1 an (9^{ème} et 12^{ème} mois). L'examen du 9^{ème} mois donne lieu à la délivrance du 2^{ème} certificat médical obligatoire. **Le médecin suivant l'enfant** fait donc

partie des **contacts de référence** pour les parents de jeunes enfants et serait **l'interlocuteur de choix** pour dispenser une information actualisée et répondre aux interrogations des parents. Aborder **de façon systématique** les pleurs du nourrisson en consultation pourrait permettre la dispense d'une information actualisée à tous les parents. **L'intégration du père** aux consultations semble un point important. Plusieurs mères l'identifient comme relais essentiel lorsque la dyade mère-enfant est bousculée par les pleurs incessants. Grâce à l'allongement du congé paternité, le père a la capacité de s'investir d'avantage auprès de son nourrisson. L'impliquer dans l'accompagnement post-natal pourrait permettre au père de prendre pleinement effet de son rôle et de créer une triade père-mère-enfant harmonieuse, influente sur le développement psychique du nourrisson et l'équilibre familial (47)(48)(49). **Un temps particulier** consacré au sujet, une écoute active et empathique pourrait permettre au parent de confier son ressenti sans être restreint par la peur de jugement ou de culpabilité. A l'issue de l'examen clinique, le médecin pourrait alors plus facilement repérer les situations vulnérables pour rappeler la physiologie, l'universalité du phénomène et exposer les bénéfices apportés par l'accueil et l'accompagnement des pleurs (1)(4). L'idée étant de **soutenir le parent dans une démarche d'accompagnement des pleurs inexpliqués du nourrisson sans chercher à les faire cesser à tout prix** (15). Bien que le retour sur la conférence d'expert-bébé secoué de 2011 suggère que la dispense même d'informations actualisés sur le sujet des pleurs du nourrisson participerait à la prévention du SBS (50), **une prévention du syndrome du bébé secoué** serait bien-sûr à délivrer de manière systématique également auprès des parents en acceptant sans jugement leur sentiment d'exaspération puis en les encourageant à obtenir un relais humain, voire à poser ponctuellement le nourrisson en sécurité en cas de difficultés majeures (15)(44). En cas d'impasse, la possibilité d'un relais par les services de Protection Maternelle et Infantile peut être un levier pour le médecin suivant l'enfant (18).

4.4 Ouverture : la formation des soignants pour permettre l'information aux parents

Le médecin semble désigné comme référence en matière de prévention, mais à ce titre, peu d'études s'intéressent aux **connaissances et prises en charges du médecin face au phénomène des pleurs inexplicés**. Dans notre étude, plusieurs parents relèvent la brièveté des explications et conseils donnés. La thèse de la Docteure De Rouffray-Van Den Hove étudiant la place du maternage proximal dans la prise en charge des pleurs inexplicés du nourrisson de moins de 6 mois auprès des médecins généralistes du Limousin (51) relève une connaissance limitée des médecins généralistes sur la physiopathologie des pleurs inexplicés. Dans cette étude, la notion de caprice est évoquée en majorité par les plus de 50 ans. Seuls 40% des médecins interrogés conseillent de répondre rapidement aux pleurs du nourrisson, alors 73% proposent de ne pas répondre trop rapidement aux pleurs survenant au moment du coucher, parmi ces 73%, les hommes étaient majoritaires. Si la Docteure De Rouffray-Van Den Hove évoque une carence d'information associée à l'influence sociétale, culturelle et générationnelle dans la réponse inadaptée apportée par le soignant, Madame Bayot propose ici encore l'hypothèse de l'amnésie dissociative et les fantasmes pseudo éducatifs, conduisant les adultes à mettre les nourrissons qui pleurent à distance (3). Au cours des entretiens réalisés, plusieurs familles évoquent spontanément la possibilité de compléments d'information à destination des professionnels de santé afin d'éviter les contradictions émanant de soignants. D'autres proposent également une campagne de prévention sous forme d'affiches exposées dans les salles d'attentes médicales, susceptible d'impacter la population générale et de lutter contre les idées reçues du modèle éducatif des années 1940.

5 Conclusion

Cette étude qualitative a pu mettre en lumière une faible sensibilisation parentale relative à la physiopathologie des pleurs inexplicés du nourrisson suggérée par les neurosciences. Leur vécu, bien souvent négatif, résulte de représentations culturelles et sociétales transmises de génération en génération ainsi que de l'expérience personnelle de chacun.

Les pleurs du nourrisson au cours des premiers mois de vie sont un enjeu de santé publique en termes de prévention de la maltraitance comme le syndrome du bébé secoué (SBS) mais aussi des troubles des interactions précoces dans la relation parent-enfant. D'après l'approche neurobiologique, travailler précocement sur les pleurs représente un enjeu d'avenir ; créer un lien d'attachement de qualité dès la naissance permettrait de diminuer les réactions de stress et d'anxiété survenant des années plus tard (2). Le phénomène de pleurs du nourrisson est également un enjeu sur le plan économique, visant à réduire le nombre de consultations en lien avec ce motif aux urgences pédiatriques, chez le pédiatre, à la PMI ou chez le médecin généraliste.

Le pleur inexplicé est susceptible d'être maintenant considéré comme une étape physiologique et nécessaire au développement psychique et cérébral du nourrisson. Comme souhaité par les familles, une information pourrait être largement diffusée au cours de la période périnatale dans un objectif préventif. Une consultation dédiée, permettant à l'information de passer de statut facultatif, à obligatoire pourrait de fait être envisagée.

Il serait également intéressant que le médecin, après un examen clinique complet éliminant une cause organique aux pleurs, puisse détenir les outils nécessaires à la réassurance et au soutien des parents. A ce titre, explorer les connaissances et le mode de transmission de ces notions de physiopathologie par l'équipe soignante intervenant au cours de la période

périnatale, pourrait permettre, si nécessaire la mise en place d'une formation adaptée, une revalorisation de la consultation dédiée, permettant une meilleure sensibilisation parentale.

6 Bibliographie

1. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. In Saint Malo ; 2007. p. 10.
2. Stifter, Cynthia A. Impacts des pleurs sur le développement psychosocial de l'enfant. *Encycl Sur Dév Jeunes Enfants*. mars 2017;(2017-2021 CEDJE | PLEURS) :9.
3. Bayot I. Mais pourquoi les bébés pleurent-ils ? Éveils, pleurs et besoins du tout petit [Internet]. [cité 17 mai 2022] Disponible sur : <https://ccpsc.qc.ca/wpcontent/uploads/2019/11/Mais%20pourquoi%20les%20b%C3%A9b%C3%A9s%20pleurent-ils.pdf>
4. Binet É. Les pleurs de la petite enfance : une question d'attachement ? Impacts et accompagnement (2/2). *Métiers Petite Enfance*. oct. 2014 ;20(214) :22-5.
5. Israël J. Les pleurs de bébé : « Quipuniqui ». *Spirale*. 10 déc. 2012 ;62(2) :16-25.
6. Binet É. Les pleurs de la petite enfance : une question d'attachement ? Éclairages théoriques (1/2). *Métiers Petite Enfance*. août 2014 ;20(212-213) :31-5.
7. Foucaud P, De Truchis A. Pleurs excessifs du nourrisson | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. 2008 [cité 14 mai 2022]. Disponible sur : <https://pap-pediatrie.fr/maladie-chronique/pleurs-excessifs-du-nourrisson>
8. Fujiwara T, Barr RG, Brant R, Barr M. Infant distress at five weeks of age and caregiver frustration. *J Pediatr*. sept 2011 ;159(3) :425-430.e1-2.
9. Bruyas-Bertholon V, Lachaux A, Dubois JP, Fourneret P, Letrilliart L. Quels traitements pour les coliques du nourrisson ? *Presse Médicale*. 1 juill. 2012 ;41 : e404-10.
10. Zwart P, Vellema-Goud MGA, Brand PLP. Characteristics of infants admitted to hospital for persistent colic, and comparison with healthy infants. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. mars 2007 ;96(3) :401-5.
11. Droz N, Chaleard J, Laurent M, Mandelbrot L, Cojocar B. Les consultations des nouveau-nés aux urgences pédiatriques. *Soins Pédiatrie Puericulture*. juill. 2018;39(303):32-7.
12. Richier P, Gocko X, Mory O, Trombert-Pavot B, Patural H. [An epidemiological study of early consultations of newborns in pediatric emergency units]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. févr 2015;22(2):135-40.
13. Barr RG. The normal crying curve: what do we really know? *Dev Med Child Neurol*. avr. 1990;32(4):356-62.
14. Brazelton TB. Crying in infancy. *Pediatrics*. 1 avr. 1962 ;29(4) :579-88.

15. Barr RG. Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants : Devenir. 7 juin 2010 ; Vol. 22(2) :163-74.
16. Bydlowski-Aidan S, Jousset C. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. J Pédiatrie Puériculture. 1 août 2008 ;21(5) :204-8.
17. Biagioli E, Tarasco V, Lingua C, Moja L, Savino F. Pain-relieving agents for infantile colic. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 16 sept 2016 [cité 25 févr. 2022] ;2016(9). Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009999.pub2>
18. Prescrire. Pleurs prolongés et inexplicables des nourrissons : aider les parents. Prem Choix Prescrire. 2019 ;393(36) :515-20.
19. Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 12 déc. 2012 [cité 25 févr. 2022] ; Disponible sur : <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004796.pub2>
20. Bellaïche M. [Colicky infant : a proposal for clinical practice]. Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie. 1 juill. 2009 ;16 :853-4.
21. Van Sleuwen BE, L'hoir MP, Engelberts AC, Busschers WB, Westers P, Blom MA, et al. Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. J Pediatr. oct 2006 ;149(4) :512-7.
22. Consolini DM. Pleurs - Pédiatrie [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2020 [cité 14 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/sympt%C3%B4mes-chez-le-nourrisson-et-l-enfant/pleurs>
23. Pauli-Pott U, Becker K, Mertesacker T, Beckmann D. Infants with « Colic » - Mothers' perspectives on the crying problem. J Psychosom Res. 1 mars 2000 ;48 :125-32.
24. Sahli-Chau T. Coliques du nourrisson et interactions mère–enfant en consultation de puériculture de protection maternelle et infantile : à propos de 98 cas évalués par l'échelle de Bobigny. J Pediatr Pueric. 2010;23(5):243-8.
25. Landgren K, Hallström I. Parents' experience of living with a baby with infantile colic-a phenomenological hermeneutic study. Scand J Caring Sci. juin 2011;25(2):317-24.
26. 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. 1 janv. 2006;30(1):7-16.
27. Barr R, M.D, C.M. « Pourquoi tant de larmes ? ». Bull Cent Excell Pour Dév Jeunes Enfants Encycl CEDJE. 2 sept 2007 ;6 :1-6.
28. Barr R, CM M, PC F. Where the rubber hits the road: How science can be translated into policy

for prevention of Shaken Baby Syndrome [Internet]. 2008 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur : <https://slideplayer.com/slide/6986197/>

29. Paget LM, Gilard-Pioc S, Quantin C, Cottenet J, Beltzer N. Les enfants victimes de traumatismes crâniens infligés par secouement hospitalisés : analyse exploratoire des données du PMSI [Internet]. 2019 [cité 14 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-enfants-victimes-de-traumatismes-craniens-infliges-par-secouement-hospitalises-analyse-exploratoire-des-donnees-du-pmsi>

30. Calmer les pleurs de bébé [Internet]. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/calmer-les-pleurs-de-bebe>

31. Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *Can Med Assoc J.* 31 mars 2009;180(7):727-33.

32. Barr RG, Rajabali F, Aragon M, Colbourne M, Brant R. Education About Crying in Normal Infants Is Associated with a Reduction in Pediatric Emergency Room Visits for Crying Complaints. *J Dev Behav Pediatr.* mai 2015 ;36(4):252-7.

33. Braun C. Vers un cadre neuropsychologique général pour le développement du nourrisson. *Enfance.* 1 janv 2003;55.

34. Barr RG, Konner M, Bakeman R, Adamson L. Crying in! Kung San infants: a test of the cultural specificity hypothesis. *Dev Med Child Neurol.* juill 1991;33(7):601-10.

35. St James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, Sorgenfrei E. Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a « proximal » form of care. *Pediatrics.* juin 2006 ;117(6): e1146-1155.

36. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Arch Pédiatrie.* juin 2008 ;15 : S12-9.

37. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 19(84) :4.

38. Valleteau de Moulliac J. Pleurs « excessifs » ou coliques du nourrisson [Internet]. EM-Consulte. 2018 [cité 14 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1251945/pleurs-excessifs-ou-coliques-du-nourrisson>

39. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. [Paris] Bruxelles : Fabert Yapaka.be- [Ministère de la communauté française de Belgique]; 2010. (Temps d'arrêt - lectures).

40. Dutertre-Le Poncin H. Accueillir et punir : les professionnels à la question. *Spirale.* 2012 ; n° 62(2) :44.

41. Tursz A. Les oubliés : enfants maltraités en France et par la France. Paris, France: Éd. du Seuil, DL 2010; 2010. 419 p.

42. Long T, Johnson M. Living and coping with excessive infantile crying. *J Adv Nurs.* avr 2001;34(2):155-62.

43. Sautereau S. Coliques du nourrisson : croyances et ressentis des médecins généralistes charentais [Internet]. Poitiers ; 2014 [cité 1 mars 2022]. Disponible sur : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/51502>

44. Laurent-Vannier A. Shaken baby syndrome: What's new in the diagnosis of shaking, the mechanism, and judicial matters. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie*. 1 mars 2012; 19:231-4.
45. Zeifman DM, St James-Roberts I. Parenting the Crying Infant. *Curr Opin Psychol*. juin 2017; 15:149-54.
46. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
47. Zvara BJ, Schoppe-Sullivan SJ, Dush CK. Fathers' Involvement in Child Health Care: Associations with Prenatal Involvement, Parents' Beliefs, and Maternal Gatekeeping. *Fam Relat*. 2013;62(4):649-61.
48. Dubowitz H, Black M, Cox C, Kerr M, Litrownik A, Radhakrishna A, et al. Father Involvement and Children's Functioning at Age 6 Years: A Multisite Study. *Child Maltreat*. 1 déc 2001; 6:300-9.
49. Kroll ME, Carson C, Redshaw M, Quigley MA. Early Father Involvement and Subsequent Child Behaviour at Ages 3, 5 and 7 Years: Prospective Analysis of the UK Millennium Cohort Study. Lidzba K, éditeur. *PLOS ONE*. 21 sept 2016 ;11(9) : e0162339.
50. 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.
51. Ruffray-van den Hove AC de. La place du maternage proximal dans la prise en charge des pleurs prolongés du nourrisson de moins de 6 mois : enquête auprès des médecins généralistes du Limousin. Limoges ; 2021 [cité 1 mars 2022]. Disponible sur : <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-114860>
52. *Rénovation-de-la-PCS-2018-2019-rapport-validé-par-le-Bureau-25-oct-2019.pdf* [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.cnis.fr/wp-content/uploads/2019/11/R%C3%A9novation-de-la-PCS-2018-2019-rapport-valid%C3%A9-par-le-Bureau-25-oct-2019.pdf>

7 Résumé

Introduction

Certains auteurs et certaines études supposent que l'impossibilité de consoler un nourrisson dont les pleurs ou l'agitation sont excessifs, sont susceptibles d'induire une série de réactions négatives et préoccupations parentales pouvant conduire à certaines situations de malveillance puis de maltraitance.

L'objectif de cette étude est d'explorer ce que rapportent les jeunes parents face aux pleurs inexplicables de leur nourrisson lors des quatre premiers mois de vie : connaissances, ressentis, réactions, et échanges avec les professionnels de santé.

Méthode

Étude qualitative observationnelle réalisée du 12 octobre 2021 au 31 janvier 2022 dans les départements de la Vienne (86) et de la Charente-Maritime (17) par entretiens semi-dirigés auprès de 23 parents de nourrissons âgés de 0 à 4 mois.

Le protocole, le formulaire d'information et l'attestation de consentement de l'étude ont été soumis pour avis au Comité de Protection des Personnes, un avis favorable a été reçu. Les réponses au questionnaire recueillies sur dictaphone ont été rendues anonymes lors de leur retranscription puis analysées à l'aide du Logiciel NVivo. Une triangulation a été effectuée.

Résultats

Le pleur apparaît majoritairement comme synonyme de l'expression d'un besoin qu'il faut combler. S'il persiste, les notions d'inconfort, de douleur, de mauvaise habitude sont citées. Si les parents essayent, d'une façon générale d'accompagner les pleurs de leur nouveau-né, le phénomène est responsable de nombreux sentiments négatifs.

Les échanges sur le sujet avec les professionnels de santé restent pauvres, si la réponse apportée par le soignant est jugée insatisfaisante par le parent, celui-ci cherchera d'autres ressources auprès de son entourage proche ou des réseaux sociaux, dans une moindre mesure il pourra être amené à multiplier les consultations auprès d'autres professionnels de santé.

Discussion

En corrélation avec la littérature, s'il est prolongé, le pleur demeure majoritairement un phénomène négatif. La perturbation de la relation parent-enfant n'est pas ici évoquée, mais le lien est fait avec la survenue du syndrome du bébé secoué.

En cohérence avec d'autres résultats d'études, la sensibilisation semble d'avantage se concentrer sur la prévention du syndrome du bébé secoué. Les études proposent pourtant la mise en place de campagnes de prévention, favorisant une réaction parentale appropriée, aidant au bon développement de la relation parent-enfant et prévenant le risque de malveillance.

La consultation de suivi du nourrisson peut à ce titre être un outil intéressant. Améliorer les connaissances et la transmission de ces notions physiopathologiques de la part des soignants intervenants en période périnatale, pourrait permettre une meilleure sensibilisation parentale.

Conclusion

Malgré les avancées faites par l'approche neurobiologique, la physiopathologie du pleur inexplicable demeure mal connue par les parents. Enjeu de santé publique et sur le plan économique, il paraît intéressant de pouvoir trouver les clés nécessaires à une meilleure sensibilisation parentale.

8 Serment



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



9 Annexes

9.1 Annexe 1 : Carnet de santé, conseils aux parents

Conseils aux parents

Diversification alimentaire

Dès les 4 mois (révolus) de votre bébé, en lien et sur les conseils de votre médecin, vous pourrez commencer à lui donner d'autres aliments que le lait. Vous trouverez pages 30-31 de ce carnet les repères d'introduction des aliments chez l'enfant de 0 à 3 ans.

Son bien-être

Dès la naissance se crée une rencontre privilégiée faite d'échanges entre vous et votre enfant, par les regards, l'odeur, le toucher, la voix : prenez l'habitude de prendre votre bébé dans vos bras et de lui parler.

Quand votre bébé est éveillé, installez-le sur un plan ferme, dans un espace délimité et protégé, et laissez-le libre de ses mouvements. Faites-le dormir sur le dos et jouer sur le ventre.



Le bébé et les écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, etc.)

Interagir directement avec votre enfant est la meilleure façon de favoriser son développement.

Avant 3 ans : évitez de mettre votre enfant dans une pièce où la télévision est allumée même s'il ne la regarde pas.

Quel que soit son âge, évitez de mettre un téléviseur dans la chambre où il dort ; ne lui donnez pas de tablette ou de smartphone pour le calmer, ni pendant ses repas, ni avant son sommeil ; ne lui faites pas utiliser de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.

Ne fumez jamais en présence de votre bébé. Le tabac est dangereux.

Fumer en présence de votre bébé ou dans son lieu de vie est très dangereux pour sa santé. L'arrivée d'un bébé est une bonne raison d'arrêter de fumer. N'hésitez pas à vous informer sur www.tabac-info-service.fr ou auprès d'un professionnel de santé.



Son bain

La bonne température de l'eau pour son confort et sa sécurité est de 37 °C. Vérifiez toujours la température à l'aide d'un thermomètre de bain avant de plonger doucement votre bébé dans l'eau.

Tenez toujours votre bébé quand il est dans son bain et ne le laissez jamais seul.



Ses pleurs

Un bébé qui pleure

Votre bébé peut pleurer en moyenne jusqu'à 2 heures par jour. C'est pour lui une manière de s'exprimer, d'attirer votre attention. Vous apprendrez progressivement la signification de ses pleurs : faim, sommeil, inconfort, besoin d'un câlin, etc.

Si vous êtes déconcerté(e), si vous ne supportez plus ses pleurs, ne criez pas et, surtout, **ne le secouez pas.**

Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie.

En cas d'exaspération : couchez votre bébé dans son lit (sur le dos), quittez la pièce et demandez l'aide d'un proche (famille, ami, voisin...) ou d'un professionnel.

Si votre bébé ne pleure pas comme d'habitude, que rien ne le console, appelez votre médecin.



1415

9.2 Annexe 2 : Questionnaire initial

Bonjour, je m'appelle Justine Martin, je suis interne en médecine générale et je réalise un travail portant sur les premiers mois de vie du nourrisson.

J'étudie plus précisément les pleurs du nourrisson, ainsi que le ressenti et l'état d'esprit des parents à ce sujet. Notre entretien devrait durer environ 30min, plus si nécessaire, je vais l'enregistrer avec un dictaphone puis je le retranscrirai fidèlement par écrit.

L'anonymat est garanti et vous pourrez accéder à l'intégralité de cet enregistrement.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Acceptez-vous de participer à cette étude en répondant à mes questions ?

Présentation :

Permettez-moi de mieux vous connaître.

Pouvez-vous me donner votre âge, votre situation familiale, votre situation professionnelle ?

Quel est votre lieu de vie ?

Quel âge a votre conjoint ? Que fait-il dans la vie ?

Pouvez-vous me donner l'âge de votre enfant ? Est-ce votre premier enfant ? Si non quelle est sa place dans la fratrie ?

Ou est-il suivi ?

Thème 1 : grossesse, accouchement et parentalité

- Question 1 :

Pourriez me parler de votre grossesse ? Quels en-sont pour vous, les évènements marquants, comment les avez-vous vécus ?

- Question 2 :

Voulez-vous bien me parler de votre accouchement ? Si vous deviez le comparer avec ce que vous aviez imaginé, que diriez-vous ?

Parlez-moi de votre séjour à la maternité ? Il-y-a-t-il des points positifs/négatifs que souhaiteriez développer ?

- Question 3 :

Comment allez-vous depuis la naissance de votre enfant ?

Voulez-vous bien me raconter comment s'est passé l'arrivée de votre bébé dans votre famille ?

Quelles sont vos principales difficultés ? Quelles sont vos ressources en cas de difficultés ou de questionnements (humaines ou autre)

Quels sont les points sur lesquels vous souhaiteriez insister ?

- Question 4 :

Comment communiquez-vous avec votre bébé ?

Comment sentez-vous qu'il communique avec vous ?

Nous allons développer la question des pleurs.

Annexe 2 : Questionnaire initial (suite)

Thème 2 : connaissances et réactions face aux pleurs

- Question 5 :

Pour vous, quelle est la signification des pleurs d'un bébé ?

- Question 6 :

Comment décriviez-vous l'évolution et l'intensité des pleurs de votre bébé ?

Depuis sa naissance ? Sur une journée type ? Varie-t-elle en fonction de l'interlocuteur ?

- Question 7 :

Lorsque votre bébé pleure longtemps ou beaucoup, que ressentez-vous ?

Comment réagissez-vous ?

- Question 8 :

Lorsque votre bébé pleure, comment réagit votre conjoint ? Votre entourage proche ?

Thème 3 : place des soignants face aux pleurs du nourrisson

- Question 9 :

Que diriez-vous de votre accompagnement médical ou paramédical à la parentalité ?

- Question 10 :

Quels ont été vos échanges au sujet des pleurs du nourrisson avec le monde médical ou paramédical ?

- En avez-vous eu ?
- Était-ce avant ou après l'accouchement ?
- A quelle occasion ? Consultation demandée pour ce motif, consultation pour un autre motif, consultation systématique, consultation pour vous-même.
- Par qui le sujet-a-il été abordé ? Sage-femme, maternité, médecin, puéricultrice....
- Pourriez-vous me retranscrire ce qu'on vous a dit ?
- Qu'avez-vous appris ?
- Cela vous-a-t-il été bénéfique ?
- Si non, cela vous-a-t-il manqué ?

- Question 11 :

Quelle a été l'influence des soignants dans votre prise en charge des pleurs de votre bébé ?

- Question 12 :

Quelles ont été vos autres sources d'informations au sujet des pleurs du nourrisson ?

(Famille, amis, internet, lecture, autre...)

- Question 13 :

Que pensez-vous d'une campagne d'éducation et de prévention portant sur les pleurs inexplicables du nourrisson ?

9.3 Annexe 3 : Questionnaire modifié

Bonjour, je m'appelle Justine Martin, je suis médecin généraliste remplaçante et je réalise un travail portant sur les premiers mois de vie du nourrisson. J'étudie plus précisément les pleurs du nourrisson, ainsi que le ressenti et l'état d'esprit des parents à ce sujet.

Notre entretien devrait durer environ 30min, plus si nécessaire, je vais l'enregistrer avec un dictaphone puis je le retranscrirai fidèlement par écrit.

L'anonymat est garanti et vous pourrez accéder à l'intégralité de cet enregistrement.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Acceptez-vous de participer à cette étude en répondant à mes questions ?

Présentation :

Permettez-moi de mieux vous connaître.

Pouvez-vous me donner votre âge, votre situation familiale, votre situation professionnelle ?

Quel est votre lieu de vie ?

Quel âge a votre conjoint ? Que fait-il dans la vie ?

Pouvez-vous me donner l'âge de votre enfant ? Est-ce votre premier enfant ? Si non quelle est sa place dans la fratrie ?

Ou est-il suivi ?

Thème 1 : grossesse, accouchement et parentalité

- Question 1 :
 - Pourriez me parler de votre grossesse ?
 - Quels en-sont pour vous, les événements marquants, comment les avez-vous vécus ?

- Question 2 :
 - Voulez-vous bien me parler de votre accouchement ? Si vous deviez le comparer avec ce que vous aviez imaginé, que diriez-vous ?
 - S'ils ont eu lieu, comment avez-vous réagit aux événements inattendus de l'accouchement ?
 - Parlez-moi de votre séjour à la maternité ? Il-y-a-t-il des points positifs/négatifs que souhaiteriez développer ?
 - Qu'avez-vous pensé de l'accompagnements du personnel soignant lors de votre séjour ?

- Question 3 :
 - Comment allez-vous depuis la naissance de votre enfant ?
 - Voulez-vous bien me raconter comment s'est passé l'arrivée de votre bébé dans votre famille ?
 - Quelles sont vos principales difficultés ?
 - Quelles sont vos ressources en cas de difficultés ou de questionnements (humaines ou autre)
 - Comment abordez-vous les informations recueillies ? Ont-elles plus tendance à vous rassurer/inquiéter ?
 - Échangez-vous avec votre entourage familial/amical ?
 - Que vous disent-ils ?
 - Comment ressentez-vous leurs conseils/points de vue ?
 - Quels sont les points sur lesquels vous souhaiteriez insister ?

- Question 4 :
 - Comment communiquez-vous avec votre bébé ?
 - Comment sentez-vous qu'il communique avec vous ?

Nous allons développer la question des pleurs.

Annexe 3 : Questionnaire modifié (suite)

Thème 2 : connaissances et réactions face aux pleurs

- Question 5 :
 - Pour vous, quelle est la signification des pleurs d'un bébé ?
 - Quelle est votre définition des pleurs inexplicables ?
 - Comment les interprétez-vous ?

- Question 6 :
 - Comment décriviez-vous l'évolution et l'intensité des pleurs de votre bébé ?
 - Depuis sa naissance ? Sur une journée type ? Varie-t-elle en fonction de l'interlocuteur ?

- Question 7 :
 - Lorsque votre bébé pleure longtemps ou beaucoup, que ressentez-vous ?
 - Comment réagissez-vous ?

- Question 8 :
 - Lorsque votre bébé pleure, comment réagit votre conjoint ?
 - Votre entourage proche ?
 - Êtes-vous en accord avec leur point de vue / façon de réagir ?
 - Si non, quels que ressentez-vous face à leurs réactions ? Comment réagissez-vous ?

Thème 3 : place des soignants face aux pleurs du nourrisson

- Question 9 :

Que diriez-vous de votre accompagnement médical ou paramédical à la parentalité ?

- Question 10 :

Quels ont été vos échanges au sujet des pleurs du nourrisson avec le monde médical ou paramédical ?

 - En avez-vous eu ?
 - Était-ce avant ou après l'accouchement ?
 - A quelle occasion ? Consultation demandée pour ce motif, consultation pour un autre motif, consultation systématique, consultation pour vous-même.
 - Par qui le sujet-a-il été abordé ? Sage-femme, maternité, médecin, puéricultrice....
 - Pourriez-vous me retranscrire ce qu'on vous a dit ?
 - Qu'avez-vous appris ?
 - Cela vous-a-t-il été bénéfique ?
 - Si non, cela vous-a-t-il manqué ?

- Question 11 :
 - Quelle a été l'influence des soignants dans votre prise en charge des pleurs de votre bébé ?

- Question 12 :
 - Quelles ont été vos autres sources d'informations au sujet des pleurs du nourrisson ?
(Famille, amis, internet, lecture, autre...)

- Question 13 :
 - Que pensez-vous d'une campagne d'éducation et de prévention portant sur les pleurs inexplicables du nourrisson ?
 - Si vous la jugez utile, vers quelle population pourrait-elle être dirigée (soignants, population générale, parents) ?
 - Par quel moyen ?

9.4 Annexe 4 : Notice d'information transmise au sujet interrogé

Titre du projet : Pleurs du nourrisson de 0 à 4 mois : état des lieux du ressenti parental face aux pleurs et des échanges avec les professionnels de santé sur le sujet.

Chercheur(s) titulaire(s) responsable(s) scientifique(s) du projet :

Dr Valérie VICTOR CHAPLET
Maison de santé pluri professionnelle de Neuville de Poitou
9, rue de l'Outarde Canepetière
86170 Neuville-de-Poitou

Lieu de recherche :

Vienne (86)

But du projet de recherche :

L'exploration des connaissances parentales actuelles, leurs ressentis et leurs réactions face aux pleurs de leur nourrisson lors des quatre premiers mois de vie.

Nous souhaitons également établir un état des lieux des échanges autour du sujet des pleurs du nourrisson entre jeunes parents et professionnels de santé, pour essayer de comprendre par qui le sujet était abordé et dans quelles circonstances.

Ce que l'on attend de vous (méthodologie)

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous répondez de façon sincère aux questions posées lors de l'entretien qui durera environ 45 minutes.

Vos droits à la confidentialité

L'entretien sera enregistré sur dictaphone et l'enregistrement sera associé à un numéro aléatoire (seule la première lettre de votre nom et la première lettre de votre prénom seront enregistrées, accompagnées d'un numéro codé propre à l'étude indiquant l'ordre d'inclusion des sujets) lui-même associé à votre formulaire de consentement éclairé.

L'enregistrement de l'entretien, et les données sources (: âge, sexe, milieu de vie, situation familiale, catégorie socio-professionnelle, âge du nourrisson, ordre dans la fratrie, âge du conjoint, catégorie socio-professionnelle du conjoint, lieu de suivi du nourrisson) consignées dans un cahier d'observation seront conservés 15 ans sous la responsabilité de l'investigateur principal de l'étude, le Pr Valérie VICTOR-CHAPLET, seuls les promoteurs et les investigateurs principaux auront accès.

Les formulaires de consentement éclairé seront conservés 10 ans à compter de la publication et 20 ans en cas de non publication, dans une enveloppe scellée portant la mention : « J'atteste que cette enveloppe contient x (nombre) consentement(s) et x formulaire(s) d'information conformes, recueillis dans le cadre de l'étude xxx », suivie du nom du responsable.

Aucune donnée personnelle permettant l'identification directe ou indirecte du sujet ne sera utilisée dans l'étude.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps

Votre participation à cette étude est volontaire.

Vous pouvez vous en retirer ou cesser votre participation en tout temps, et demander que les données soient détruites sans conséquence.

Votre décision de participer ou non à l'étude n'aura aucun effet sur vos relations futures avec le corps médical ou para médical.

Bénéfices

Les avantages attendus de cette recherche sont d'obtenir une meilleure connaissance du ressenti des parents et leurs réactions face aux pleurs de leur nourrisson lors des quatre premiers mois de vie.

Nous souhaitons également établir un état des lieux des échanges autour du sujet des pleurs du nourrisson entre jeunes parents et professionnels de santé, pour essayer de comprendre par qui le sujet était abordé et dans quelles circonstances.

Risques possibles

À notre connaissance, cette recherche peut impliquer un risque ou un inconfort devant certaines questions pouvant être considérées par le participant comme personnelles ou confidentielles.

Si tel est votre cas, vous pouvez vous retirer ou cesser votre participation à cette étude à tout moment sans aucune conséquence.

Diffusion

Cette recherche sera diffusée dans des articles de revue académique.

Vos droits de poser des questions en tout temps

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le Responsable scientifique du projet par courrier électronique à valerie.victor.chaplet@univ-poitiers.fr

9.5 Annexe 5 : Formulaire de consentement éclairé

Titre du projet : Pleurs du nourrisson de 0 à 4 mois : état des lieux du ressenti parental face aux pleurs et des échanges avec les professionnels de santé sur le sujet.

Chercheur(s) titulaire(s) responsable(s) scientifique(s) du projet :

Dr Valérie VICTOR CHAPLET
Maison de santé pluri professionnelle de Neuville de Poitou
9, rue de l'Outarde Canepetière
86170 Neuville-de-Poitou

Lieu de recherche :

Vienne (86)

But du projet de recherche :

L'exploration des connaissances parentales actuelles, leurs ressentis et leurs réactions face aux pleurs de leur nourrisson lors des quatre premiers mois de vie. Nous souhaitons également établir un état des lieux des échanges autour du sujet des pleurs du nourrisson entre jeunes parents et professionnels de santé, pour essayer de comprendre par qui le sujet était abordé et dans quelles circonstances.

Ce que l'on attend de vous (méthodologie)

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous répondez de façon sincère aux questions posées lors de l'entretien qui durera environ 45 minutes.

Vos droits à la confidentialité

L'entretien sera enregistré sur dictaphone et l'enregistrement sera associé à un numéro aléatoire (seule la première lettre de votre nom et la première lettre de votre prénom seront enregistrées, accompagnées d'un numéro codé propre à l'étude indiquant l'ordre d'inclusion des sujets) lui-même associé à votre formulaire de consentement éclairé.

L'enregistrement de l'entretien, et les données sources (: âge, sexe, milieu de vie, situation familiale, catégorie socio-professionnelle, âge du nourrisson, ordre dans la fratrie, âge du conjoint, catégorie socio-professionnelle du conjoint, lieu de suivi du nourrisson) consignées dans un cahier d'observation seront conservés 15 ans sous la responsabilité de l'investigateur principal de l'étude, le Pr Valérie VICTOR-CHAPLET, seuls les promoteurs et les investigateurs principaux auront accès.

Les formulaires de consentement éclairé seront conservés 10 ans à compter de la publication et 20 ans en cas de non publication, dans une enveloppe scellée portant la mention : « J'atteste que cette enveloppe contient x (nombre) consentement(s) et x formulaire(s) d'information conformes, recueillis dans le cadre de l'étude xxx», suivie du nom du responsable.

Aucune donnée personnelle permettant l'identification directe ou indirecte du sujet ne sera utilisée dans l'étude.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps

Votre participation à cette étude est volontaire.

Vous pouvez vous en retirer ou cesser votre participation en tout temps, et demander que les données soient détruites sans conséquence.

Votre décision de participer ou non à l'étude n'aura aucun effet sur vos relations futures avec le corps médical ou para médical.

Bénéfices

Les avantages attendus de cette recherche sont d'obtenir une meilleure connaissance du ressenti des parents et leurs réactions face aux pleurs de leur nourrisson lors des quatre premiers mois de vie.

Nous souhaitons également établir un état des lieux des échanges autour du sujet des pleurs du nourrisson entre jeunes parents et professionnels de santé, pour essayer de comprendre par qui le sujet était abordé et dans quelles circonstances.

Risques possibles

À notre connaissance, cette recherche peut impliquer un risque ou un inconfort devant certaines questions pouvant être considérées par le participant comme personnelles ou confidentielles.

Si tel est votre cas, vous pouvez vous retirer ou cesser votre participation à cette étude à tout moment sans aucune conséquence.

Diffusion

Cette recherche sera diffusée dans des articles de revue académique.

Vos droits de poser des questions en tout temps

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le Responsable scientifique du projet par courrier électronique à valerie.victor.chaplet@univ-poitiers.fr

Consentement à la participation

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, qu'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante et qu'on vous a avisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

A remplir par le participant :

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche. Nom, Prénom – Signature

9.6 Annexe 6 : Déclaration de conformité CNIL



Référence CNIL :

2218470 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-003

reçue le 22 juin 2020

Madame Justine MARTIN

22
RUE GEORGES BRAQUE
86550 MIGNALOUX BEAUVOIR

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame MARTIN Justine
Service :
Adresse : 22
RUE GEORGES BRAQUE
CP : 86550
Ville : MIGNALOUX BEAUVOIR

N° SIREN/SIRET :
Code NAF ou APE :
Tél. : 0686685959
Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 23 juin 2020

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

9.7 Annexe 7 : cahier d'information, données sociodémographiques

ÂGE NOURRISSON	SEXE NOURRISSON	ORDRE DANS LA FRATRIE	MILIEU DE VIE	LIEU DE SUIVI	ÂGE DU PARENT INTERROGE	SEXE DU PARENT INTERROGE	CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU PARENT INTERROGE	SITUATION FAMILIALE DES PARENTS	ÂGE DU CONJOINT	CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU CONJOINT	
PN001	12-16 semaines	Masculin	1	Urbain	MG + PMI	30-35 ans	Masculin	5	En couple	25-30 ans	8
PN002	12-16 semaines	Masculin	1	Semi-rural	MG	20-25 ans	Féminin	5	En couple	30-35 ans	5
PN003	4-8 semaines	Féminin	1	Semi-rural	MG	20-25 ans	Féminin	5	Pacsés	30-35 ans	5
PN004	12-16 semaines	Masculin	2	Rural	MG	20-25 ans	Féminin	5	En couple	25-30 ans	5
PN005	0-4 semaines	Féminin	1	Semi-rural	MG	25-30 ans	Féminin	5	En couple	30-35 ans	5
PN006	8-12 semaines	Féminin	2	Urbain	MG	30-35 ans	Féminin	5	Pacsés	35-40 ans	2
PN007	4-8 semaines	Masculin	1	Semi-rural	MG	25-30 ans	Féminin	5	Mariés	35-40 ans	5
PN008	4-8 semaines	Féminin	2	Rural	MG	20-25 ans	Féminin	5	En couple	25-30 ans	5
PN009	12-16 semaines	Masculin	1	Semi-rural	MG	25-30 ans	Féminin	5	Mariés	25-30 ans	5
PN010	12-16 semaines	Masculin	1	Urbain	MG	30-35 ans	Féminin	5	Pacsés	30-35 ans	5
PN011	12-16 semaines	Féminin	2	Urbain	MG	25-30 ans	Féminin	5	En couple	25-30 ans	5
PN012	4-8 semaines	Féminin	3	Urbain	MG+PMI	30-35 ans	Féminin	8	Mariés	40-45 ans	5
PN013	8-12 semaines	Féminin	3	Urbain	MG	30-35 ans	Féminin	8	Pacsés	40-45 ans	5
PN014	4-8 semaines	Masculin	1	Urbain	MG	25-30 ans	Féminin	5	En couple	25-30 ans	5
PN015	12-16 semaines	Féminin	2	Urbain	MG + Pédiatre	40-45 ans	Féminin	5	Pacsés	40-45 ans	5
PN016	8-12 semaines	Masculin	3	Urbain	MG	25-30 ans	Féminin	5	En couple	25-30 ans	5
PN017	12-16 semaines	Féminin	1	Urbain	MG	20-25 ans	Féminin	5	Célibataires		5
PN018	12-16 semaines	Masculin	1	Rural	MG	30-35 ans	Féminin	1	En couple	30-35 ans	1
PN019	8-12 semaines	Masculin	3	Semi-rural	MG	35-40 ans	Féminin	8	En couple	30-35 ans	5
PN020	12-16 semaines	Masculin	2	Rural	MG	30-35 ans	Féminin	8	Pacsés	30-35 ans	5
PN021	4-8 semaines	Féminin	2	Semi-rural	MG	25-30 ans	Féminin	5	En couple	25-30 ans	5
PN022	8-12 semaines	Féminin	2	Rural	MG + PMI	30-35 ans	Féminin	8	Célibataires	30-35 ans	5
PN023	0-4 semaines	Masculin	4	Urbain	MG	40-45 ans	Féminin	8	Mariés	40-45	5

9.8 Annexe 8 : Nomenclature des catégories socio-professionnelles (52)

Les groupes (8, dont 6 d'actifs occupés) et catégories (42, dont 31 d'actifs occupés) socioprofessionnelles

1. Agriculteurs exploitants	11	Agriculteurs sur petite exploitation
	12	Agriculteurs sur moyenne exploitation
	13	Agriculteurs sur grande exploitation
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21	Artisans
	22	Commerçants et assimilés
	23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	31	Professions libérales
	33	Cadres de la fonction publique
	34	Professeurs, professions scientifiques
	35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
	37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
4. Professions Intermédiaires	38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
	42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
	43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
	44	Clergé, religieux
	45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47	Techniciens
	48	Contremaîtres, agents de maîtrise
5. Employés	52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
	53	Policiers et militaires
	54	Employés administratifs d'entreprise
	55	Employés de commerce
	56	Personnels des services directs aux particuliers
6. Ouvriers	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
	63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
	64	Chauffeurs
	65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
	67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
	68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69	Ouvriers agricoles
7. Retraités	71	Anciens agriculteurs exploitants
	72	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	74	Anciens cadres
	75	Anciennes professions intermédiaires
	77	Anciens employés
	78	Anciens ouvriers
8. Autres personnes sans activité professionnelle	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	83	Militaires du contingent
	84	Elèves, étudiants
	85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
	86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

9.9 Annexe 9 : Outils pédagogiques du programme PURPLE

The Letters in **PURPLE** Stand for



P	U	R	P	L	E
PEAK of Crying	UNEXPECTED	RESISTS Soothing	PAIN-LIKE Face	LONG Lasting	EVENING
Your baby may cry more each week, the most in month 2, then less in months 3-5	Crying can come and go and you don't know why	Your baby may not stop crying no matter what you try	A crying baby may look like they are in pain, even when they are not	Crying can last as much as 5 hours a day, or more	Your baby may cry more in the late afternoon and evening

The word **Period** means that the crying has a beginning and an end.

Disponible sur le site : <https://www.dontshake.org/purple-crying>