

Glossaire des abréviations

Art.	Article (loi)
AMM / WMA	Association médicale mondiale / World medical association
BDI	Inventaire de dépression de Beck (Beck Depression Inventory)
DARES	(obsolète) Département des affaires régionales, économiques et sociales de Genève. Actuellement, la santé se trouve dans le DEAS, département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé.
DH	Department of Health (GB)
EPDS	Edinburg Postnatal Depression Scale
FSSF	Fédération Suisse des Sages-femmes
HEdS	Haute école de santé, Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ICM	International Confederation of Midwives (Confédération internationale des sages-femmes)
IMAD	Institution Genevoise de Maintien à Domicile
INPES	Institut National français de Prévention et d'Education pour la Santé
LS/GE	Loi genevoise sur la santé
NN	Nouveau-né
OFSP	Office fédéral de la Santé Publique
OR	Odds Ratio
PhD	Anciennement docteur en philosophie, actuellement utilisé pour abréger le degré de doctorat dans toutes les filières.
PNP	Préparation à la Naissance et parentalité
PP	Post-partum
SFI	Sage-femme indépendante

Tables des matières

Remerciements	3
Résumé	4
Mots-clefs	4
Abstract	5
Keywords	5
Glossaire des abréviations	6
Tables des matières	7
1. Le questionnement professionnel	10
2. Le cadre de référence théorique	12
2.1. <i>L'attachement</i>	12
2.1.1. L'attachement sécure	13
2.1.2. L'attachement insécure évitant	13
2.1.3. L'attachement insécure ambivalent	14
2.1.4. L'attachement désorganisé	14
2.1.5. Les comportements de l'attachement	15
2.2. <i>Les pleurs</i>	15
2.2.1. La courbe physiologique des pleurs	16
2.2.2. Les définitions des pleurs excessifs	16
2.2.3. Les réponses parentales aux pleurs	17
2.3. <i>Les outils des sages-femmes pour intervenir en cas de pleurs du nourrisson</i>	18
2.3.1. Le sentiment de compétence	19
2.3.2. Le soutien social	19
2.3.3. L'écoute active et la sage-femme comme base sécure	20
2.3.4. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	20
2.3.5. Les représentations parentales	21
2.3.6. Les interventions par des programmes comportementaux	21
2.4. <i>L'intérêt de la problématique</i>	22
3. La dimension éthique	24
4. La méthodologie	26

4.1.	<i>Les bases de données utilisées</i>	26
4.2.	<i>La détermination des mots-clés</i>	26
4.3.	<i>Les critères de sélection, d'inclusion et d'exclusion</i>	27
4.4.	<i>Le processus de sélection / L'utilisation des bases de données</i>	27
4.5.	<i>La sélection finale d'articles</i>	32
4.6.	<i>Les limites et contraintes de la démarche de recherche d'articles</i>	33
4.7.	<i>La recherche de littérature pour la construction du cadre de référence</i>	33
5.	La description et l'analyse critique de la revue de littérature	34
5.1.	<i>Les tableaux récapitulatifs</i>	34
5.2.	<i>L'analyse critique des articles</i>	39
5.2.1.	Les publications	39
5.2.2.	La méthodologie	43
5.2.3.	L'éthique dans les études choisies	46
5.2.4.	Les interventions et outils de mesure	47
5.3.	<i>L'analyse transversale des résultats</i>	47
5.3.1.	Les réponses parentales aux pleurs	47
5.3.2.	Les représentations parentales des pleurs	48
5.3.3.	Le sentiment de compétence	49
5.3.4.	Les liens entre pleurs et relations au sein du couple	49
5.3.5.	Les facteurs de risque des pleurs	50
5.3.6.	Les facteurs protecteurs des problématiques des pleurs	51
5.3.7.	L'influence d'une intervention	52
6.	La discussion	54
6.1.	<i>Les stratégies de coping et réponses parentales aux pleurs</i>	54
6.2.	<i>Les représentations parentales face aux pleurs</i>	56
6.3.	<i>Le sentiment de compétence</i>	57
6.4.	<i>Le soutien social</i>	58
6.5.	<i>Les effets des pleurs excessifs sur la vie de couple</i>	59
6.6.	<i>Les facteurs de risque des pleurs</i>	60
6.7.	<i>Les facteurs protecteurs des problématiques de pleurs</i>	62
6.8.	<i>L'influence d'une intervention</i>	62
6.9.	<i>La synthèse</i>	64
7.	Le retour dans la pratique	66
7.1.	<i>Les informations basées sur l'évidence</i>	66
7.2.	<i>Les formations initiale et continue</i>	67

7.3.	<i>Le suivi global de la sage-femme</i>	68
7.4.	<i>L'inclusion des pères</i>	70
7.5.	<i>Le réseau et la collaboration interprofessionnelle</i>	70
7.6.	<i>Les populations migrantes</i>	71
7.7.	<i>La politique de santé</i>	71
7.8.	<i>Les perspectives de recherche</i>	72
8.	Les forces et faiblesses de notre revue de littérature	73
9.	La conclusion	75
10.	La liste des références bibliographiques	77
11.	La bibliographie	89
12.	Les annexes	90

1. Le questionnement professionnel

Le sujet des pleurs du nourrisson est une problématique qui préoccupe bon nombre de parents au post-partum. En effet, dans notre société occidentale, les pleurs excessifs touchent entre 10 et 25 % des nourrissons (Stifter, 2005 ; von Kries, Kalies & Papoušek, 2006, Gremmo-Féger, 2007). Ce taux est plus élevé que dans d'autres pays moins riches (Santos, Matijasevich, Capilheira, Anselmi & Barros, 2015 ; Ibeziako, Ibeke & Ibe, 2009). Van der Wal, van den Boom, Pauw-Plomp & De Jonge (1998) indiquent que les pleurs d'une durée supérieure à trois heures par jour, accompagnés ou non de problèmes d'apaisement, touchent environ 10% de la population étudiée. Cependant, 20% des mères interrogées perçoivent les pleurs de leurs enfants comme problématiques. Dans ce contexte, Reijneveld, Brugman & Hirasing (2001) soulignent qu'il est important de bien définir les pleurs excessifs, les statistiques étant directement liées à leur définition. De plus, sans cette rigueur, les différentes études ne peuvent être comparées.

A noter, par ailleurs que, non seulement la prévalence, mais également les conséquences des pleurs excessifs, sont des aspects importants à prendre en considération. Une étude met en lumière une possible altération de la relation parent-enfant ainsi qu'un développement entravé de l'enfant au niveau des interactions sociales (Räihä, Lehtonen, Huhtala, Saleva, & Korvenranta, 2002). De plus, les pleurs excessifs ont été démontrés comme facteurs de risque de maltraitance infantile et du syndrome du bébé secoué (Barr et al., 2009 ; Fujiwara, 2015 ; van der Wal et al., 1998). Enfin, les relations conjugales et familiales peuvent être mises en péril dans ces situations (Smart & Hiscock, 2007).

Les pleurs persistants ainsi que les problèmes de sommeil de l'enfant, très souvent associés, peuvent avoir pour conséquences des risques importants pour la santé parentale et infantile. Certaines études montrent un lien entre la dépression maternelle et des problématiques de pleurs et de sommeil infantiles (Hisock et al., 2014 ; Radesky et al., 2013). Dans notre pays, la promotion de la santé psychique est une préoccupation à l'échelle nationale. La promotion de la santé mentale s'inscrit aussi dans la Loi genevoise sur la santé (Art. 23 de la Loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006 [LS/GE ; RSG K 1 03]). De plus, un des quatre axes d'intervention du Plan cantonal genevois de promotion de la santé et de prévention

visent la prévention de la dépression (DARES, 2007). Ainsi, il paraît d'autant plus important que la période de périnatalité, moment de vulnérabilité, soit prise en soin de la manière la plus efficace possible, dans un but de diminuer la prévalence de la dépression périnatale et, indirectement, le taux de dépression dans la population générale en augmentant la santé psychique de la société à venir.

Les sages-femmes ont une fonction idéale pour répondre aux besoins maternels et infantiles. En effet, il est de leur compétence de veiller au bien-être de l'enfant et de la mère et d'accompagner l'établissement des premiers liens entre ces derniers (Confédération internationale des sages-femmes, 2013). Le tissage de ces liens, théorisé par John Bowlby (Bowlby, 2002), se base sur deux concepts. Du côté du bébé, il y aurait l'attachement, du côté du parent, il y aurait la dispensation de soins physiques et psychiques, appelée *le caregiving*. Cette relation entre le *caregiver*, le plus souvent le ou les parent-s, et le bébé est primordiale car elle contribue en grande partie à l'élaboration du type d'attachement de l'enfant. Cet attachement influencerait non seulement sur les relations avec autrui, mais contribuerait également à la capacité de découvrir le monde (Bowlby, 2002).

Dans le but de promouvoir une relation saine entre les parents et leur nouveau-né lors de problématiques de pleurs excessifs, il est nécessaire de définir les priorités d'action. Est-il plus efficace d'essayer de diminuer les pleurs infantiles ou plutôt d'augmenter le sentiment de compétence chez les parents ? Beaucoup d'études examinent des interventions cherchant à diminuer les pleurs de bébé (St.James-Roberts, Sleep, Morris, Owen & Gillham, 2001 ; Hiscock et al., 2014 ; Fujiwara, 2015). Ces études présentent des résultats assez controversés. Dans le cadre de l'avant-projet de ce présent travail, une analyse de deux études (St.James-Roberts et al., 2001 ; Hiscock et al., 2014) a été faite et a démontré que des programmes comportementaux peuvent avoir une influence, notamment pour diminuer les signes dépressifs chez la mère, mais que leur impact était assez faible. Est-ce qu'une intervention individuelle, centrée sur la famille pourrait être plus efficace ?

Par ailleurs, peu d'études ont pour objectif d'investiguer le soutien que l'on pourrait apporter aux *caregivers* dans de telles situations. Il importe également d'examiner quelles stratégies mettre en place afin d'augmenter le sentiment de compétence et

aider à établir un attachement sécuritaire. Pour ce faire, il paraît judicieux de s'interroger sur la perception qu'ont les *caregivers* des pleurs de leur enfant ainsi que sur leurs stratégies de coping. De là, découle une autre interrogation : les pleurs infantiles peuvent-ils influencer l'image qu'ont les parents de leur enfant ? Si oui, cette représentation est-elle en mesure d'entraver une relation saine entre le parent et l'enfant ?

Enfin, se rendre compte des situations à risque peut aider à mieux appréhender les problématiques et à envisager divers types d'interventions. Y a-t-il des prédispositions infantiles pour des pleurs excessifs ? Existe-t-il des situations que l'on puisse considérer à risque ? Ceci permettrait une prise en soins plus ciblée et plus efficiente, au moment le plus adéquat. Ainsi, les professionnels auraient la possibilité d'intervenir avant que le problème ne soit devenu un obstacle insurmontable à une relation saine entre parent et enfant.

2. Le cadre de référence théorique

Afin d'accompagner de manière optimale une famille avec problématique de pleurs, il semble important de se pencher sur la théorie de l'attachement. En effet, pour essayer de définir une relation saine entre parent et enfant, il paraît nécessaire d'examiner les éléments qui contribuent à l'élaboration de cette relation.

2.1. L'attachement

Selon la théorie de l'attachement de Bowlby (2002), le nouveau-né, pour survivre, va de manière instinctive rechercher la proximité et s'attacher aux personnes qui l'entourent et prennent soin de lui : les *caregivers*. Le *caregiver* principal est souvent la mère et / ou le père de l'enfant, puisque ces figures parentales s'engagent, en principe, à donner des soins à l'enfant. Par ses soins, le *caregiver* assure la protection de l'enfant et par conséquent sa survie. La première fonction de l'attachement est ainsi remplie et permet de tendre aux seconds buts de l'attachement : l'ouverture et l'exploration. En effet, si le bébé se sent en sécurité, il sera plus enclin à découvrir son environnement et les personnes qui l'entourent. Un attachement sécuritaire apparaît donc comme une « base de sécurité », selon le terme

utilisé par Ainsworth (1967), servant de repère à l'enfant pour s'ouvrir au monde. Le *caregiver* sert par ailleurs de figure d'attachement.

Dans la lignée des travaux de Bowlby, trois schèmes d'attachement furent développés par Ainsworth, Blehar, Waters & Wall (1978) : l'attachement sécure, l'attachement insécure-évitant et l'attachement insécure-ambivalent, auxquels Main (1986) a ajouté l'attachement désorganisé.

2.1.1. L'attachement sécure

D'après le cours de A. Gendre (Parentalité 1 : partie 2. La relation Parent-Bébé : L'attachement. [Support de cours], 10 octobre 2013), l'attachement sécure est promu par un donneur de soins répondant de manière appropriée aux besoins du bébé. Celui-ci reçoit ainsi la proximité physique et le réconfort lui permettant de se construire de manière saine et de commencer à s'ouvrir et à explorer. Il augmentera ainsi progressivement ses capacités d'autorégulation, sa confiance en lui-même et son autonomie. L'enfant, puis l'adulte qu'il deviendra, pourra développer des relations saines avec autrui. Puis, il pourra plus facilement dispenser un *caregiving* adapté lorsqu'il prendra à son tour soin de quelqu'un. Un attachement sécure et un *caregiving* adapté correspondraient par conséquent à une relation saine entre parent et enfant.

2.1.2. L'attachement insécure-évitant

Ce type d'attachement concernerait, selon Guédeney & Guédeney (2016), les enfants qui ne reçoivent pas une réponse parentale adaptée et engagée à leurs besoins exprimés. Ainsworth (1979) indique que le *caregiver* aurait une aversion profonde pour le contact physique. Ces comportements parentaux auraient pour conséquence une attitude anxieuse chez l'enfant qui manquerait de « base sécure ». Il ne montrerait donc que peu d'intérêt au *caregiver* et développerait une attitude plutôt distante et indifférente. Parallèlement, un enfant avec un tel type d'attachement s'avèrerait plus émotif et anxieux.

Selon Hazan & Shaver (1987), la relation avec autrui serait vécue comme une proximité menaçante. Elle amènerait l'adulte ayant développé ce type d'attachement à une certaine distance vis-à-vis de son entourage.

2.1.3. L'attachement inséculaire-ambivalent

Selon Ainsworth & Bell (1970), l'attachement inséculaire-ambivalent naît d'une relation avec un parent qui alternativement a un comportement ignorant ou prenant en considération les besoins de l'enfant. Ce dernier éprouve des difficultés à être rassuré lors de sa séparation avec la figure d'attachement et peut donc difficilement partir à la découverte de son environnement. Face au comportement inconstant du parent, il aura lui-même une attitude partagée entre la recherche de réconfort et l'ignorance du *caregiver*. A l'âge adulte, les personnes ayant construit un attachement inséculaire disposeraient d'une faible estime d'eux-mêmes et auraient une dépendance importante à autrui dans leurs relations interpersonnelles.

2.1.4. L'attachement désorganisé

L'attachement désorganisé fut décrit par Main & Hesse en 1990. Selon ces auteurs, l'enfant ayant développé ce type d'attachement, exprimerait des patterns de comportement contradictoires, ayant à la fois tendance à activer son système d'attachement et à fuir le *caregiver* lors de situations de stress. Cela se manifesterait sous forme, par exemple, de comportements d'attachement intense, de stress important manifesté par des stéréotypes² ou des postures anormales ou encore de manifestations de désorganisation ou de désorientation.

Selon Van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg (1999), l'incidence de tels attachements serait plus importante chez les mères adolescentes, en cas de conflits conjugaux, chez les enfants de parents maltraitants, alcooliques, de mères souffrant d'une addiction, de dépression sévère et durable ou encore de mères anxieuses ou borderline.

L'attachement désorganisé de l'enfant serait la conséquence de ce que Main & Hesse (1990) nomment le paradigme du « parent effrayant / parent effrayé ». Dans ce cas, le *caregiver* souffrirait d'un traumatisme du passé qui influencerait les interactions avec son enfant. Le parent répondrait de manière imprévisible et inconstante à son enfant par des comportements effrayants (Main & Hesse, 1990). Par moment, le parent répondrait de manière bienveillante et réconfortante pour

² Stéréotypie : « Une exagération de l'automatisme chez certains vésaniques. Elle consiste dans la répétition continuelle des mêmes gestes, des mêmes mots ». Garnier & Delamare (1909)

l'enfant mais dans une même situation, le parent pourrait réagir de manière agressive. Cette attitude parentale serait perturbante pour l'enfant. Le parent serait donc à la fois une source d'alarme et de réconfort. L'enfant ne saurait par conséquent jamais quelle réaction parentale succèderait à son comportement, ce qui expliquerait l'attitude désorganisée dont il ferait preuve.

2.1.5. Les comportements de l'attachement

De la part des parents il y a donc le *caregiving*, de la part de l'enfant l'attachement. Un nouveau-né a déjà plusieurs stratégies pour favoriser l'attachement. Déjà, de par sa physiologie, il fait appel à la protection et donc au *caregiving* des personnes adultes (George & Solomon, 2008). La capacité de foussement et la recherche du regard sont par ailleurs des stimuli du système de récompense-plaisir (Leckman, Carter & Hennessy, 2005) qui favoriseraient le *caregiving*. D'après Bowlby (2002), il y aurait trois catégories de comportements d'attachement innés.

1. Les comportements aversifs (les pleurs, les cris) qui amèneraient le *caregiver* vers le bébé.
2. Les comportements de signalisation (babillage, sourire) qui auraient également comme but d'amener le *caregiver* vers le bébé, mais cette fois dans un but d'échanges agréables.
3. Les comportements actifs. Ces derniers sont encore très immatures. Ils incluent l'orientation vers son *caregiver*, la capacité d'attraper ou encore de s'accrocher.

Les pleurs constitueraient le comportement d'attachement le plus puissant que possède un nouveau-né (Bell & Ainsworth, 1972).

2.2. Les pleurs

Les pleurs des bébés en tant que signe de détresse sont un phénomène universel. Chez toutes les espèces mammifères étudiées, il semble y avoir un même modèle de détresse (Barr, 2006), souvent manifesté chez l'être humain par un comportement de pleurs. Dans différentes cultures étudiées (Barr, Konner, Bakeman & Adamson, 1991 ; St. James-Roberts, Bowyer, Varghese & Sawdon, 1994 ; Alvarez & St. James-Roberts, 1996), le temps des pleurs des nourrissons est très variable selon le mode

de maternage mais le pattern de leur fréquence semble être le même. En effet, il semblerait que dans les cultures où les nourrissons bénéficient d'un portage quasiment en continu, les pleurs sont de très courte durée et le taux de pleurs total serait nettement plus bas que dans notre société (Barr et al., 1991). Ce phénomène a également été observé ailleurs, où le bébé est rarement laissé seul (Lee, 1994).

2.2.1. La courbe physiologique des pleurs

Les pleurs augmentent à partir de la deuxième semaine de vie, ont leur acmé vers six semaines pour redescendre et se stabiliser vers 4 à 5 mois (Barr, 1990 ; Gremmo-Féger, 2007). De plus, les pleurs sont souvent concentrés en fin d'après-midi et dans la soirée (Barr, 1990 ; Barr, 2006 ; Gremmo-Féger, 2007). Une étude sur les pleurs des prématurés a démontré que la variation de leur quantité est adaptée à l'âge corrigé (Barr, Chen, Hopkins & Westra, 1996). Il apparaît donc que ce phénomène est lié au développement physiologique.

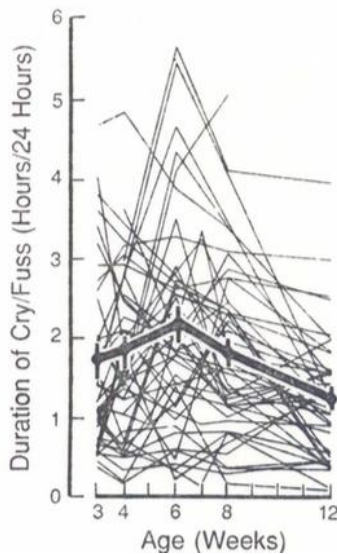


Figure 1 : durée individuelle et collective (heures) des pleurs par jour en fonction de l'âge (semaines) de 50 nourrissons. (Tiré de : Barr, 1990)

2.2.2. Les définitions des pleurs excessifs

Bien que de nos jours il soit affirmé que les pleurs importants sont à inscrire dans un développement néonatal physiologique (Lummaa, Vuorisalo, Barr & Lehtonen, 1998 ; Lester, Twomey & High, 2007), il existe de grandes différences interindividuelles. Aussi, des efforts ont été faits pour définir ces pleurs excessifs, également appelés « coliques ». Généralement, la définition de Wessel, Cobb, Jackson, Harris &

Detwiler (1954) est retenue et qualifie les coliques comme des pleurs excédant trois heures par jour, au moins trois jours par semaine pendant aux moins trois semaines.

D'autres aspects caractérisent les pleurs : leur capacité à être apaisés ou non (Stifter, 2005), leurs propriétés acoustiques (Zeskind, 2008) ainsi que la perception parentale des pleurs (Canivet, Hagander, Jakobsson, & Lanke, 1996 ; Van der Wal et al., 1998).

Dans ce travail, plusieurs termes seront utilisés pour parler de pleurs problématiques par souci de variation du vocabulaire, tout en étant conscient que selon les auteurs, les définitions peuvent différer de manière plus ou moins importante.

2.2.3. Les réponses parentales aux pleurs

Comme décrit précédemment, les pleurs sont un outil puissant dans le processus de l'attachement. Ces pleurs activent le *caregiving* chez les parents. Ce *caregiving* parental complète le système d'attachement de l'enfant. En effet, le *caregiver* veillerait à ce que l'enfant soit protégé et à ce qu'il puisse rester dans un état organisé. Ensemble, le *caregiving* et l'attachement forment une dyade d'auto-régulation qui permet à l'enfant de se développer sainement (Bekhechi et al., 2016).

Le *caregiving* serait d'autant plus efficace lorsque le *caregiver* sait lire et comprendre les signaux émis par l'enfant, possède une volonté d'y répondre et emprunte finalement des stratégies adaptées. Une fois les pleurs taris, un sentiment de plaisir et de satisfaction récompenserait le *caregiver*. Or, si ce dernier n'y parvenait pas, il serait susceptible de ressentir de la colère, de la tristesse ou encore de l'anxiété (Bekhechi et al., 2016).

Tereno & Guédeney (2016) expliquent que des facteurs externes peuvent entraver le *caregiving*. Le stress, par exemple, peut gêner la disponibilité parentale nécessaire à donner des réponses adéquates à l'enfant. Ceci, parce que chez ces personnes, leur système d'attachement, qui se trouve être en concurrence avec le système de *caregiving*, serait activé. Il serait important que le *caregiver* se protège d'abord lui-même avant d'être capable de protéger autrui.

Lors d'un développement harmonieux, l'enfant émet un signal pour faire part de ses besoins, il est entendu par le *caregiver* et voit ses besoins satisfaits. L'enfant change

alors son comportement : il communique par un sourire ou par une baisse de tension corporelle avec le *caregiver*. Ce dernier voit ses actions récompensées par une réponse positive ce qui augmente son sentiment de compétence et le plaisir de procurer des soins. Il s'agit d'une spirale vertueuse qui permet au *caregiver* de prendre confiance en lui comme parent.

A l'inverse, peu en importent les raisons, si le *caregiver* ne répond pas de manière adaptée aux signaux de l'enfant ou que ce dernier ne « récompense » pas les soins par un signe de son bien-être mais par des pleurs continus, le *caregiver* peut ressentir des sentiments négatifs, tels que frustration, colère et honte. Comme décrit antérieurement, de tels sentiments peuvent agir sur la capacité à donner des réponses sensibles aux besoins de l'enfant. Dans ce cas, il s'agirait d'un cercle vicieux qui démontre l'interdépendance des systèmes d'attachement de l'enfant et de *caregiving* du parent. Le système de *caregiving* parental est donc influencé par le type d'attachement de l'enfant, mais aussi par des facteurs environnementaux, tels que le stress vécu, la qualité de la relation conjugale, le bien-être socio-économique et les liens avec la famille élargie par exemple (Kobak & Mandelbaum, 2003 ; Cowan & Pape Cowan, 2009 ; Bekhechi et al., 2016). La naissance de la relation parent-enfant est par conséquent non seulement le fruit d'interactions entre les acteurs principaux, mais s'inscrit aussi dans un contexte complexe qu'il faut prendre en considération.

2.3. Les outils des sages-femmes pour intervenir en cas de pleurs du nourrisson

Les pleurs infantiles sont par conséquent une composante d'un système complexe d'interactions entre parents et enfant. Dans ce système complexe, se dessinent progressivement le type d'attachement de l'enfant et le type de réponse parentale. L'enjeu est par conséquent non seulement la qualité de cette relation naissante, mais aussi le bien-être des différents protagonistes. La sage-femme fait partie des intervenants de première ligne durant la période périnatale et, au vu des aspects développés dans ce chapitre, ses actions sont d'une grande importance. Aussi, s'interroger sur les moyens d'action les plus adaptés mis à sa disposition est essentiel.

2.3.1. Le sentiment de compétence

Le sentiment de compétence (ou l'efficacité personnelle) a été conceptualisé par Bandura (Bandura, 2007). Il est défini par l'évaluation par l'individu de ses aptitudes personnelles (p. 24). Les mères qui croient en leur potentiel de procurer des soins à leur enfant, ont une adaptation plus facile à leur nouveau rôle de mère (Williams et al., 1987). Le sentiment de compétence est par conséquent un facteur important pour le développement de la parentalité. Le contexte dans lequel une famille naît et un soutien social satisfaisant à sa disposition peuvent influencer le sentiment de compétence (Razurel, 2014).

2.3.2. Le soutien social

Le soutien social semblerait avoir un impact positif sur la santé (Mc Court & Percival, 2004). La santé définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1946) est un « état de complet bien-être physique, mental et social [...] ». Il apparaît que le soutien social impacte positivement ces différents niveaux (Mc Court & Percival, 2004). House (1981) a par ailleurs fait une classification de quatre types de soutien :

1. Le soutien émotionnel
2. Le soutien informatif
3. Le soutien d'estime
4. Le soutien matériel ou instrumental

Parmi les actions visant à accompagner de manière optimale les jeunes parents, l'Institut National français de prévention et d'éducation pour la santé (INPES, 2010), propose de valoriser ce que les parents font bien. Il invite donc les professionnels de la santé à fournir un soutien d'estime dans le post-partum. L'étude de Razurel, Desmet & Sellenet (2011) va dans le même sens en disant que les mères apprécieraient, dans cette période plus particulièrement, le soutien émotionnel et le soutien d'estime. Dans une étude qualitative exploratoire, Razurel (2014) émet l'hypothèse qu'un soutien d'estime adéquat permettrait un sentiment de compétence important.

2.3.3. *L'écoute active et la sage-femme comme base sécur*

Un des outils que les sages-femmes ont à disposition est l'écoute active, dont la théorie a été développée en premier lieu par Carl Rogers (Rogers, 2001). Molénat (2009) souligne l'importance de cet outil de communication ainsi que la nécessité de trouver des réponses à une éventuelle insécurité parentale, en évaluant les ressources internes et externes avec les parents. Par ailleurs, la sage-femme facilite non seulement l'accouchement physique, mais accompagne également le processus social et psychique qu'est la naissance de la famille (Mills & Page, 2004). Le rôle de la sage-femme est alors de soutenir et guider la femme et le couple et de créer des liens avec le réseau personnel et interdisciplinaire, si nécessaire. Dans ce sens, la sage-femme pourrait être une base sécur dont la femme et/ou l'homme aurai(en)t besoin durant ce moment de vulnérabilité afin que cette dernière / ce dernier soit à son tour disponible pour être la base sécur de son enfant (Gendre, 2013).

2.3.4. *La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*

Pour l'INPES³, les professionnels peuvent s'atteler à repérer les difficultés parentales, leur offrir un soutien, les accompagner pendant la période du post-partum et organiser des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (INPES, 2010). Cependant, Razurel et al. (2011) constatent que les informations obtenues lors des cours de PNP concernant le post-partum ne sont souvent pas retenues par les mères.

L'INPES, dans ses recommandations pour les professionnels, incite à pratiquer – outre l'écoute, l'accompagnement à la réflexion et la distribution d'informations – l'évaluation de la situation et la délégation de la situation à un autre professionnel en cas de besoin. Enfin, il évoque également le terme d'engagement. L'institut entend par ce terme la valorisation et le fait de s'enquérir de l'évolution de la relation parent-enfant (INPES, 2010). D'autres auteurs vont dans le même sens en mettant en lumière cette composante essentielle pour le développement de la sécurité affective. (Razurel et al. 2011, Razurel & Kaiser, 2015). « *Les mères ont également besoin d'être valorisées et reconnues dans leur rôle, en particulier de la part des personnes*

³ INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

significatives (Razurel et al., 2011, p.55) ». A noter que les sages-femmes comptent pour beaucoup de femmes comme « personnes significatives ».

2.3.5. Les représentations parentales

Une autre forme de soutien pourrait être le travail sur les représentations parentales (Razurel et al., 2011). Celles-ci incluent les peurs et les espoirs, les attentes et les perceptions que le parent élabore par rapport à lui-même et à son bébé (Stern et al., 1989). Dans leur étude, Razurel et al. (2011) nomment le travail sur les représentations comme champ d'action puissant. Il apparaît comme intéressant pour ajuster les représentations mentales par rapport au parentage. Pour travailler les représentations parentales du bébé, l'échelle de Brazelton⁴ pourrait par ailleurs aider à mettre en évidence l'enfant réel et amener les parents à une meilleure compréhension des comportements et besoins spécifiques de celui-ci (De Vriendt-Goldman, 1998). Un autre outil prometteur paraît être l'entretien psycho-éducatif, développé par Razurel (Razurel, 2015). Il a comme but une diminution du stress perçu des mères à travers un travail sur les représentations des différents événements, tels que par exemple les pleurs du nourrisson. Cela pourrait leur permettre de trouver leurs propres ressources et favoriser leur sentiment de compétence (Razurel, 2016 ; Henin, 2016) tout en apportant une évaluation de leur soutien social.

2.3.6. Les interventions par des programmes comportementaux

Plusieurs auteurs ont fait des études pour évaluer des programmes comportementaux (St. James-Roberts et al., 2001 ; Barr et al., 2009 ; Hiscock et al, 2014 ; Fujiwara, 2015). Ces programmes peuvent augmenter le savoir quant aux pleurs des enfants mais, selon les résultats obtenus, ne changent pas de manière significative le comportement parental. Par ailleurs, Hiscock et al. (2014) ont mis en évidence que les symptômes dépressifs peuvent être diminués chez les mères grâce à un programme d'éducation. Néanmoins, cette diminution apparaît comme plus flagrante sur un niveau statistique que clinique. Il serait alors pertinent, d'examiner d'autres stratégies d'intervention.

⁴ Echelle Brazelton : conçue comme instrument pour mettre en évidence les compétences du nourrisson afin de mettre en lumière sa propre contribution à son propre développement et à l'élaboration de la relation parent-enfant (Brazelton & Nugent, 2001).

2.4. L'intérêt de la problématique

Comme évoqué dans la partie « Questionnement professionnel » de ce présent travail, la problématique des pleurs excessifs concernerait un large échantillon de la population en période post-partum. Ainsi, il apparaît essentiel de se soucier de situations pouvant être vécues par de nombreuses familles. Parmi celles-ci, des familles plus marginales pourraient constituer une population d'autant plus touchée par ces situations, car plus sujettes à différents facteurs de risque.

La thématique des pleurs excessifs est une question complexe dans le sens où elle entraîne l'interaction d'aspects eux-mêmes complexes :

- des représentations parentales qu'il s'agit d'investiguer et de faire émerger
- des contextes personnels, culturels et sociaux à prendre en considération
- une possible culpabilité parentale émanant notamment de la frustration de ne pas pouvoir répondre de manière efficace aux pleurs du bébé
- le risque de l'établissement d'un cercle vicieux dans le sens où parents et enfants sont en interactions relationnelles continues et que, de ce fait, l'état physique, psychique et émotionnel de l'un a des répercussions directes sur le bien-être et la santé de l'autre.
- des enjeux de taille par rapport à la santé du couple et de la famille à préserver
- le risque de violence et de conséquences importantes et irréversibles à l'égard de l'enfant
- la parentalité et le nouvel équilibre familial en construction, ce qui implique une adaptation constante et une vulnérabilité conséquente

Par ailleurs, les interventions auprès des familles lors de vécus de pleurs excessifs font partie intégrante du rôle sage-femme. En effet, ces professionnelles ont comme devoir de promouvoir la santé, infantile, maternelle et familiale. Mieux connaître de telles situations fréquemment rencontrées constitue donc pour elles une évidence.

Affiner leurs compétences afin d'y répondre de manière plus pertinente, suffisamment tôt, offrirait des résultats probants, le bien-être et la reconnaissance des familles ainsi que, de manière indirecte, une valorisation de leur profession. C'est aussi l'occasion d'étudier les réseaux pouvant entourer les familles durant cette période et d'interroger la nécessité et l'utilité de les mobiliser, ainsi que de relever le défi de les faire fonctionner de manière optimale.

Enfin, la question se pose au niveau institutionnel, régional, cantonal voire fédéral d'investiguer les lignes directrices déjà en place, de les développer et de les adapter. Quels aménagements proposer ? Quelle politique défendre ou favoriser ?

Pour toutes ces raisons, il paraît donc judicieux de poser la question de recherche suivante :

Comment promouvoir une relation parents-enfant saine lors de problématiques de pleurs excessifs ?

3. La dimension éthique

Pour ce présent travail, nous avons essayé de respecter les idées et arguments des auteurs. Il est toutefois possible que nous ayons mal interprété leurs propos, et ceci contre notre gré. Nous sommes conscientes que cette revue de littérature n'est pas exhaustive. Elle permet seulement une vision limitée de la question de recherche et nos conclusions sont, de ce fait, tout à fait discutables.

Lors du choix des articles, il n'y avait pas de souci d'éthique soulevé, car l'intervention, conçue dans un but de bienfaisance, ne posait pas de problèmes liés à la justice ou à la non-malfaisance, par exemple (AMM⁵, 1964). Par ailleurs, toutes les études ont respecté la confidentialité et, à part l'étude de Kurth et al. (2010) qui se base sur les données de la Fédération Suisse des Sages-femmes (FSSF), tous les participants ont donné leur consentement. Nash, Morris & Goodman (2008), tenus au devoir de protection de l'enfance de par leur rôle professionnel, ont précisé cet aspect aux parents. De plus, les parents ayant été signalés auprès des instances de protection de l'enfance ont été exclus.

Par ailleurs, une des sept exigences⁶ d'Emanuel, Wendler & Grady (2000) concernant l'éthique dans les recherches médicales, a suscité notre attention, à savoir la sélection équitable. A plusieurs reprises, nous avons discuté du fait que les personnes allophones étaient exclues des études. Cette décision se conçoit aisément car est plus compliqué de faire remplir des questionnaires ou mener des interviews avec des personnes ne comprenant pas la langue. Toutefois, elle soulève la question de la justice. En effet, les personnes ne parlant pas la langue et ne connaissant souvent pas très bien le réseau sont plus susceptibles d'être dépourvues des ressources nécessaires lorsqu'il s'agit de faire face aux pleurs excessifs de leurs bébés. Par ailleurs, les personnes allophones présentent aussi plus souvent des facteurs de risques psychosociaux et sont, d'après les études, encore une fois plus à risque d'être confrontées à la problématique soulevée dans cette présente revue de littérature. Des interventions holistiques devraient pour cette raison être étudiées quant à leur faisabilité, entre autres avec une population à risque, même si cette

⁵ AMM : Association Médicale Mondiale

⁶ Amélioration des connaissances, validité scientifique, sélection équitable, bonne ratio risque – bénéfique, non intérêt des chercheurs, consentement informé et confidentialité.

dernière n'arrive pas bien à s'exprimer dans la langue nationale. Ceci permettrait d'assurer la reproductibilité sur le terrain et, ainsi, augmenter l'équité dans les soins.

L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) est conscient de cette disparité dans les soins ; un rapport avec des recommandations concernant la santé maternelle des migrants a été élaboré (Rapport du Conseil Fédéral, 2015). Toutefois, « les raisons de ces disparités sont complexes et les données disponibles en Suisse n'en fournissent qu'une explication partielle » (Section Migration et santé de l'OFSP).

Selon Mauron (2007) du Conseil d'Ethique des HUG, l'éthique clinique se base sur trois types de sources dont une tradition de réflexion éthique propre à chaque profession. Pour les sages-femmes, cette tradition est soulignée par le Code de Déontologie pour les sages-femmes (Confédération internationale des sages-femmes, ICM, 2013).

Dans son préambule, l'ICM souligne que l'objectif est d'améliorer les soins donnés aux femmes, bébés et familles. Dans la pratique des sages-femmes, le point (e) souligne que « les sages-femmes servent de modèles en matière de promotion de la santé pour les femmes [...] pour la famille [...] ». La question de savoir comment promouvoir une relation saine entre parent et enfant s'inscrit tout à fait dans cette quête de promotion de la santé, non seulement de la femme, mais aussi de la famille et de l'enfant.

Enfin, le Code de Déontologie International pour les sages-femmes (IV.b) exige que « les sages-femmes développent et partagent des connaissances sur leur métier grâce à diverses méthodes dont le contrôle par les pairs et la recherche. » (FSSF, 1994, p.3). Nous considérons que le présent travail peut être vu comme l'une de nos premières expériences en ce sens sur le chemin de notre vie de professionnelles.

4. La méthodologie

4.1. Les bases de données utilisées

Afin d'obtenir le choix le plus large des articles concernant les pleurs, plusieurs bases de données ont été utilisées, notamment :

- Medline via **Pubmed**,
- Midwives Information & Resource Service (MIDIRS) avec psychINFO via **OID**,
- Banque de Données en Santé Publique (**BDSP**) et
- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (**CINAHL**).

4.2. La détermination des mots-clés

Pour trouver la question de recherche, la méthode PICO a été utilisée. Elle a permis par ailleurs une première discussion sur les mots-clés. Ainsi, pour la population (**PICO**), l'accent a été mis sur les pleurs « crying » traduisant l'enfant qui pleure, ensuite sur la dyade mère-enfant ou encore sur la triade parents-enfant. Nous voulions que l'intervention (**PICO**) soit en lien avec les compétences des sages-femmes. Les mots-clés « promotion de la santé », « éducation du patient comme sujet » devaient refléter ces interventions. La période d'intervention devait également être précisée. La comparaison (**PICO**) n'était pas primordiale pour la recherche d'articles. L'issue (**PICO**) devait aider à comprendre comment améliorer la prise en soins de familles dont un enfant pleure excessivement et ainsi rendre l'environnement plus propice à la naissance de relations saines au sein de la famille. Cet élément a permis d'ajouter dans la rubrique « population », les mots-clés « mère-enfant » ou « parent-enfant », « relation mère-enfant », et « relation parent-enfant ».

Afin de trouver les mots-clés et les MeSh-Terms en anglais, l'outil HONselect a été utilisé.

Tableau récapitulatif

	Mot-clé en français	Mot-clé, MeSh-term en anglais	Items trouvés
1	Période du post-partum	Postpartum Period	53 057
2	Nouveau-né	Infant, Newborn	525 382
3	Promotion de la santé	Health Promotion OR Health Promotions	98 832
4	Relation parent-enfant	Parent-Child Relations ⁷	48 136
5	Éducation du patient comme sujet	Patient Education as Topic	73 562
6	Pleurs	Crying	2 242

4.3. Les critères de sélection, d'inclusion et d'exclusion

Temporalité

Publication dans les dix ans passés.

Langue

Des articles dans les langues suivantes étaient recherchés :

- Français
- Anglais
- Allemand
- Espagnol

Cependant, seuls des articles rédigés en anglais ont finalement été retenus.

4.4. Le processus de sélection

La première base de données explorée a été Medline via Pubmed.

⁷ Ce terme a été adapté selon le terme proposé sur PubMed, c'est-à-dire : child relationship, parents OR child relationships, parent

Tableau récapitulatif

	Articles trouvés	Articles retenus
Combinaison de tous les MeSh-Terms (1 – 6)		0
Combinaison des termes 4 + 6		0
Combinaison des termes 6 + 4	109	3 Leerkes (2011) Kurth (2009) Bolten (2012)
Combinaison des termes 1, 3 + 4	6	0
Combinaison des termes 2, 4 + 6	57	2 Kurth (2010) Schmid (2009)
Combinaison des termes 1, 5 + 6	0	0

Les critères d'exclusion ont été :

- Publications datant de plus de 10 ans
- Publications de niveau de preuve inférieur à une étude cas-témoins
- Publications concernant les enfants prématurés
- Publications spécifiques à une problématique parentale (p.ex. dépression parentale, troubles psychiques parentaux, addictions parentales), infantile (p.ex. autisme) ou obstétricale (p.ex. césarienne)
- Publications spécifiquement ciblées sur le sommeil du nourrisson, le Syndrome du bébé secoué ou la violence parentale
- Populations non comparables à la population européenne
- Plusieurs publications d'un (de) même(s) auteur(s)

En outre, une exigence était que les publications soient complémentaires dans leurs apports respectifs quant à leurs objectifs et résultats notamment.

Par la suite, tous les titres ont été lus et, s'ils paraissaient pertinents, leur résumé a été examiné. La plupart des articles n'entraient pas dans le cadre relativement étroit de la question de recherche.

Il y avait un screening systématique des propositions de Pubmed ainsi que des bibliographies des articles choisis. Par ailleurs, dans la rubrique des MeSH Terms proposés pour chaque article, d'autres mots-clés ont été retenus et ont ainsi agrandi l'outil de recherche :

- Infant Behavior
- Mother-Child Relations
- Predictors
- Human
- Infantile colic
- Crying
- Mother-infant interaction
- Parental education
- Family functioning
- Family interaction

Par la suite, une nouvelle recherche avec des mots-clés a été effectuée.

	Articles trouvés	Articles retenus
Combinaison des mots-clés « predictors » AND « crying » AND « newborn OR infant »	22	2 Kurth (2010) Schmid (2011)
Combinaison des mots-clés « prevention » AND « newborn OR infant » AND « relation » AND « parent » AND « crying »	64	0
Combinaison des mots-clés « Infant behavior » AND « human » AND « mother-Child relations » AND « crying »	72	2 Kurth (2010) Schmid (2011)

Tous les articles dont le titre évoquait le sujet choisi ont été ouverts et examinés ce qui a permis de retenir d'autres mots-clés. Les articles proposés en marge de la page des résumés ont également été screenés et ouverts s'ils paraissaient pertinents.

La recherche suivante a été effectuée sur CINAHL avec les mots-clés :

- Crying babies
- Mother child relationship

	Articles trouvés	Articles retenus
Combinaison « crying babies » AND « mother child relationship »	4	1 Oldbury (2015)
Combinaison « predictors » AND « crying » AND « postpartum »	5	1 Kurth (2010)
Combinaison « health care » AND « infant colic »	31	0

Cette recherche a mis en évidence une revue de littérature qui avait comme sujet l'effet des pleurs sur la relation parent-enfant:

Oldbury & Adams. (2015) : *The impact of infant crying on the parent-infant relationship.*

Cette revue de littérature a permis de faire le lien vers l'étude qualitative suivante :

Nash (2008). *A Study Describing Mothers' Opinions of the Crying Behaviour of Infants Under One Year of Age.*

Ensuite, la recherche a été poursuivie dans MIDIRS et psychINFO :

Combination	Articles trouvés	Articles retenus
« Crying » AND « Prevention »	24	0
« Infant colic »	23	1 Salisbury (2012)
« Crying » AND « Attachment »	15	2 Leerkes (2011) Oldbury (2015)
« Predictors » AND « crying »	12	1 Kurth (2010)
« Crying » AND « family functioning »	2	0

La recherche dans la base de données BDSP n'a pas permis de retenir d'autres articles.

Suite à cette recherche, neuf articles avaient été retenus:

- Nash et al. (2008). *A Study Describing Mothers' Opinions of the Crying Behaviour of Infants Under One Year of Age.*
- Kurth et al. (2010). *Predictors of Crying Problems in the Early Postpartum Period.*
- Kurth et al. (2011). *Crying Babies, tired mothers : what do we know? A systematic review.*
- Leerkes et al. (2011). *Mothers' Emotional Reactions to Crying Pose Risk for Subsequent Attachment Insecurity.*
- Schmid et al. (2011). *Predictors of crying, feeding and sleeping problems : a prospective study.*
- Bolten et al. (2012). *Maternal Self-Efficacy Reduces the Impact of Prenatal Stress on Infant's Crying Behavior.*

- Salisbury et al. (2012). *A Randomized Control Trial of Integrated Care for Families Managing Infant Colic.*
- Oldbury & Adams (2015). *The impact of infant crying on the parent-infant relationship.*

Dans ce premier choix, il y avait deux revues systématiques (Kurth et al., 2011 et Oldbury & Adams, 2015). Le choix délibéré a été d'utiliser ces revues pour le cadre de référence théorique ainsi que pour la discussion.

L'étude de Leerkes et al. (2011) a été finalement écartée car, malgré son titre prometteur, elle ne rentrait pas dans la cible de cette revue de littérature.

4.5. La sélection finale d'articles

Ci-dessous la sélection finale d'articles retenus pour ce travail :

Nash, C., Morris, J. & Goodman, B. (2008). A Study Describing Mothers' Opinions of the Crying Behavior of Infants Under One Year of Age. *Child Abuse Review* 17, 191 – 200.

Kurth E., Spicher E., Cignacco E., Powell Kennedy H., Glanzmann R., Schmid M., Staehelin K., Schindler C. & Zemp Stutz E. (2010). Predictors of Crying Problems in the Early Postpartum Period. *JOGNN* 39 (2010), 250 – 262.

Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R. & Wolke D. (2011). Predictors of crying, feeding and sleeping problems : a prospective study. *Child : care, health and development* 37 (4), 493 – 502.

Bolten, M.I., Fink, N.S. & Stadler C. (2012). Maternal Self-Efficacy Reduces the Impact of Prenatal Stress on Infant's Crying Behavior. *The Journal of Pediatrics*, 104 – 109.

Salisbury A.L., High P., Twomey J.E., Dickstein S., Chapman H., Liu J. & Lester B. (2012). A Randomized Control Trial of Integrated Care for Families Managing Infant Colic. *Infant Mental Health Journal* 33(2), 110 – 122.

4.6. Les limites et contraintes de la démarche de recherche d'articles

Beaucoup d'articles ont été écrits sur le sujet des pleurs des nouveau-nés. Plusieurs d'entre eux ont choisi un aspect spécifique de cette problématique. Pour cette revue de littérature, les problématiques de pleurs que rencontre le plus grand nombre de parents ont été privilégiées. Le reste des études a été trié à la lecture du résumé et suite à un survol ou lors d'une lecture approfondie de l'article en tenant compte des critères d'exclusion. La sélection a été effectuée et discutée par les deux auteurs.

Beaucoup de liens ont été faits par le screening des articles proposés en marge de la page PubMed ou encore par celui des bibliographies. Cette manière de procéder n'était donc pas méthodique. Il est par conséquent difficile de la reproduire.

4.7. La recherche de littérature pour la construction du cadre de référence

Certains articles utilisés pour l'élaboration du pré-travail de ce travail de Bachelor ont été retenus pour la rédaction du cadre de référence ainsi que pour le questionnement professionnel.

Lors de la recherche d'articles pour cette présente revue de littérature, plusieurs d'entre eux ont finalement été utilisés pour l'élaboration du cadre de référence ou encore pour la discussion.

Les différents cours donnés à la HEdS en filière Sage-femme (notamment au sujet de l'attachement et du soutien social) ont aidé à compléter la recherche de littérature pour l'élaboration du cadre de référence. L'action des sages-femmes sur le sentiment de compétence a été recherchée avec le mot-clé « self-efficacy ». Des documents reçus lors des stages ont également servi de sources pour le cadre de référence et la discussion (Gremmo-Féger, 2007, Girard, 2012).

D'autres recherches par Google.com et Ecosia.org ont été effectuées, notamment concernant les lois et la déontologie.

Beaucoup de liens et de sources ont été trouvés par le screening de chaque bibliographie.

5. La description et l'analyse critique de la revue de littérature

5.1. Les tableaux récapitulatifs

Sur les pages suivantes, les cinq articles sélectionnés seront présentés brièvement dans un tableau. Ils apparaissent selon l'ordre chronologique de leurs années de publication.

Auteurs, année, titre de l'étude, type d'étude	Nash, C., Morris, J. & Goodman, B. (2008). A Study Describing Mothers' Opinions of the Crying Behavior of Infants Under One Year of Age. Qualitative : descriptive.
Méthodologie	Interviews semi-structurées, menées avec 24 mères d'enfants de 3 à 12 mois. (Echantillon déterminé par la saturation des données).
Objectifs / Problématique	Investiguer l'appréciation maternelle des pleurs du nourrisson afin d'établir les informations utilisables dans la prévention du syndrome du bébé secoué.
Résultats principaux	Sentiment de culpabilité parentale (n=10) concernant les pleurs prolongés de leur enfant. Pensent qu'ils devraient être capables de reconforter l'enfant. Constatation maternelle (n=12) que les pères semblent avoir pour stratégie de confier l'enfant pleurant à la mère. Sentiment parental que l'enfant pleure parfois juste pour attirer l'attention. Croyance parentale (n=8) que l'enfant ressent les tensions parentales dues à la fatigue ou aux disputes parentales. Témoignages parentaux que la fatigue parentale, souvent due aux pleurs, affecte particulièrement la capacité de répondre aux pleurs et mène souvent à la frustration. Propos parentaux contradictoires à propos de la représentation que les garçons ne devraient pas pleurer autant que les filles.
Limites énoncées par les auteurs	Les auteurs relèvent que les parents ne vont peut-être pas ouvertement parler de toute la panoplie de leurs réponses aux pleurs (notamment secouer leur enfant) lors de l'interview, car ils ont peur de se voir retirer par conséquent leur enfant et de ce fait, les résultats peuvent être biaisés. A la fin de l'étude les auteurs concluent que les données collectées peuvent être utiles pour l'élaboration d'un programme de prévention mais devraient, afin d'être relevant, encore être approfondies par d'autres recherches dans ce domaine.



Auteurs, année, titre de l'étude, type d'étude	<p>Kurth E., Spicher E., Cignacco E., Kennedy, P.H., Glanzmann R., Schmid M., Staehelin K., Schindler C. & Zemp Stutz E. (2010). Predictors of Crying Problems in the Early Postpartum Period.</p> <p>Quantitative : Cas-témoins</p>
Méthodologie	<p>Dans la base de données des sages-femmes indépendantes (SFI) suisses, tous les cas de problématiques de pleurs en 2007 ont été recensés (1636 dyades) et comparés à des cas contrôle (6129 dyades) suivis par la même SFI.</p>
Objectifs / Problématique	<p>Investiguer les facteurs socio-démographiques, reproductifs, maternels et de santé néonatale associés aux problèmes de pleurs durant le post-partum précoce.</p>
Résultats principaux	<p>Les associations les plus fortes avec les pleurs au post-partum précoce sont la dépression maternelle (OR=4.02), la décompensation psychique (OR=2.59), le fait d'être migrante (OR=1.34 pour les européens et OR=1.47 pour les extra-européens), la reprise du travail à 15 ou 16 semaines après l'accouchement (OR=1.38) ainsi que les complications après la naissance (OR=1.37)</p> <p>Facteur protecteur principal: multiparité (OR=0.53 pour le deuxième enfant, OR=0.31 pour ≥ 3 enfants).</p>
Limites énoncées par les auteurs	<p>Les chercheuses craignent que les SFI n'aient pas pu déceler et reporter toutes les problématiques de pleurs lors de leurs visites post-natales.</p> <p>Certains facteurs connus pour influencer les pleurs excessifs (tels que l'alimentation, le soutien social, les conflits conjugaux, le tempérament de l'enfant) n'ont pas été décrits dans la base de données et pour cela n'ont pas été analysés.</p> <p>Malgré une population large, elle n'est peut-être pas représentative de toutes les mères ayant accouché en 2007 en Suisse.</p>

Auteurs, année, titre de l'étude, type d'étude	<p>Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R. & Wolke D. (2010). Predictors of crying, feeding and sleeping problems: a prospective study.</p> <p>Quantitative : Cas-témoins. Etude prospective, longitudinale dans une population d'enfants hospitalisés en néonatalogie dans les 10 jours post-partum.</p>
Méthodologie	<p>L'échantillon de 7505 nouveau-nés (NN) hospitalisés a été enregistré et des données médicales, neurophysiologiques et psychosociales ont été récoltées par des interviews, un examen médical ainsi que du dossier médical.</p> <p>A 5 mois de vie (ajusté pour les prématurés), les parents des NN ont reçu un questionnaire pour évaluer les problèmes de régulation à ce moment-là (n=5093).</p>
Objectifs / Problématique	<p>Investiguer les signes annonciateurs (neurophysiologiques et psychosociaux) pré-, péri- et postnataux de problèmes de régulation (pleurs / sommeil / alimentation) à 5 mois dans une population d'enfants à risque de tels problèmes.</p>
Résultats principaux	<p>1/4 de l'échantillon souffre d'un seul problème de régulation (soit pleurs - 4.7% -, alimentation – 10.9% -ou sommeil – 9.7% -).</p> <p>5.4 % de l'échantillon souffre de problèmes multiples de régulation.</p> <p>Plus il y a de difficultés familiales ou de stress psychosocial, plus le risque de problématiques de pleurs ainsi que de problèmes multiples est augmenté.</p> <p>La prématurité est le premier prédicteur des problèmes multiples de régulation à 5 mois, devant les anomalies fœtales.</p> <p>Des problèmes familiaux et le stress psychosocial lors de la grossesse sont des facteurs de risque pour des problèmes de pleurs seuls ou combinés à d'autres problèmes de régulation (OR=1.25, OR=1.23 respectivement, P < 0,05).</p>
Limites énoncées par les auteurs	<p>La population étudiée risque de ne pas être représentative pour pouvoir généraliser les résultats pour des enfants qui ont besoin de soins de base uniquement.</p> <p>Les problèmes de régulation étaient principalement évalués par les réponses que les mères donnaient aux interviews. Des apports complémentaires par des journaux structurés auraient permis d'obtenir des données plus objectives.</p>

<p>Auteur, année, titre de l'étude, type d'étude</p>	<p>Bolten, M.I., Fink, N.S. & Stadler C. (2011). Maternal Self-Efficacy Reduces the Impact of Prenatal Stress on Infant's Crying Behavior.</p> <p>Quantitative : Cohorte avec une population générale composée de 120 participantes.</p>
<p>Méthodologie</p>	<p>Distribution de questionnaires sur le stress et l'auto-efficacité au troisième trimestre de la grossesse. Six semaines après l'accouchement, les parents ont rempli un journal comportemental de trois jours.</p> <p>D'autres données socio-démographiques et médicales sont issues d'une interview et des dossiers médicaux.</p>
<p>Objectifs / Problématique</p>	<p>Déterminer si le stress prénatal est associé à des problèmes de régulation comportementale et émotionnelle du nourrisson.</p> <p>Examiner si le sentiment de compétence des mères pouvait diminuer leur stress perçu.</p> <p>Analyser l'hypothèse que les mères dont les enfants ont des pleurs excessifs selon les critères de Wessel, démontrent plus de signes de stress, anxiété et dépression pendant la grossesse.</p>
<p>Résultats principaux</p>	<p>Le stress prénatal ($\beta=257$, $P=.011$) et l'auto-efficacité maternelle ($\beta= -.190$, $P=.011$) sont des prédicteurs significatifs de tout type de pleurs et d'agitation du nouveau-né.</p> <p>Le stress prénatal et le sentiment d'auto-efficacité sont liés.</p> <p>Lors de situations avec un stress prénatal important, les bébés pleurent moins lorsque les mères ont un haut sentiment d'auto-efficacité ($\beta= -.148$, $P=.94$).</p> <p>Les symptômes de stress, anxiété et dépression maternels prénataux sont associés à des enfants pleurant de manière excessive selon les critères de Wessel. Les mères d'enfants pleurant excessivement rapportent plus de symptômes de stress prénatal ($T_{(118,1)}=3.937$; $P<.001$) et plus de symptômes de dépression ($T_{(118,1)}= 2.905$; $P<.01$) et d'anxiété ($T_{(118,1)}=2.905$; $P<.01$).</p>
<p>Limites énoncées par les auteurs</p>	<p>Seul le stress en fin de grossesse a été pris en compte. La gravité du stress, sa chronicité, l'accumulation ou non d'événements stressants peuvent avoir une influence sur le vécu et n'ont pas été évalués.</p> <p>Le journal comportemental a été rempli uniquement pendant 3 jours (de 24 heures) consécutifs. Une durée plus longue serait préférable mais les auteurs craignent une moins bonne collaboration de la part des participantes.</p> <p>La population est plus âgée et d'un milieu socio-économique plus élevé que la moyenne suisse.</p>

Auteurs, année, titre de l'étude, type d'étude	Salisbury A.L., High P., Twomey J.E., Dickstein S., Chapman H., Liu J. & Lester B. (2012). A Randomized Control Trial of Integrated Care for Families Managing Infant Colic. Essai contrôlé randomisé.
Méthodologie	62 familles avec des enfants avec une problématique de pleurs excessifs (selon règle de Wessel) ont été randomisées en groupe SC (standard care ou prise en soins habituelle) et TX (groupe intervention). Les deux groupes ont rempli des questionnaires et un journal de comportement à l'entrée dans l'étude et après 2, 6 et 10 semaines. Les données ont été comparées. L'intervention était composée de trois séances avec un pédiatre et un psychologue clinicien qui essayaient de trouver des causes potentielles aux pleurs et les réponses possibles à ceux-ci. Le pédiatre se penchait davantage sur les raisons physiologiques pouvant être la cause des pleurs alors que le psychologue fournissait des informations sur les rythmes du bébé. Une diminution du stress et du sentiment d'incompétence des parents était recherchée. Des stratégies pour diminuer la détresse infantile et le stress parental étaient proposées et discutées. Parmi celles-ci, il y avait notamment : instaurer une régularité et des routines quotidiennes ou encore laisser des pauses de cinq à dix minutes à l'enfant pour s'autoréguler si les autres réponses aux pleurs étaient infructueuses. Les émotions parentales étaient accueillies par les professionnels et les parents encouragés à partager leurs sentiments avec d'autres personnes.
Objectifs / Problématique	Evaluer l'efficacité d'un traitement psychosocial basé sur la famille par rapport à une prise en soin pédiatrique standard pour diminuer les pleurs excessifs du nourrisson, améliorer son sommeil et/ou celui de ses parents et diminuer la dépression et le stress parental.
Résultats principaux	A 6 semaines PP, les pleurs diminuent plus dans le groupe avec intervention familiale (TX) que chez le groupe contrôle (SC). Plus de bébés du groupe TX sortent des critères cliniques des coliques. Aucune mère du groupe TX n'augmente son score d'attitudes et de symptômes dépressifs dans l'Inventaire de dépression de Beck (BDI ⁸) à 10 semaines PP, tandis que 26.67 % des mères du groupe SC le font. 83.33 % des mères du groupe TX diminuent leur score de 3 points à l'échelle BDI pour 40% des mères du groupe SC (P = 0.02). Les résultats ajustés sont non significatifs.
Limites énoncées par les auteurs	La randomisation a permis de faire deux groupes démographiquement similaires. Malgré ce fait, les enfants du groupe TX pleuraient significativement plus au début de l'étude (p< 0.01). Les auteurs tentent

⁸ Questionnaire en 21 items permettant d'évaluer l'existence et la sévérité d'une dépression clinique. Il a été publié pour la première fois en 1961 par Beck, un psychiatre américain (Beck & Steer, 1984).

	<p>d'expliquer cette différence par le fait que l'étude n'était pas menée en double aveugle. Par ailleurs, ils craignent que la modeste taille de l'étude ait pu causer les différences au début de l'étude ainsi que des erreurs de mesures.</p> <p>Il est possible que la prise en soins au sein de la clinique ait changé sans que cela soit voulu.</p> <p>Dans quelques situations, des prises en soins psychiatriques furent ajoutées à l'intervention testée. Le moment lors duquel elles ont eu lieu ainsi que leur fréquence n'ont pas été analysés par les chercheurs. Ces prises en soins pourraient pourtant avoir un impact sur les issues mesurées.</p>
--	--

5.2. L'analyse critique des articles

5.2.1. Les publications

Auteurs

La plupart des équipes des études retenues (Nash et al., 2008 ; Schmid et al., 2011 ; Bolten, Fink & Stadler, 2012) était constituée de manière homogène quant à leurs professions. Soit il s'agissait d'infirmières et infirmiers-enseignants (Nash et al., 2008), de psychologues (Schmid et al., 2011) ou encore de psychiatres en pédiatrie (Bolten et al., 2012). Deux études, quant à elles, ont été menées par des équipes multidisciplinaires. Une des équipes (Kurth et al., 2010) est composée de sages-femmes, infirmières-sages-femmes, une infirmière, un pédiatre ainsi que de chercheurs en santé publique et « gender studies ». L'autre équipe pluridisciplinaire (Salisbury et al., 2012) compte une infirmière, des pédiatres, des psychiatres spécialisés, ainsi qu'un psychologue et une statisticienne.

Les auteurs de tous les articles travaillent en milieu universitaire et pour toutes les études au moins une personne possède le titre de PhD, certifiant donc qu'elle a déjà entrepris un travail de recherche. Les professions dont sont issues les chercheurs légitiment la réalisation de leur étude.

La problématique de pleurs est complexe et s'étend sur tout le système familial. Il paraît regrettable que la plupart des études soient faites par des équipes uniprofessionnelles. Des équipes interprofessionnelles pourraient avoir l'avantage d'une vision d'ensemble plus large et l'apport de leurs différentes philosophies de

soins pourraient également enrichir les discussions sur des lignes de pratique communes et l'éthique, par exemple.

Il est aussi étonnant que ce sujet ne soit pas plus décrit par des chercheuses sages-femmes, ce thème les concernant de près.

Les revues, dates, ranking et Impact Factors⁹

Titre	Année	Revue	Ranking	Impact Factor
A Study Describing Mothers' Opinions of the Crying Behaviour of Infants Under One Year of Age	2008	Child Abuse Review	Social Work 18/40	0.841 (2013)
Predictors of Crying Problems in the Early Postpartum Period	2010	Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing (JOGNN)	Nursing Social Science 47/109 Nursing Science 50/111 Obstetrics & Gynecology 67/79	1,331 (2010)
Predictors of crying, feeding and sleeping problems: a prospective study	2011	Child: care, health and development	Psychology Developmental 36/68 Pediatrics 50/120	1.201 (2011)
Maternal Self-Efficacy Reduces the Impact of Prenatal Stress on Infant's Crying Behavior	2012	The Journal of Pediatrics	Pediatrics 6/119	3.79 (2014/2015) 5-years-Impact-Factor: 4.152
A Randomized Control Trial of Integrated Care for Families Managing Infant Colic	2012	Infant Mental Health Journal	Psychology Developmental 58/68	1.071 (2014)

Les facteurs d'impact (impact factor) de toutes les études sont plutôt bas. Aucun n'est au-delà de 4 points. Ce point n'était pas décisif pour le choix des articles. Une étude qui se penchait sur la validité des facteurs d'impact par rapport aux essais

⁹ L'*impact factor* (traduction : « facteur d'impact ») permet de manière indirecte d'évaluer la visibilité d'une revue scientifique. Cette évaluation s'appuie sur une moyenne de citations de ces revues. Ceci permet de déterminer si ces dernières sont lues par les scientifiques.

contrôlés randomisé a par ailleurs conclu que ce n'était pas un outil pertinent pour mesurer la validité d'un essai randomisé (Barbui, Cipriani, Malvini & Tansella, 2006).

Cependant, toutes les études de cette revue de littérature ont été publiées dans des revues scientifiques reconnues comme telles et répertoriées par PubMed.

Toutes les études ont par ailleurs été publiées dans les dix dernières années, ce qui était un critère d'inclusion pour ce présent travail.

Les populations et le recrutement

Plusieurs études se basent sur une population qui consulte dans une clinique spécialisée ou encore à l'hôpital pédiatrique régional (Nash et al., 2008 ; Schmid et al., 2011 ; Salisbury et al., 2012). Seule une de ces trois études (Salisbury et al., 2012) s'adresse à des personnes qui donnent suite par elles-mêmes à une annonce de la clinique pédiatrique. Les deux autres études recrutent les participants pendant l'hospitalisation de l'enfant ou une consultation, ce qui permet d'atteindre une population plus générale. Une autre étude (Bolten et al., 2012) recrute les femmes enceintes dans un cours de préparation à la naissance. Finalement, l'étude de Kurth et al. (2010) utilise la base de données de la FSSF. Cela permet d'atteindre environ la moitié des naissances vivantes en Suisse pendant l'année étudiée (2007).

Le recrutement de deux études pourrait biaiser les résultats :

- *Bolten et al. (2012) ont recruté leurs sujets lors d'une PNP. Les auteurs sont conscients du risque du biais et mettent en garde d'une généralisation abusive des données à cause de cette population qui a une moyenne socio-économique plus élevée.*
- *Salisbury et al. (2012) qui ont recruté les participants à l'aide d'une annonce, les ont rémunérés, ce qui pose non seulement des questions quant au biais de recrutement, mais aussi par rapport à l'éthique.*

Alors que l'étude de Schmid et al. (2011) est assez récente, il est étonnant de découvrir que les données qui y sont analysées datent en fait des années 1985 et 1986. En effet, beaucoup de changements ont eu lieu depuis, au niveau de la structure familiale notamment.

Les lieux

Deux études seulement précisent la région dont leur population est issue (Schmid et al., 2011 ; Kurth et al., 2010). Kurth et al. (2010) se basent sur les données des sages-femmes indépendantes de la Suisse mais ne précisent pas dans leur recueil de données si ces dyades mère-enfant vivent à la campagne, en ville ni dans quelles régions linguistiques de la Suisse.

Les autres études étaient probablement réalisées dans la région où travaillent les auteurs. Il s'agit de la région bâloise (Bolten et al., 2012), du sud-ouest de la Grande-Bretagne (Nash et al., 2008) ou encore dans l'Etat de Rhode Island, Etats-Unis (Salisbury et al., 2012), région comparable à l'Europe centrale.

Il semble étonnant que, pour ces études, la région ne soit pas spécifiée par les auteurs. Néanmoins, les résultats de toutes les études devraient être transposables à la population suisse, bien que chaque région précédemment citée ait sa spécificité.

Les échantillons

La taille des différentes études est très variable. Elle s'étend de 24 dyades étudiées (Nash et al., 2008) à 7765 dyades (Kurth et al., 2010). La taille de l'échantillon de l'étude de Nash et al. (2008), n'a pas été déterminée initialement, mais la recherche de dyades mère-enfant s'est arrêtée à la saturation des données. Les deux études « cas-témoin » ont eu à disposition une grande base de données. Cela permet d'en extraire des résultats probants quant aux facteurs de risque des pleurs.

Il est regrettable que l'étude de Salisbury et al. (2012) n'ait pas pu sélectionner un échantillon plus grand, les résultats auraient pu atteindre un intérêt plus élevé avec une signification plus haute.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Toutes les études énoncent clairement leurs critères d'inclusion et d'exclusion.

La plupart des études exclut les personnes allophones. En Suisse, en particulier à Genève, où on rencontre beaucoup de personnes ne parlant pas la langue locale, il paraît regrettable de ne pas inclure une partie importante de la population. Cet aspect constitue par conséquent un biais non négligeable à prendre en considération.

5.2.2. La méthodologie

Les types d'étude

Nash et al. (2008) ont utilisé une approche qualitative pour explorer le ressenti maternel quant aux pleurs. Pour évaluer les facteurs de risque des pleurs, Kurth et al. (2010) et Schmid et al. (2011) ont utilisé des études « cas-témoin ». L'impact du sentiment de compétence sur le stress prénatal et les pleurs de l'enfant a été analysé par une étude de cohorte (Bolten et al., 2012). Finalement, Salisbury et al. (2012) ont mesuré l'impact de leur intervention à l'aide d'un essai contrôlé randomisé.

Toutes ces approches paraissent adaptées à la question de recherche posée en amont.

Les outils

Les chercheurs de cette revue de littérature ont utilisé des outils de mesures reconnus dans le domaine. Pour Salisbury et al. (2012) il s'agit de :

- *Colic Symptom Checklist* (Lester, 1997 ; Lester, Boukydis, Garcia Coll & Hole, 1990 ; Lester, Boukydis, Garcia Coll, Hole & Peucker, 1992)
- *Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire* (Orenstein, Shalaby & Cohn, 1996)
- *Infant Behavior Questionnaire* (Rothbart, 1981)
- *Beck Depression Inventory* (Beck & Steer, 1984)
- *Parenting Stress Index-Short Form* (Abidin, 1995 ; Loyd & Abidin, 1985)
- *Infant Behavior Diaries* (Barr, Kramer, Boisjoly, McVey-White & Pless, 1988)

Bolten et al. (2012), quant à eux, utilisent aussi ce dernier outil ainsi que :

- *Depression, Anxiety and Stress Scale* (selon version allemande : Koeppel, 2001)
- Subscale « self-efficacy » of the *Competence and Control Questionnaire* (Krampen, 1991)

L'étude de Schmid et al. (2011) a permis d'investiguer deux types des facteurs de risque. D'un côté les facteurs de risque neurophysiologiques qui ont été évalués avec un système de notation qui a été élaboré pour cette étude mais qui s'apparente à d'autres systèmes de scores optimaux précédemment testés (Prechtl, 1968 ; Riegel, Ohrt, Wolke & Österlund, 1995). Un autre outil de l'étude de Riegel et al. (1995) a été utilisé pour cette présente étude :

- Intensity of neonatal treatment index score

De l'autre côté, l'axe psychosocial a été évalué par l'âge maternel, le status socio-économique, le tabagisme avant et pendant la grossesse, l'allaitement maternel ainsi que les index suivants (Riegel et al., 1995) :

- Parent-infant relationship index
- Family adversity index
- Psychosocial stress index

L'étude de Kurth et al. (2010) a analysé tous les paramètres nommés dans la statistique des sages-femmes indépendantes (SFI) suisses. Les études sont parallèlement construites à partir de données issues de questionnaires standardisés (Kurth et al., 2010 ; Schmid et al., 2011), d'interviews structurées (Schmid et al., 2011 ; Bolten et al., 2012) ou semi-structurées (Nash et al., 2008). Ces derniers chercheurs ont par ailleurs construit leur grille d'entretien sur la base de la littérature existante. Schmid et al. (2011) se sont aussi appuyés sur la littérature existante afin de définir les prédicteurs de problèmes de régulation potentiellement rencontrés par les enfants. Le lecteur peut ainsi apprécier une tablette très détaillée qui décrit la méthode d'évaluation de ces éléments ; des références bibliographiques précisent l'origine des critères d'évaluation. Bolten et al. (2012), quant à elles, utilisent des rapports médicaux afin de récolter les données prénatales, périnatales et post-natales concernant les complications et caractéristiques de l'accouchement.

La diversité des outils d'évaluation utilisés témoigne par conséquent d'une intention pour les chercheurs de récolter des informations provenant de diverses sources (parents, professionnels et chercheurs) qui ajoute une plus-value à la pertinence des résultats obtenus.

Il est surprenant que Nash et al. (2008) aient introduit une question suggestive dans leur interview (“Interviewees were asked whether they felt that boys should be stronger than girls and should not cry as much”, p.197). Une telle question ne semble pas pertinente dans une étude qualitative qui a comme but l’exploration de l’opinion maternelle.

La solidité des analyses des résultats

L’étude qualitative a utilisé un processus adéquat pour extraire des résultats. Les interviews ont été transcrites en moins de sept jours pour annoter également la communication non verbale. Les sujets relevant ont été extraits à l’aide d’une grille de codage.

Cependant, il est étonnant que tous les résultats ne soient pas donnés avec le nombre de citations concernées, ce qui serait plus pertinent pour prendre en compte ce travail.

Toutes les études quantitatives (Kurth et al., 2010, Schmid et al., 2011, Bolten et al., 2012 et Salisbury et al., 2012) ont effectué une statistique robuste testée par des analyses de régression. Ils ont utilisé également différents outils pour mesurer les variables continues, catégorielles et ordinales. De plus, pour toutes ces études, un facteur était considéré comme significatif avec un $p < 0.05$.

Kurth et al. (2010) livre les P values dans une forme abrégée à deux chiffres après la virgule ce qui donne un moins bon aperçu de la pertinence d’un résultat.

Dans cette même étude, il manque aussi une définition de ce que sont des pleurs excessifs. Par ailleurs, comme le regrettent les auteurs, des facteurs importants quant aux pleurs, telle que la manière d’alimenter, le soutien social ou la qualité de la relation avec le partenaire, n’étaient pas à leur disposition.

De même, chez Bolten et al. (2012), les données maternelles et néonatales (âge maternel, gestité, âge gestationnel, poids à la naissance, entre autres) sont prises en compte en tant que facteurs de confusion, mais des facteurs tout aussi importants comme par exemple la satisfaction du suivi de la grossesse ou de la relation avec le partenaire ne le sont pas.

Dans l'étude de Schmid et al. (2011), beaucoup de facteurs ont été analysés, cependant, dans les tableaux, peu de données sont présentées. Par ailleurs, seuls les P values des résultats significatifs y sont notées. Le tableau de l'annexe répertoriant plus de résultats, ne présente aucune P value alors que dans le texte, elles y figurent.

Dans l'étude de Bolten et al. (2012) et Salisbury et al. (2012), il est étonnant que les résultats soient uniquement présentés dans le texte et qu'aucun tableau ne les reprenne.

L'étude randomisée (Salisbury et al., 2012) a recruté un nombre de participants trop faible pour présenter des résultats significatifs. Alors que leur intervention paraît très prometteuse, il est dommage qu'un si petit nombre (62 familles, soit une trentaine par groupe) ait été inclus dans l'étude. En plus, il paraît difficile de par la complexité de leur intervention de connaître le facteur qui influençait le plus les pleurs ainsi que les réponses parentales données à ces derniers.

5.2.3. L'éthique dans les études choisies

Une seule étude (Salisbury et al., 2012) ne mentionne pas que la recherche a été approuvée par un comité éthique. Toutes les autres études soulignent le consentement du comité éthique local ou universitaire (Nash et al., 2008 ; Kurth et al., 2010 ; Schmid et al., 2011 ; Bolten et al., 2012).

Les chercheurs ont obtenu le consentement éclairé des parents sauf une équipe (Kurth et al., 2010) dont l'étude « cas-témoins » s'est construite sur la base de données de la Fédération Suisse des Sages-femmes (FSSF). C'est donc elle qui a donné son consentement pour l'utilisation des données.

Pour l'étude de Salisbury et al. (2012), les parents y ayant pris part étaient payés pour leur participation. Cela peut sembler normal aux Etats-Unis mais peut aussi soulever des questions éthiques ou au moins des réflexions sur les raisons de leur participation et, de ce fait, constituer un biais potentiel pour l'étude.

Enfin, aucune des trois études quantitatives ne semble mettre en cause les trois principes éthiques que sont la justice, l'autonomie et la bienfaisance / non-malfaisance (AMM, 1964).

L'étude qualitative de Nash et al. (2008) soulève une question éthique par rapport à la justice. Dans cette étude qui veut explorer les opinions maternelles par rapport aux pleurs infantiles en vue d'élaborer des programmes de prévention, seules les stratégies de coping paternelles sont explorées. En plus, celles-ci sont décrites à travers le regard de la mère de l'enfant. Il se peut que cela ne pose pas de problématique éthique mais cela met en question la pertinence des résultats étant donné que cet aspect n'est pas discuté par les auteurs.

5.2.4. Les interventions et outils de mesure

Une seule étude, Salisbury et al. (2012), avait pour objectif de tester une intervention spécifique psychosociale basée sur la famille d'un enfant pleurant de manière excessive. Dans un premier temps, l'enfant était observé et examiné par un pédiatre comportemental et un clinicien en santé mentale. Des discussions s'engageaient ensuite autour des différents comportements de régulation. Les professionnels investiguaient également les facteurs psycho-sociaux des parents, leur soutien social et essayaient de trouver des stratégies avec les parents. Les réponses parentales à l'irritabilité de l'enfant étaient travaillées. De plus, les cliniciens recherchaient d'éventuelles problématiques chroniques individuelles, familiales ou de couple pouvant entraver l'évolution de leur traitement et la relation parent(s)-enfant. Si nécessaire, ils redirigeaient les individus concernés vers les spécialistes indiqués. Il s'agissait par conséquent d'une intervention avec une certaine complexité qui nécessite un certain nombre de moyens pour la reproduire auprès d'une population plus générale.

5.3. L'analyse transversale des résultats

5.3.1. Les réponses parentales aux pleurs

Dans leur étude qualitative, Nash et al. (2008) mettent en lumière deux aspects quant aux réponses parentales aux pleurs de leur enfant. Premièrement, sur un total de 24 parents, quasiment la moitié se sent coupable lorsque leur enfant ne peut être apaisé (n= 10). Il y a une diminution de leur propre estime à cause d'un écart entre ce qu'ils attendent (un parent devrait être capable de consoler son enfant) et leur réalité (leur enfant ne se calme pas alors qu'ils mettent tout en œuvre pour le faire). Le deuxième point soulevé dans cette étude est que les pères ont tendance à

remettre l'enfant à sa mère lorsque ce premier continue à crier (n = 12). Troisièmement, il apparaît que le niveau de fatigue parentale aurait une influence sur leur manière de répondre aux pleurs et affecterait leurs réponses aux pleurs. Les situations difficiles ainsi vécues iraient jusqu'à générer pleurs et/ou sentiment de frustration.

Ces résultats indiquent que des pleurs inconsolables risquent de générer un sentiment de culpabilité ainsi qu'une diminution du sentiment de compétence parentale.

La moitié des pères interrogés transmet l'enfant à sa mère quand il est inconsolable, ce qui paraît être une stratégie fréquemment utilisée.

La fatigue diminuerait la disponibilité parentale et contribuerait à un sentiment de frustration.

Comme déjà dit dans le chapitre traitant l'éthique, il paraît étonnant que les réponses maternelles ne soient pas plus explorées dans cette étude. Il aurait été intéressant d'apprendre ce que faisaient les mères et en quoi leurs réponses aux pleurs changeaient en fonction de la fatigue grandissante.

5.3.2. Les représentations parentales des pleurs

Toujours d'après l'étude de Nash et al. (2008), les personnes interviewées sont d'avis que parfois, leur enfant pleure uniquement pour attirer leur attention. Parallèlement, un tiers des interviewés (n=8) pense que le bébé perçoit la tension de ses parents lorsque ces derniers sont fatigués ou se disputent. La réaction des enfants se manifesterait selon ces mêmes parents par une attitude effrayée ou négative de l'enfant.

La plupart des parents interviewés sont d'avis que le sexe de leur enfant n'a aucune influence sur la quantité des pleurs de ce dernier. Malgré ces dires, certains propos semblent les contredire. En effet, un interviewé trouvait que son fils paraissait efféminé quand il pleurait et un autre, comparant son fils à une fille d'une connaissance, le trouvait beaucoup plus vigoureux. Les auteurs ne donnent pas d'indication quant au nombre de parents concernés par de tels dires ; seulement deux exemples sont cités.

Un tiers des personnes semble avoir une représentation négative des pleurs en pensant que l'enfant pleure uniquement pour attirer l'attention.

Il est étonnant que des chiffres manquent à ce sujet. En plus de cela, comme déjà cité dans le sous-chapitre « outils », il paraît également discutable d'introduire de telles suggestions, sachant que cela peut mener à des réponses induites.

5.3.3. Le sentiment de compétence

L'étude de Nash et al. (2008) met en lien les pleurs non apaisés avec un sentiment de culpabilité et une diminution du sentiment de compétence des parents (n = 10). De manière comparable, Bolten et al. (2012) obtiennent des résultats qui indiqueraient que le sentiment d'auto-efficacité influence les situations de pleurs excessifs. En effet, dans des situations avec un antécédent de stress prénatal, les nourrissons de mères ayant un sentiment de compétence important verraient l'agitation et les pleurs de leur bébé diminuer de manière significative ($\beta = -.190$, $P = .94$). L'effet du stress prénatal perçu serait ainsi compensé par un sentiment important d'auto-efficacité parentale.

Ces deux études apportent des résultats qui soulignent l'interaction entre pleurs et sentiment de compétence.

5.3.4. Les liens entre pleurs et relations au sein du couple

Dans l'étude quantitative sur les facteurs de risque des pleurs (Schmid et al., 2011), le risque quant aux pleurs excessifs monte de 1.32 (1.19 – 1.47) en présence d'un index de stress psychosocial élevé. Cet index regroupe plusieurs thématiques, entre autres les conflits entre partenaires mais aussi le décès récent d'un membre de la famille. Il est pour cela très difficile d'évaluer l'impact des conflits interrelationnels sur les pleurs par les résultats de cette étude. Par ailleurs, lors d'une adversité familiale élevée, le risque de pleurs se voit également élevé (1.33, CI = 1.20 – 1.48) mais les chercheurs ne précisent pas les thématiques regroupées sous ce terme.

Dans l'étude qualitative de Nash et al. (2008), huit personnes craignaient d'être, en se querellant avec le partenaire, la source des pleurs de leur enfant. Pour ces personnes, il semblerait que l'enfant perçoive les tensions entre les parents. Cependant, les chercheurs de l'étude n'approfondissent pas leur recherche afin

d'examiner davantage la relation entre les parents mais soulignent le phénomène de perdre patience et d'être plus tendu uniquement comme facteur de risque de secouer le bébé.

Ces résultats indiquent que les conflits au sein du couple paraissent être un facteur de risque de pleurs infantiles et sont par ailleurs également vécus comme tels par un bon nombre de parents.

Il n'y a aucun résultat quant aux conséquences des pleurs sur la relation du couple.

5.3.5. Les facteurs de risque des pleurs

Selon l'étude de Kurth et al. (2010), 59% des problématiques de pleurs apparaissent dans les 10 jours post-partum. Durant cette période, l'équipe des chercheurs a observé une association significative importante entre les situations de pleurs excessifs et la dépression maternelle (OR ajusté = 4.02, CI 2.91, 5.56 ; valeur p = 0.00). Selon cette même étude, la décompensation psychique maternelle est elle aussi associée de manière significative aux pleurs excessifs (OR = 2.59, CI 1.69, 3.97 ; valeur p = 0.00). L'étude de Bolten et al. (2012) confirme cet aspect. Les mères des enfants pleurant de manière excessive auraient eu plus de symptômes de stress durant leur grossesse ($T_{(118,1)} = 3.937$; valeur p < 0.001, Cohen d = 0.99), de dépression ($T_{(118,1)} = 3.0.83$; valeur P < 0.01, Cohen d = 0.85) ainsi que d'anxiété ($T_{(118,1)} = 2.905$; valeur P < 0.01, Cohen d = 0.82). Suite aux analyses de Schmid et al. (2011), se basant sur une population avec des problèmes néonataux, il apparaît que les problèmes familiaux et le stress psychosocial seraient des facteurs de risque de pleurs excessifs pour une telle population à l'âge de 5 mois. En effet, chaque facteur surajouté de problèmes familiaux ou stress psychosocial augmenterait de respectivement 1.25 fois (CI 1.11, 1.40) et 1.23 fois (CI 1.10, 1.38) ce risque.

Les autres facteurs de risques significatifs de pleurs excessifs découverts par l'étude de Kurth et al. (2010) sont un contexte migratoire (de provenance européenne : OR = 1.34 CI 1.16, 1.55, valeur p = 0.00, de provenance non-européenne : OR = 1.47, CI 1.20, 1.80, valeur p = 0.00), la reprise du travail directement après le congé-maternité accordé (OR = 1.38, CI 1.07, 1.79, valeur p = 0.01) ainsi que la présence

de complications maternelles après la naissance (OR = 1.37, CI 1.16, 1.61, valeur p = 0.00).

Par ailleurs, selon l'étude de Schmid et al. (2011), la grande prématurité et les anomalies fœtales apparaîtraient comme des facteurs de risque importants de pleurs excessifs ainsi que de problèmes associés de sommeil et d'alimentation à l'âge de 5 mois. De manière contrastée, l'étude de Kurth et al. (2010) met en évidence que les problèmes de santé néonatale constitueraient un facteur protecteur envers les pleurs excessifs (OR ajusté = 0.43, CI 0.36, 0.52, valeur p = 0.00). Les auteurs expliquent ce phénomène étonnant par deux hypothèses. Premièrement, il se pourrait que ces enfants soient plus faibles et par conséquent, leurs pleurs le seraient aussi. Deuxièmement, à l'échelle d'une raison importante d'hospitalisation, les pleurs excessifs perdraient de leur importance. Par ailleurs, Kurth et al. (2010) ont également trouvé des données notifiant que les pleurs augmenteraient parallèlement à l'âge gestationnel (OR ajusté : 1.06, CI 1.01, 1.12).

Trois études nomment des composantes psychosociales comme facteurs importants pour les pleurs excessifs du nourrisson (Schmid et al., 2011 ; Kurth et al., 2010 ; Bolten et al., 2012) : le stress perçu pendant la grossesse, la dépression maternelle, l'anxiété maternelle et la décompensation psychique de la mère, notamment.

Une étude quantitative à grande échelle désigne ainsi la migration, la reprise du travail directement après le congé maternité payé et les complications maternelles comme facteurs de risque significatifs.

Quant à la prématurité, deux études ont trouvé des résultats discordants. Pour Schmid et al. (2011), la prématurité serait un risque de pleurs augmentés alors que pour Kurth et al. (2010), le taux des pleurs monterait parallèlement à l'âge gestationnel.

5.3.6. Les facteurs protecteurs des problématiques des pleurs

La multiparité serait un facteur protecteur des problématiques de pleurs excessifs. En effet, Kurth et al. (2010) obtiennent des résultats indiquant que le fait d'être mère de 2 enfants ou plus diminue significativement (valeur p = 0.00) le risque de pleurs

excessifs chez leur nourrisson (2^e enfant : OR = 0.53, CI 0.45, 0.63 ; dès le 3^e enfant : OR = 0.31, CI 0.24, 0.41).

Selon Bolten et al. (2012) un sentiment d'auto-efficacité parentale augmenté ($\beta = -.190$, $P = 0.47$) atténuerait les effets négatifs d'une situation de stress prénatal ($\beta = 257$, $P=0.11$). Ainsi, les bébés de mères avec un niveau élevé de sentiment de compétence pleureraient et s'agiteraient moins ($\beta = -.148$, $P = 0.94$) que leurs homologues dont les mères auraient un sentiment de compétence moins important.

Enfin, comme déjà abordé antérieurement, pour Kurth et al. (2010), l'hospitalisation maternelle (OR = 0.30, CI 0.10, 0.92, valeur $p = 0.04$) et infantile (OR = 0.43, CI 0.36, 0.52, valeur $p = 0.00$) s'avèreraient des facteurs protecteurs.

La multiparité, un sentiment d'auto-efficacité parentale élevé ainsi que l'hospitalisation maternelle ou infantile apparaissent comme facteurs protecteurs de pleurs infantiles.

5.3.7. L'influence d'une intervention

Une intervention psychosociale individualisée et centrée sur la famille pourrait, selon l'étude de Salisbury et al. (2012), diminuer de manière significative la durée moyenne des pleurs par jour entre le début de la prise en soin et la 6^e semaine suivante (valeur $p = 0.015$). Ainsi les résultats indiquent une réduction durant cette période de plus de 3h quotidiennes dans le groupe avec une thérapie de type familial (64% de réduction ; CI = 60 – 69 %) alors que dans le groupe qui a reçu une prise en soins habituelle, les pleurs diminuaient d'une heure seulement (27% de réduction ; CI = 24-30%). Pendant cette même période, les chercheurs notent que plus d'enfants du groupe « thérapie familiale » (85.71%), comparé au groupe « intervention standard » (51.85%) ne répondent plus aux critères des coliques suite aux prises en charge respectives (valeur $p = 0.007$). Enfin, les pleurs physiologiques en début de soirée diminueraient de manière significative (valeur $p = 0.0006$) dans le groupe « intervention familiale ».

Une intervention de type psychosocial, individuel et centré sur la famille et ceci pour une durée de 6 semaines, apporterait les résultats concrets suivants : réduction de la durée des pleurs et de leur fréquence en fin de journée. Un suivi conventionnel

n'apporterait pas un résultat si important. Cependant, ces résultats très prometteurs doivent être pris en considération avec précaution. Comme l'ont remarqué les auteurs, le nombre de participants n'est pas assez important et, surtout, ils ont perdu trop de sujets en cours d'étude. En plus, étant donné que ce programme est celui développé par les chercheurs eux-mêmes et que l'étude n'était pas menée en double aveugle, il est possible qu'une évaluation objective des résultats ait été difficile.

6. La discussion

6.1. Les stratégies de coping et réponses parentales aux pleurs

Les stratégies de coping sont les réponses inconscientes et conscientes mises en place pour faire face à un événement perçu comme stressant (Chabrol & Callahan, 2013). Ces stratégies sont plus ou moins ciblées sur le problème même et elles peuvent être plus ou moins efficaces dans une situation donnée (Bouchard & Thériault, 2003). Il existe aussi des facteurs internes et externes à la personne qui influencent ses stratégies de coping. De cette revue de littérature émerge la constatation que la fatigue diminuerait la capacité de faire face aux pleurs (Nash et al., 2008). Cette constatation apparaît également dans d'autres études (Razurel et al., 2011 ; Kurth, Kennedy, Spichiger, Hösli & Zemp Stutz, 2011). L'étude de Kurth et al. (2011) décrit non seulement comment les pleurs des nourrissons engendrent la fatigue maternelle, mais aussi que cette dernière diminuerait la réponse empathique de la mère aux pleurs de son enfant. Cependant, selon l'étude de Smart & Hiscock (2007), le conseil donné par les professionnels de se reposer davantage a été considéré comme aidant par seulement 41% des mères et 23% des pères.

La fatigue n'est pas le seul facteur qui diminuerait la capacité parentale de répondre de la manière qui leur semble adéquate. Selon Razurel et al. (2011), il semblerait que le soutien social perçu les influencerait aussi et que les stratégies seraient passives et centrées sur les émotions si le soutien social n'est pas satisfaisant.

Il apparaît que **les premières stratégies** mises en place seraient centrées sur l'enfant. Les parents, premièrement, essaient tous les moyens qu'ils trouvent pour diminuer les pleurs (Ellett, Appleton & Sloan, 2009; Landgren & Hallström, 2011 ; Kurth et al. 2013). Il s'agirait notamment de :

- Parler à l'enfant, le calmer, chanter (Landgren & Hallström, 2011 ; Kurth et al., 2014)
- Prendre l'enfant dans les bras (en face-à-face) (Landgren & Hallström, 2011)
- Le tapoter gentiment, le câliner (Landgren & Hallström, 2011 ; Kurth et al., 2014)
- Lui apporter un contact physique proche, le bercer dans les bras (Landgren & Hallström, 2011 ; Kurth et al., 2014)

- Le porter, faire des tours en voiture, le bercer dans la poussette (Landgren & Hallström, 2011 ; Kurth et al., 2014)
- Alimenter l'enfant, changer de lait ou varier la manière de lui donner à manger (Landgren & Hallström, 2011)
- Chercher l'information soit sur Internet, soit dans des livres ou auprès de tiers (Landgren & Hallström, 2011)

Dans différentes études (Ellett et al., 2009 ; Kurth et al., 2014), il ressort aussi que les parents seraient conscients de l'influence de leur propre état sur leur disponibilité concernant les besoins de leur enfant. Leurs stratégies dans un **deuxième temps** seraient donc de chercher des manières de diminuer leur propre stress, engendré par les pleurs du nourrisson. Par exemple :

- Se réjouir des petites choses (Ellett et al., 2009)
- Utiliser des Boules Quies® (Kurth et al., 2014)
- Respirer profondément (Kurth et al., 2014)
- Adapter ses représentations pour réduire la pression sur soi-même (Kurth et al., 2014).

La présente revue de littérature a investigué les stratégies des pères qui consisterait à rendre l'enfant à la mère quand il n'est pas consolable (Nash et al., 2008). Les deux partenaires partirait de l'idée que la mère serait plus apte à calmer le bébé que le père. Cela pourrait être aussi expliqué, selon Ellett et al. (2009), par le fait que les pères ne se sentent pas préparés du tout à de tels pleurs. Ceci serait valable pour les jeunes parents mais aussi pour des parents multipares (Kurth et al., 2014). Or, les pères de l'étude d'Ellett et al. (2009) ont trouvé des stratégies pour sortir de ce que ces chercheurs ont appelé « l'abîme des pleurs ». A part des stratégies citées plus haut déjà, certains pères étaient fiers de leur femme qui gérait non seulement l'enfant et ses pleurs mais qui travaillait aussi à l'extérieur. Cela leur permettait de mieux faire face à la situation.

En général, l'image qui émerge de la présente revue de littérature - le père qui rend l'enfant à la mère - n'est pas confirmée par d'autres études (Ellett et al., 2009 ; Landgren & Hallström, 2011). Il est difficile d'émettre des explications au vu du peu d'études analysées. Cependant, d'un point de vue sociologique, il serait intéressant

de connaître les représentations quant au rôle du père et les implications de ces derniers dans les pays scandinaves et dans le Royaume-Uni, où ces deux études ont été effectuées, et ce, afin de mieux comprendre une éventuelle différence socio-culturelle. Landgren & Hallström (2011) soulignent par ailleurs l'importance pour les mères de pouvoir partager le fardeau avec le père de l'enfant mais admettent que cela n'est pas toujours possible. Si ce partage s'avère impossible, cela paraît très difficile à vivre pour les mères.

6.2. Les représentations parentales face aux pleurs

Les représentations concernant les causes des pleurs infantiles influencent l'image donnée à l'enfant mais aussi les émotions provoquées par les pleurs. D'après cette revue de littérature, il semblerait que les parents peuvent croire que l'enfant pleure uniquement pour attirer l'attention (Nash et al., 2008). Ce résultat n'est pas retrouvé dans d'autres études. Cependant, les informations concrètes concernant les pleurs, la quantité, la normalité et le fait qu'ils ne concernent qu'une période, seraient perçues comme aidantes pour plus de la moitié des personnes consultant (Smart & Hiscock, 2007).

Par ailleurs, de nombreuses personnes seraient rassurées de savoir que l'enfant n'est pas atteint dans sa santé (Smart & Hiscock, 2007 ; Landgren & Hallström, 2011). L'étude d'Ellett et al. (2009) a entre autres montré que les informations données par rapport aux signes d'éveil et à la signification des pleurs peuvent en quelque sorte rendre aux pères le sentiment de contrôle. D'après l'étude de Kurth et al. (2014), les mères créeraient une sorte de liste des raisons des pleurs en commençant par les besoins physiques, suivis des besoins psychologiques et surtout, les mères expérimentées continueraient cette liste avec des pleurs sans raison et accepteraient qu'un bébé ne soit pas toujours heureux et satisfait.

Cette présente revue de littérature voit les différends familiaux non seulement comme des facteurs de risque des pleurs (Schmid et al., 2011), mais les décrit également comme une cause donnée par les parents aux pleurs de leur enfant (Nash et al., 2008). Partant de cette même idée, c'est-à-dire du lien entre une adversité au sein du couple et les pleurs infantiles, Papoušek & von Hofacker (1998) émettent l'hypothèse que les problèmes au niveau du couple ne sont pas

responsables des pleurs, mais une fois ces derniers installés, les querelles conjugales peuvent les maintenir. Cependant, lorsque les parents se confient à propos de tensions conjugales ou familiales, il paraît important, pour un professionnel de la santé, d'investiguer l'existence d'un sentiment de culpabilité. En effet, celui-ci pourrait interférer avec la réponse parentale aux pleurs.

6.3. Le sentiment de compétence

Selon Bandura (2007) « l'efficacité personnelle perçue concerne la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (p 12). Ne pas produire un résultat souhaité pourrait donc influencer la propre croyance quant à son efficacité personnelle. La présente revue de littérature montre un lien entre les pleurs excessifs et une diminution du sentiment de compétence. Les parents se sentiraient fautifs de ne pas pouvoir consoler leur enfant (Nash et al., 2008). Ces résultats correspondent à une autre revue de littérature (Kurth et al., 2011) qui souligne l'impact des pleurs notamment sur le plan mental et émotionnel. Cela se manifesterait entre autres par des sentiments d'incompétence ou de culpabilité. L'étude d'Ellett et al. (2009) met quant à elle en lumière le sentiment d'échec lié aux pleurs inconsolables ressenti par les pères. Les participants de l'étude qualitative de Landgren & Hallström (2011) décrivent aussi un sentiment de culpabilité et une perte de contrôle par rapport à la situation vécue.

D'un autre côté, un sentiment de compétence fort a un effet protecteur dans des situations de pleurs excessifs (Bolten et al., 2012). Il paraît donc important, en tant que professionnel, de soutenir ce sentiment de compétence afin de l'augmenter. Par ailleurs, les femmes attendent un soutien émotionnel et d'estime dans la période du post-partum précoce (Razurel et al., 2011). Enfin, Kurth et al. (2014) soutiennent la théorie que le sentiment de compétence augmente de toute manière chez les primipares dans les premiers trois mois grâce à l'acquisition de l'expérience. Cette même hypothèse ressort également d'autres études qualitatives (Ellett et al., 2009 ; Landgren & Hallström, 2011). Il semblerait qu'il y ait aussi un lien entre le sentiment de compétence et l'acceptation par les parents que les pleurs fassent partie de leur quotidien (Ellett et al., 2009 ; Landgren & Hallström, 2011 ; Kurth et al., 2014).

6.4. Le soutien social

En effet, plusieurs études ont souligné l'importance du soutien du conjoint (Landgren & Hallström, 2011 ; Razurel & Kaiser, 2015). Dans la présente revue de littérature, le soutien du partenaire n'est pas investigué. Razurel et al. (2011) mettent en avant que le soutien du partenaire paraît important mais qu'il ne serait pas toujours vécu de manière satisfaisante par les mères. Il apparaît donc comme nécessaire en tant que professionnel de la santé non seulement de s'enquérir de la présence du père mais aussi du soutien perçu de ce dernier. Il semblerait par ailleurs que le soutien social du partenaire soit ressenti de manière plus positive par les couples qui ont suivi un cours de préparation à la naissance (Razurel & Kaiser, 2015).

La question se pose alors de savoir si l'inclusion active du père dans les programmes d'intervention n'augmenterait pas la satisfaction parentale et laisserait mieux prendre sa place au père ? La satisfaction des participants concernant l'intervention ciblée sur toute la famille n'est pas plus élevée que celle mesurée dans une étude qui examinait la satisfaction d'une intervention standardisée sans inclure le père (Hiscock et al., 2014).

Ce phénomène pourrait être expliqué par le fait que les pères ne semblent pas avoir les mêmes besoins que les mères lors d'un accompagnement. En effet, Smart & Hiscock (2007) ont décrit dans leur étude que, pour les mères, il serait surtout important de parler des problèmes liés aux pleurs alors que les pères étaient en premier lieu rassurés par le fait que l'enfant n'avait pas de souci physique. Ces mêmes données ne sont pas retrouvées dans l'étude de Hiscock et al. (2014). Pour les parents de cette étude, pouvoir parler des sentiments, n'était pas perçu comme aidant. Le fait qu'il n'y ait pas de distinction entre les opinions des femmes et des hommes dans l'étude de Hiscock et al. (2014) pourrait expliquer cette différence.

Une autre forme de soutien social est par contre dépeinte dans la présente revue de littérature. Il s'agit du soutien informatif et du réseau social. Bolten et al. (2012) proposent que les femmes reçoivent des informations quant au réseau social existant et celles-ci devraient être adaptées en fonction des différentes phases du post-partum. Razurel et al. (2011) soulignent également l'importance de donner des informations relatives aux problématiques en même temps que celles-ci surviennent.

Kurth et al. (2010) mentionnent le besoin d'informer notamment les femmes migrantes du réseau social à disposition. Razurel & Kaiser (2015) ajoutent que des informations claires et basées sur l'évidence semblent diminuer l'anxiété. Les participants d'une étude sur un programme d'intervention (Hiscock et al., 2014) soulèvent par ailleurs qu'ils étaient surtout satisfaits par des informations concrètes qui expliquent la physiologie des pleurs et du sommeil.

D'autres études que celles de cette revue de littérature examinent de plus près le soutien social. Razurel et al. (2011) décrivent les différents types de soutien sociaux recherchés dans la période du post-partum. Dans le post-partum immédiat et précoce, les jeunes mères compteraient beaucoup sur les professionnels de la santé. Razurel & Kaiser (2015) font également ressortir l'importance d'un soutien d'estime sur le sentiment de compétence et la santé psychique des femmes. Razurel et al. (2011) mettent également en lumière l'importance d'un accompagnement sensible et valorisant, car un feed-back négatif de la sage-femme peut diminuer le sentiment de compétence de la femme. D'autant plus qu'une étude qualitative sur le vécu des parents rapporte que plusieurs parents se plaignent de ne pas se sentir écoutés et pris au sérieux par les professionnels de la santé (Landgren & Hallström, 2011).

Il paraît par ailleurs important de s'enquérir du soutien social à l'échelle plus large du système familial en question. En effet, la famille élargie et les amis peuvent fonctionner comme soutien (Landgren & Hallström, 2011 ; Razurel & Kaiser, 2015), mais ne sont pas toujours un soutien social perçu comme idéal par la femme.

6.5. Les effets des pleurs excessifs sur la vie de couple

Cette revue de littérature ne présente pas de résultats quant aux effets des pleurs sur la relation conjugale. Schmid et al. (2011) prennent en compte les conflits entre les partenaires dans l'analyse des facteurs de risque qui sembleraient influencer les pleurs mais ils n'analysent pas une éventuelle interaction entre pleurs et adversité familiale. Cette étude s'est intéressée à des enfants qui pleuraient de manière excessive à cinq mois de vie, c'est-à-dire au-delà du pic physiologique des pleurs. Le lien entre pleurs et conflits conjugaux a été retrouvé dans une autre étude qui a elle été menée à cinq semaines de vie de l'enfant et qui se penchait non seulement sur les interactions entre parents et enfant mais aussi entre parents (Räihä et al., 2002).

En effet, ces chercheurs signalent qu'une complicité plus faible ($p = 0.016$) ainsi qu'une proximité moins prononcée entre les partenaires ($p = 0.0015$) ont été observées dans les familles des enfants qui pleuraient excessivement. En plus, la communication paraissait être moins claire entre les partenaires ($p = 0.0067$). Ellett et al. (2009) mentionnent des pères qui sont affectés par le comportement de leur compagne ou se sentent incompris. Les pleurs excessifs et la fatigue qui en découle paraissent aussi altérer la vie sexuelle du couple ce qui peut être vécu comme frustrant.

Papoušek & von Hofacker (1998) signalent aussi que le taux de conflits augmente dans tous les groupes étudiés après la naissance, et pas seulement chez les parents avec des enfants qui pleurent de manière excessive. Cependant, dans le groupe des pleureurs excessifs, il y aurait souvent déjà des conflits en amont et, après la naissance, la proportion serait deux fois plus haute. Ces chercheurs expliquent ce phénomène par l'effet combiné de l'adaptation à leur nouveau rôle et l'adaptation aux pleurs excessifs.

De cette revue de littérature, aucune notion d'apport positif par rapport à une situation de pleurs excessifs n'est ressortie. Cependant, il semblerait que cette situation puisse aussi occasionner des sentiments positifs envers le partenaire. Une étude met en lumière que des participants, en situation de pleurs excessifs, décrivent leur partenaire comme étant la seule personne en laquelle ils ont complètement confiance et avec qui ils peuvent partager leur vécu, étant sûrs d'être compris et de vivre la même chose (Landgren & Hallström, 2011). Selon une autre recherche, il apparaît que les pères découvriraient une nouvelle facette de leur compagne et en seraient d'autant plus fiers que la situation vécue est difficile (Ellett et al., 2009). Il semblerait que les parents sortiraient de cette expérience avec une relation plus forte quand le problème est résolu (Ellett et al., 2009 ; Landgren & Hallström, 2011).

6.6. Les facteurs de risque des pleurs

De cette revue de littérature émergent des résultats qui laissent apparaître la dépression maternelle, la décompensation psychique maternelle et le stress perçu de la mère pendant la grossesse comme facteurs de risque principaux des pleurs excessifs des nourrissons (Kurth et al., 2010 ; Schmid et al., 2011 ; Bolten et al.,

2012). Ces résultats concordent avec l'étude de Papoušek & von Hofacker (1998) qui mettent en lumière que les facteurs psychosociaux influenceraient de manière plus importante les pleurs que les facteurs physiques. Dans ces facteurs psychosociaux, ces chercheurs identifient le stress perçu pendant la grossesse et les psychopathologies maternelles. Ils ajoutent par ailleurs les problèmes socioéconomiques qui auraient un impact sur les pleurs. En ce qui concerne la dépression périnatale, elle risquerait d'affecter la communication pré-verbale de l'enfant et par la suite son développement émotionnel. Dans l'interaction avec leur enfant qui pleure de manière excessive, Rähä et al. (2002) notent une tendance à une humeur plus déprimée chez les mères en comparaison à celles dont l'enfant pleure moins. Par contre, cette différence n'est pas statistiquement significative. Il est intéressant de constater que ce phénomène aurait lieu en particulier dans le groupe souffrant de coliques modérées.

Un autre facteur de risque semblerait être la présence de sévères problèmes relationnels entre les parents (Schmid et al., 2011). Ce résultat est en accord avec l'étude de Papoušek & von Hofacker (1998), qui nomme comme troisième risque particulier (après l'anxiété et le stress prénatal et les psychopathologies maternelles) les conflits entre les partenaires. Comme discuté plus haut, plusieurs éléments interagissent dans la problématique des pleurs. Tout comme la fatigue diminue la qualité de réponse aux pleurs, les pleurs excessifs sont un facteur de risque pour la détérioration de la relation du couple. A l'inverse, des conflits actifs au sein d'un couple paraissent être un facteur de risque de pleurs excessifs.

Cette revue de littérature apporte des résultats contradictoires quant à la prématurité comme facteur de risque des pleurs. Dans l'étude de Papoušek & von Hofacker (1998), 50% des pleureurs extrêmes, comparés aux 18% du groupe contrôle démontreraient des problèmes neurologiques légers et modérés, responsables d'un retard de la maturation neuro-motrice. Cependant, les chercheurs ne précisent pas si ces déficits neurologiques sont dus à une éventuelle prématurité.

De la présente revue de littérature, le statut de migrant ressort comme facteur de risque des pleurs excessifs. Cependant, il est interpellant de constater que presque toutes les études excluent les personnes allophones. Cela implique que quasiment

tous les migrants récemment arrivés dans un pays d'accueil sont par conséquent exclus de l'étude. Ceci constitue donc un biais potentiel des diverses études. Il paraît par ailleurs important de commencer à inclure cette population à risque dans les études ou encore de faire des recherches ciblées à la population migrante.

6.7. Les facteurs protecteurs des problématiques de pleurs

De cette présente revue de littérature émergent deux facteurs protecteurs des situations de pleurs excessifs. La multiparité apparaîtrait comme le facteur protecteur le plus important (Kurth et al. 2010). Le sentiment de compétence pendant la grossesse, quant à lui, diminuerait les effets du stress perçu en ce qui concerne les pleurs et, parallèlement, le sentiment d'auto-efficacité maternel semble influencer les problèmes de régulation de l'enfant de manière positive (Bolten et al., 2012). Bien que des compétences de maternage soient présentes chez presque toutes les mères, il semblerait que les capacités de réponse aux besoins de l'enfant s'affineraient avec le temps et avec l'expérience acquise ; le sentiment de compétence se verrait également augmenté (Kurth et al., 2014). Pour cette même raison, les chercheurs expliquent que le sentiment de compétence et l'assurance par rapport au style personnel d'éducation s'avéreraient plus élevés chez les multipares.

6.8. L'influence d'une intervention

L'intervention examinée dans cette revue de littérature semble avoir eu une influence sur les pleurs du nourrisson - notamment sur la vitesse à laquelle diminuaient les pleurs - ainsi que sur le taux des pleurs à six semaines de vie (Salisbury et al., 2012). Les chercheurs ont constaté non seulement une diminution des pleurs mais aussi une amélioration d'autres comportements du nourrisson. Par ailleurs, le comportement maternel face aux pleurs aurait également pu être influencé. Ces améliorations n'ont pas été retrouvées dans d'autres études (Barr et al., 2009 ; St. James-Roberts et al., 2001). Deux méta-analyses (Hall, Chesters & Robinson, 2012 ; Garrison & Christakis, 2000) concluent par ailleurs que les études sur les programmes d'intervention ne fournissent pas une évidence pour affirmer l'utilité de ceux-ci. Lucassen, Assendelft & Gubbels (1998) soulignent cependant que les conseils donnés aux parents devraient inclure l'incitation à moins stimuler les enfants. Ils reconnaissent aussi un impact positif à l'utilisation de lait

hypoallergénique ou encore à l'élimination des protéines de lait du régime maternel. Mais ces données ne sont pas retrouvées dans les autres méta-analyses.

Une autre étude, consistant à fournir des informations explicatives et comportementales non personnalisées (Hiscock et al., 2014), a également obtenu de modestes changements dans le comportement maternel, que les chercheurs décrivent comme favorables. L'intervention de cette revue de littérature, individualisée et adaptée aux familles, a pris en compte la famille comme un système. A la vue de ces résultats prometteurs, il serait intéressant de faire davantage d'études sur des interventions individualisées touchant à la problématique des pleurs excessifs, notamment des interventions proposées par des sages-femmes.

La méta-analyse de Hall et al. (2012) a examiné différentes interventions axées sur la diminution des pleurs par médication. Elle conclut que des interventions pharmacologiques ne seraient pas appropriées pour des problématiques de pleurs. Les études sur le siméthicone ne sont pas convaincantes quant à son efficacité et la dicyclomine n'est pas à conseiller à cause des effets secondaires remarqués.

Quant aux changements diététiques, ils n'auraient pas d'effets secondaires, mais leur efficacité ne serait pas démontrée (Hall et al., 2012).

Les signes de dépression, évalués par l'outil « Beck Depression Inventory Scores » (Beck & Steer, 1984) se sont vus également diminués dans le groupe avec intervention (Salisbury et al., 2012). Ce résultat n'était plus significatif une fois ajusté. Néanmoins, ce résultat se trouve dans la même ligne que celui de l'étude de Smart & Hiscock (2007) ou le score EPDS¹⁰ diminuait de manière significative et pour les mères, et pour les pères ($p < 0.0001$). Ces chiffres laissent espérer qu'une intervention puisse agir sur les symptômes de dépression. Cependant, pour pouvoir se fier à de tels résultats, une étude avec un échantillon plus grand et moins de biais devrait être menée.

¹⁰ Edinburgh Postnatal Depression Scale

Malheureusement, l'intervention de Salisbury et al. (2012) ne semble pas avoir agi sur le stress perçu. Etant donné l'importance de cette thématique, il semble essentiel d'investiguer des programmes favorisant également la diminution du stress.

6.9. La synthèse

On peut conclure de cette revue de littérature qu'aucune intervention sur les pleurs n'a pu être prouvée efficace. D'autres actions, axées davantage sur le sentiment de compétence devraient être effectuées et l'impact de nouveaux outils tels que l'entretien psycho-éducatif en périnatalité, développé par Razurel (Razurel, 2015) devrait être investigué par des études quantitatives à grande échelle. Cet outil permettrait par ailleurs d'explorer les stratégies personnelles des parents.

Il apparaît par ailleurs que les pleurs sont davantage influencés par les facteurs psycho-sociaux. La dépression maternelle, sujet de toute manière très important dans la période périnatale, ne devrait absolument pas être sous-estimée. De cette revue ressort également l'importance de la relation du couple parental. Ce point serait à investiguer davantage dans les entretiens pré- et postnataux.

Il apparaît par conséquent plus important d'augmenter le sentiment de compétence et de diminuer le stress plutôt que de chercher à réduire les pleurs. Parallèlement, avoir conscience de l'impact de l'avis du professionnel sur les parents, permettrait de diminuer les potentiels effets néfastes d'un discours avec feed-back négatif.

Le rôle du père dans une situation problématique de pleurs n'est par ailleurs pas à négliger, la spécificité de ses représentations et de ses besoins non plus. Il est donc nécessaire d'adapter également la forme d'une éventuelle intervention aux besoins des pères.

Ainsi soutenus par un accompagnement professionnel pertinent, les parents dans leur relation de couple peuvent, selon l'enquête précédemment décrite, sortir renforcés d'un début de parentalité difficile.

Le travail autour des représentations parentales déboucherait sur une certaine compréhension des pleurs et favoriserait leur acceptation. Ce dernier aspect semble un facteur-clé pour un meilleur vécu d'une situation de pleurs excessifs.

Enfin, bien que le type d'intervention le plus favorable à l'évolution harmonieuse d'une situation de pleurs excessif n'ait pu être défini ici, une approche familiale et globale paraît intéressante et encourage à des recherches supplémentaires.

7. Le retour dans la pratique

Suite à notre revue de littérature ayant démontré les liens possibles entre pleurs du nourrisson, santé parentale et relation parents-enfant, nous souhaiterions dans ce présent chapitre exposer les implications possibles de ces résultats sur la pratique professionnelle. Les perspectives professionnelles discutées ci-après ont été imaginées dans un contexte de prise en soins en Suisse. Ces propositions se veulent prudentes étant donné le caractère plutôt limité de cette revue de littérature.

7.1. Les informations basées sur l'évidence

Peu d'informations basées sur l'évidence peuvent être données aux parents. Cependant, il nous semble important d'expliquer à tous les parents que les pleurs sont normaux et apparaissent comme un moyen de communication important pour le bébé. Cela peut par ailleurs aider d'expliquer que les pleurs montent en quantité dès le dixième jour de vie et que leur pic se trouve habituellement vers six semaines de vie. Ces pleurs, notamment en fin d'après-midi et en soirée, sont un phénomène physiologique. Une grande proximité physique avec les parents, le portage en écharpe ou encore le bercement semblent diminuer ces pleurs. Cependant, ces pratiques devraient être introduites dès le début de vie ; une fois les pleurs installés, elles semblent moins efficaces.

Pour certains bébés allaités au lait maternel, un régime maternel hypoallergénique, incluant l'arrêt de la consommation de lait de vache ainsi que de soja, de blé, d'œufs, de cacahuètes, de noix et de poisson, diminuerait les pleurs de 21% de plus que dans le groupe contrôle (Hill et al., 2005). Si la mère essaie de changer son régime, cela devrait être fait pour au moins une semaine. D'après le cours de F. Roy Malis, il serait d'autre part judicieux de veiller à ce que le nourrisson tète efficacement et obtienne le lait de fin de tétée, riche en graisses et pauvre en lactose et donc potentiellement mieux toléré (Coliques et reflux. [Support de cours], 5 mai 2014). Pour les bébés alimentés au biberon, il semblerait qu'un lait hypoallergénique puisse diminuer les pleurs. La consommation de tabac et de caféine peuvent également avoir une influence sur les pleurs, mais les études n'émettent pas de conseils concrets à ce sujet. Étant donné que pour certains parents, il est important d'avoir divers outils à tester, ces conseils peuvent être donnés. Cependant, il ne faut pas oublier de préciser qu'ils ne diminueront pas les pleurs de tous les bébés.

Comme nous l'avons vu, pour beaucoup de parents, le moment-clé dans le vécu des pleurs serait quand ils acceptent cette situation. Il nous paraît pour cela important d'essayer d'explorer avec les parents s'ils peuvent accepter les pleurs et de les aider à y parvenir. Des moyens tels que l'observation du bébé avec les parents en relevant toutes les compétences du nourrisson, les pleurs comme moyen de communication inclus, pourraient, pour certains, aider à atteindre ce but. Cela pourrait aussi être le moment où les sages-femmes expliquent aux parents que la réponse parentale aux pleurs est souvent une stimulation pour le bébé. Parfois, le bébé a uniquement besoin d'être tranquille. Tous les nourrissons n'ont pas le même seuil de tolérance à la stimulation. Même si un frère ou une sœur aîné/e a peut-être supporté un certain taux de stimulation, celui-ci n'est pas nécessairement le même pour son cadet.

Ces explications sur la normalité des pleurs doivent néanmoins être données avec sensibilité afin que les parents se sentent entendus dans leur éventuelle détresse face à la situation vécue. Il est important de faire le tour de leur réseau et de trouver des pistes si les parents se sentent démunis. Les conseils de prévention du syndrome du bébé secoué (mettre l'enfant en sécurité, sans couverture ni doudou, quitter la pièce et se calmer avant de retourner vers l'enfant) peuvent être donnés à ce moment.

Cependant les outils pour diminuer le stress pendant la grossesse et augmenter le sentiment de compétence nous paraissent tout aussi importants voire même plus importants que les conseils. Nous allons y revenir dans le chapitre prochain.

7.2. Les formations initiale et continue

Le soutien des professionnels apparaît comme une ressource essentielle et privilégiée pour les femmes durant la période périnatale (Razurel et al., 2011). Cependant, les informations de ces derniers, si elles s'avèrent contradictoires ou non-basées sur des évidences, apparaissent comme déstabilisantes (Razurel et al., 2011, Landgren & Hallström, 2011). Néanmoins, nous venons de le voir, les informations basées sur l'évidence à propos des pleurs sont quasiment inexistantes ce qui rend difficile cette tâche.

Par conséquent, un accent particulier devrait continuer à être apporté et développé lors des formations initiales et continues des professionnels afin que ces derniers

s'interrogent sur leurs propres représentations en lien avec les problématiques de pleurs et que leurs pratiques soient basées sur des preuves.

Nous voyons donc la poursuite de l'enseignement de techniques d'entretien adaptées aux professionnels comme un moyen d'assurer une expression facilitée du ressenti parental ; ce dernier étant, comme le démontrent les résultats de cette revue de littérature, souvent lié à la culpabilité, et donc par conséquent plus difficilement avouable. En regard des résultats obtenus dans ce présent travail, la valorisation des compétences parentales nous semble être un outil à maîtriser afin d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité et avoir un possible impact sur les situations de pleurs.

L'entretien psycho-éducatif en périnatalité, développé par Razurel (Razurel, 2015), paraît être un outil particulièrement efficace face aux pleurs de par la possibilité d'explorer non seulement le stress perçu, investiguer le soutien social et trouver des stratégies de coping propre à la famille. Il permet par ailleurs de travailler les représentations, ce qui s'avère important dans les situations de pleurs excessifs.

Il serait essentiel d'explorer systématiquement les situations à risques suivantes : stress périnatal, fatigue, dépression, contexte migratoire, reprise précoce du travail, primiparité, contexte psychosocial difficile, hospitalisation néonatale, mauvais vécu de la grossesse et/ou de l'accouchement. Les femmes confrontées à de telles conditions pourraient notamment être interrogées quant à la présence de pleurs et à leur vécu en lien à ceux-ci.

7.3. Le suivi global de la sage-femme

Les sages-femmes sont des professionnelles ayant pour avantage d'offrir un accompagnement durant toute la période périnatale. De plus, elles ont comme mission de « promouvoir la santé et le bien-être des femmes et des nouveau-nés dans le cadre de leur famille et de leur communauté » (Code de déontologie international pour les sages-femmes, IMC, 2013) ». Pour ce faire, ces professionnelles doivent notamment veiller à l'établissement de liens harmonieux entre parents et enfants. Un avis, certes discutable, serait d'avancer que d'autres professionnels tels que les médecins ou infirmiers auraient tendance, en fonction de leur spécialisation à être plus centrés soit sur l'enfant, soit sur le parent. Le risque pourrait être celui d'avoir une moins bonne vision de la dynamique relationnelle

parent-enfant et donc une conscience moins importante des enjeux possibles en lien avec la problématique de l'un ou l'autre des partenaires (p. ex. une dépression maternelle et parallèlement des pleurs excessifs chez l'enfant ou encore un allaitement arrêté à cause desdits pleurs).

Un suivi global par une sage-femme – spécialiste de la femme et de l'enfant et particulièrement sensibilisée à leurs préoccupations – nous paraît par conséquent un moyen efficace pour accompagner une famille touchée par des pleurs excessifs. Cela permettrait par ailleurs de favoriser l'émergence d'un discours plus cohérent aux yeux de la femme. En effet, celui-ci serait ainsi moins influencé par des différences interpersonnelles propres à chaque intervenant. La satisfaction du soutien social informatif s'en verrait augmentée et le stress perçu par la femme en lien à cette situation, diminué, tel que nous l'avancent les résultats du travail de recherche de Razurel et al. (2011).

Ce suivi permettrait par ailleurs de donner les informations quant aux pleurs de manière concomitante, telle que proposée par Razurel et al. (2011).

Selon Kurth et al. (2010), 59% des problématiques de pleurs apparaîtraient dans les 10 premiers jours post-partum. A la fin de cette période, une anamnèse détaillée ainsi qu'un entretien psycho-éducatif (Razurel, 2015), semblent donc importants pour un dépistage précoce de telles situations sensibles.

De même, étant donné que le pic de pleurs aurait lieu vers 6 semaines post-partum (Barr, 1990 ; Gremmo-Féger, 2007), nous préconiserions une intervention auprès de la famille au plus tard peu avant le moment de cette apogée. Grâce à la possibilité de prestations sages-femmes remboursées par l'assurance maladie de base jusqu'à 56 jours post-partum pour les primipares, le suivi pourrait ainsi plus facilement être garanti durant la période critique des pleurs. Lors de cette période, nous proposerions de faciliter les moments d'échange et d'éducation. Cette éducation commencerait par le fait de nommer cette problématique possible en début de période post-partum et d'annoncer que la sage-femme est tout à fait disposée à accompagner la famille dans une telle situation. Ainsi, des parents touchés par les pleurs infantiles auraient peut-être plus rapidement le réflexe de se confier à une sage-femme.

7.4. L'inclusion des pères

Afin de favoriser les échanges avec les pères, il est par ailleurs important de proposer des horaires diversifiés pour les visites à domicile et dans des lieux d'accueil, par exemple en soirée ou les samedis, pour leur permettre d'être présents. En effet, comme les résultats de cette revue de littérature tendent à le prouver, les pères auraient un impact important dans les situations de pleurs excessifs et il semble essentiel de les inclure dans la discussion autour de cette problématique.

7.5. Le réseau et la collaboration interprofessionnelle

A Genève, comme dans d'autres régions de la Suisse, les espaces de paroles tels que le proposent l'« Arcade Sages-femmes », l'accueil parents-enfant « Le Cerf-Volant » ou encore « Les Cafés de Parents » de « L'Ecole des Parents », nous semblent des cadres tout à fait pertinents pouvant permettre aux parents de trouver leurs solutions quant aux pleurs de leur enfant. A ces endroits, la possibilité d'échanger entre nouveaux parents et parents plus expérimentés est offerte. Ceci est à souligner de manière positive, Kurth et al. (2014) ayant démontré par leur étude que les mères modifieraient leurs stratégies de coping par le contact avec leurs pairs. La multiparité peut apporter une expérience plus étendue, des attentes plus réalistes et un savoir-faire plus important en lien avec les comportements infantiles. Ces caractéristiques diminueraient le stress perçu quant aux pleurs notamment comme l'ont décrit Kurth et al. (2014). Aussi, ces mères multipares seraient en mesure de transmettre des stratégies certainement perçues comme bienvenues par leurs pairs primipares.

A cela s'ajoutent les centres d'action sociale de l'IMAD¹¹ et les centres de périnatalité. Cependant, nous déplorons le manque d'échanges entre les infirmiers de ces lieux et les sages-femmes suivant ces familles. Les résultats de cette revue de littérature tendraient à démontrer qu'une prise en soin prenant en considération les aspects psychosociaux et familiaux entourant les pleurs pourrait être une solution (Bolten et al., 2012 ; Salisbury et al., 2012 ; Kurth et al., 2010 ; Schmid et al., 2010). Pour ce faire, un effort de collaboration interprofessionnelle nous paraît essentiel. En effet, l'interprofessionnalité permettrait d'améliorer le réseau entre sages-femmes,

¹¹ Institution Genevoise de Maintien à Domicile

pédiatres, obstétriciens, infirmiers, aides-sociaux, psychiatres et autres professionnels afin de promouvoir la santé maternelle, infantile et familiale, grâce à la confrontation des points de vue et aux compétences spécifiques de chacun.

7.6. Les populations migrantes

De cette présente revue de littérature, il résulte que les migrants constituent eux aussi une population à risque élevé de problématiques de pleurs. A noter, par ailleurs, que, comme soulevé précédemment, il existe des représentations culturellement différentes quant aux pleurs ainsi que des réponses tout aussi différentes à ceux-ci. Les familles migrantes ont également plus de risques de souffrir de stress périnatal ou de manquer de soutien social et d'informations pertinentes. Elles constituent, par conséquent, une population sensible pour laquelle nous nous devons de réfléchir à un accompagnement adapté malgré la complexité de la tâche.

7.7. La politique de santé

Afin de favoriser l'émergence de solutions réalistes et pertinentes quant aux problématiques de pleurs et de santé familiale, les inscrire dans un cadre politique nous paraît important. En Suisse, la prévention n'est pas un axe privilégié, contrairement à d'autres pays, où il existe des programmes nationaux de prévention de la santé infantile et familiale. En Angleterre, par exemple, le « Healthy Child Programme » (Department of Health, 2009) permet une concentration des efforts selon des lignes de conduites cohérentes pour les professionnels depuis le début de la grossesse jusqu'à l'âge adulte. S'engager pour promouvoir l'émergence de telles idées dans notre pays doit continuer à être un objectif des sages-femmes, en lien aussi au respect de leur code de déontologie (Code de déontologie international pour les sages-femmes, ICM, 2013). Se regrouper en corporations telles que la Fédération Suisse des Sages-femmes aussi.

A Genève, la promotion de la santé périnatale, fait partie des domaines prioritaires de la Loi sur la Santé (Article 17 de la Loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006 [LS/GE ; RSG K 1 03]) et encourage donc les initiatives des professionnels.

En matière de politique de la santé, il serait judicieux de trouver des moyens, tels que par exemple des campagnes de sensibilisation, permettant d'interroger les représentations de la population générale quant aux pleurs. Le but idéal serait ainsi

de faire évoluer les mentalités et idées erronées portant préjudice aux familles en situations de pleurs excessifs et d'ôter progressivement les barrières empêchant les parents de se confier et de consulter.

7.8. Les perspectives de recherche

D'une part, suite aux résultats apportés par ce travail, nous trouverions intéressant d'explorer par une étude l'influence d'un suivi global, tel que proposé par les sages-femmes indépendantes suisses ou dans des institutions hospitalières, sur les pleurs excessifs ou le vécu de ces pleurs.

D'autre part, le vécu parental face aux événements stressants de la période périnatale semble étroitement lié aux représentations des *caregivers*. Certains outils d'entretien pourraient s'avérer des moyens pertinents pour faire évoluer les représentations préjudiciables quant à l'image que le parent se fait de lui-même ou de son enfant. Ils pourraient donc avoir un impact sur la santé de la relation parents-enfant. Nous sommes d'avis, comme nous l'avons déjà écrit plus haut, que l'influence de ces outils, tel que celui de l'entretien psycho-éducatif, sur la relation parent-enfant ou encore sur une éventuelle diminution du stress, devrait être davantage explorée.

Il serait intéressant d'effectuer une étude interrogeant notamment le vécu parental des pleurs ainsi que l'image donnée à l'enfant dans une telle situation. Les chercheurs pourraient comparer deux types de population : une bénéficiant d'un travail autour des représentations et une sans. Il serait par ailleurs utile de connaître l'impact d'une telle intervention sur le stress perçu. En effet, comme décrit dans le cadre de référence de ce travail, ce dernier peut influencer la qualité du *caregiving* parental.

Sans aucun doute, le contexte migratoire actuel devrait être pris en considération dans les réflexions autour de la périnatalité et de ses problématiques, tels que les pleurs excessifs. Les études concernant la population migrante font cependant défaut. Nous ne pouvons donc qu'encourager leur émergence.

8. Les forces et faiblesses de notre revue de littérature

Le sujet des pleurs du nourrisson est une thématique que nous trouvons particulièrement pertinente à aborder en tant que futures professionnelles sages-femmes, ceci d'autant plus que ces dernières sont spécialistes de la dyade mère-enfant et donc des interactions au sein et autour de cette dyade.

Les études sélectionnées s'avèrent qualitatives et quantitatives et offrent ainsi l'avantage d'une diversité dans les approches de la thématique. Cependant, dans notre choix de privilégier l'investigation des aspects psycho-sociaux, nous nous demandons si l'intégration initiale de plus d'études qualitatives aurait été judicieux ; ce type d'études nous paraissant particulièrement adapté pour en extraire des données en liens à ces composantes.

Le travail d'exploration de cette revue de littérature se révèle vaste. Il en résulte qu'il est difficile d'en tirer des conclusions notamment car les cinq articles choisis constituent un matériel à analyser peu homogène. Un aspect positif cependant est qu'il apporte une vision plutôt étendue de la thématique et ouvre sur plusieurs pistes de réflexion intéressantes. Par ailleurs, les résultats tirés de la revue des cinq études ont pu être comparés à bon nombre d'autres articles.

Nous avons fait le choix de ne pas particulièrement investiguer le travail d'éducation autour des comportements face aux pleurs et donc le type d'intervention relatif. Nous nous sommes par conséquent concentrées sur les aspects plus psycho-sociaux des actions possibles en mettant aussi de côté l'exploration des facteurs biologiques et environnementaux. Cela peut constituer une limite à ce travail.

Par ailleurs, nous avons soulevé dans le questionnement professionnel les différences propres aux divers contextes socio-culturels quant à l'abord de la thématique des pleurs. Comme décrit, il apparaît que cette problématique soit liée en particulier à notre société. En effet, dans d'autres, les pleurs problématiques ne paraissent pas concerner une population aussi importante. Il faudrait par conséquent se questionner si ce phénomène est lié à des pleurs moins importants ou si, simplement, les pleurs, comparés à d'autres problématiques apparaissent comme secondaires. Cependant, nous avons décidé de ne pas nous pencher davantage sur

cette problématique par souci de rester plus près de notre question initiale. En plus, le cadre propre à ce travail a limité nos champs d'exploration.

A la fin de ce travail de recherche, nous nous rendons compte que nous avons négligé le fait d'explorer le lien entre situations de pleurs excessifs et évolution à long terme du bien-être infantile et de la relation parents-enfant.

Nous notons par ailleurs qu'il nous est difficile d'apporter des réponses à notre question initiale de l'impact des pleurs sur la relation parents-enfant. Force est de constater que l'accompagnement d'une famille dont un membre souffre de pleurs excessifs est souvent une histoire très complexe. Il s'avère utile de prendre en compte divers facteurs souvent très individuels et intriqués. Des traitements standardisés ne semblent pas adaptés à cette problématique ; il apparaît donc compliqué de prendre clairement position.

Il a parfois été peu évident pour nous d'analyser les données statistiques en jeu dans les études. Bien que nous nous soyons efforcées de pallier à nos limites grâce à notre persévérance, il se peut que cela ait eu un impact sur notre compréhension et notre interprétation de ces recherches.

Nous tenons enfin à souligner notre satisfaction quant à la collaboration au sein de notre dyade d'auteurs. Nous nous sommes senties entre autres, complémentaires et cet aspect a contribué à notre motivation dans l'élaboration de ce travail.

9. La conclusion

L'impact des pleurs sur la relation parent-enfant est une question tout à fait pertinente, en particulier pour les sages-femmes. Cette question est notamment en lien avec le développement complexe de l'attachement et la naissance de la parentalité. La sage-femme, de par son approche globale des situations périnatales, semble tout indiquée pour l'explorer. Elle peut aussi être le lien entre divers professionnels. Ainsi elle peut créer des liens, quand cela s'avère nécessaire, entre des professionnels plus centrés sur l'enfant et des professionnels de la santé ou du social plus spécialisés sur la mère ou le père. Par conséquent, elle participe activement à une réflexion interprofessionnelle.

La littérature en corrélation avec la thématique des pleurs est abondante. Ce travail a permis de donner un aperçu relativement étendu des aspects la composant. On note cependant qu'il n'existe aucun consensus à propos d'une définition des pleurs excessifs, ce qui peut rendre difficile son approche.

Cette revue de littérature réunit cinq articles de types quantitatifs ou qualitatifs ayant des objectifs relativement distincts. Elle ouvre donc un vaste champ de réflexion et de pistes, mais ne permet pas de conclusions précises. Il en ressort cependant qu'il existerait une quantité relativement importante de facteurs à prendre en considération en lien avec les pleurs problématiques : le stress périnatal, la fatigue, la dépression, un contexte migratoire, les conditions de reprise du travail, la primiparité ainsi qu'un mauvais vécu de la grossesse et/ou de l'accouchement. Par conséquent, l'investigation du contexte psycho-social entourant une famille avec problématique de pleurs prend toute son importance aux côtés des aspects biologiques. Cela apparaît donc comme une évidence de ce travail. Par contre, ce dernier ne permet pas d'identifier le type d'intervention particulièrement efficace pour soutenir les familles souffrant de pleurs infantiles excessifs. Pour la pratique des professionnels de la période périnatale, il nous paraît juste de considérer suite à cette revue, qu'une approche globale basée sur la famille est pertinente.

Les sages-femmes s'avèrent des professionnelles particulièrement sensibilisées et revendicatrices d'une telle approche. Cependant, pour atteindre cet objectif, cette revue indique qu'il serait judicieux de travailler autour du sentiment de compétence

parentale. Des outils tels que l'entretien psycho-éducatif peuvent y aider et sont à garder à l'esprit afin de clarifier et résoudre ces situations complexes. De cette complexité observée résulte la nécessité, selon nous, de poursuivre les investigations, en particulier scientifiques, afin notamment d'apporter des éléments inhérents à l'évolution de la santé individuelle et relationnelle infantile, maternelle et paternelle lors de situations de pleurs. Un défi exaltant !

10. La liste des références bibliographiques

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index* (3rd ed.). *Professional Manual*. Odessa FL : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Ainsworth, M.D.S. (1967). *Infancy in Uganda : infant care and growth of love*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S. & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation : Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Hillsdale : Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S. (1979). Attachment as Related to Mother-Infant Interaction. In J.S. Rosenblatt, R.A. Hinde, C. Beer, And M. Busnel, (Eds.), *Advances in the Study of Behavior Vol. 9*, (pp. 1-51). New York : Academic Press.
- Alvarez, M. & St.James-Roberts, I. (1996). Infant fussing and crying patterns in the first year in an urban community in Denmark. *Acta Paediatrica* 85(4), 463 – 466. doi:10.1111/j.1651-2227.1996.tb14062.x
- Association Médicale Mondiale (1964). *Déclaration d'Helsinki de l'AMM : Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*. Accès <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/index.html>
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* (2^e éd.). Bruxelles : De Boeck & Larcier s.a..
- Barbui, C, Cipriani, A., Malvini, L. & Tansella, M. (2006). Validity of the impact factor of journals as a measure of randomized controlled trial quality. *Journal of Clinical Psychiatry* 67(1), 37 – 40.
- Barr, R.G., Kramer, M.S., Boisjoly, C., Mc Vey-White, L. & Pless, I.B. (1988). Parental diary of infant cry and fuss behavior. *Archives of Disease in Childhood* 63(4), 380 – 387.

- Barr, R.G. (1990). The normal crying curve : What do we really know? *Developmental Medicine and Child Neurology* 32, 356 – 362.
- Barr, R.G., Konner, M. Bakeman, R. & Adamson, L. (1991). Crying in !Kung san infants : A test of the cultural specificity hypothesis. *Developmental Medicine & Child Neurology* 33(7), 601 – 610. doi:10.1111/j.1469-8749.1990.tb16949.x
- Barr, R.G., Chen, S., Hopkins, B. & Westra, T. (1996). Crying patterns in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology* 38(4), 345 – 355.
- Barr, R.G. (2006). Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Accès <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/BarrFRxp.pdf>
- Barr, R.G., Rivara, F.P., Barr, M., Cummings, P., Taylor, J., Lengua, L.J. & Meredith-Benitz, E. (2009). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns : a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 123, 972 – 980. doi:10.1542/peds.2008-0908
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology* 40(6), 1365 – 1367. doi:10.1002/1097-4679(198411)40:6<136
- Bekhechi, V., Raouam, C. & Guédeney, N. (2016). Le système des soins parentaux pour les jeunes enfants, le *caregiving*. In N. Guédeney & A. Guédeney, *L'attachement : approche théorique* (4^e éd.) (pp. 17-29). Paris : Masson.
- Bell, S.M. & Ainsworth, M.D.S. (1972). Infant Crying and Maternal Responsiveness. *Child Development* 43(4), 1171 – 1190.
- Brazelton, T.B. & Nugent, J.K. (2001). *L'échelle Brazelton: évaluation du comportement néonatal*. Genève: Médecine & hygiène.
- Bolten, M.I., Fink, N.S. & Stadler C. (2012). Maternal Self-Efficacy Reduces the Impact of Prenatal Stress on Infant's Crying Behavior. *The Journal of Pediatrics*, 104 – 109. doi:10.1016/j.jpeds.2011.12.044

- Bouchard, G. & Thériault, V. (2003). Defense mechanisms and coping strategies in conjugal relationships : An integration. *International Journal of Psychology* 38(2), 79 – 90. doi:10.1080/00207590244000214
- Bowlby, J. (2002). *Attachement et perte 1. L'attachement* (5^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Canivet, C., Hagander, B., Jakobsson, I. & Lanke, J. (1996). Infantile colic – less common than previously estimated? *Acta Paediatrica* 85(4), 454 – 458. doi:10.1111/j.1651-2227.1996.tb14060.x
- Chabrol, H. & Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod.
- Confédération internationale des sages-femmes (2013). *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme* (éd. révisée). Accès <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Comp%C3%A9tences%20essentielles%20pour%20la%20pratique%20de%20base%20du%20m%C3%A9tier%20de%20sage-femme%202010,%20r%C3%A9vis%C3%A9%20en%202013.pdf>
- Conseil d'éthique des HUG. (2007). *Qu'est-ce que l'éthique clinique ?* Accès http://ethique-clinique.hug-ge.ch/mission_organisation/definition.html
- Cowan, P.A. & Pape Cowan, C. (2009). Couple relationships. A missing link between adult attachment and children's outcomes. *Attachment & Human Development*, 11, 1 – 4. doi:10.1111/j.1475-6811.2009.01230.x
- De Vriendt-Goldman, C. (1998). Passation de l'échelle de T.B. Brazelton et perspectives thérapeutiques, *Devenir* 10, 81 – 93.
- Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES). (2007). *Plan cantonal de promotion de la santé et prévention*. Accès http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/plan_cantonal-873.html

- Department of Health (DH) (2009). *Healthy Child Programme : Pregnancy and the first five years of life*. Consulté le 4 juillet 2016. Accès https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/167998/Health_Child_Programme.pdf
- Ellett, M.L.C., Appleton, M.M., Sloan, R.S. (2009). Out of the Abyss of Colic : A View Through the Fathers' Eyes. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing* 34(3). 164 – 171. doi:10.1097/01.NMC.0000351704.35761.f1
- Emanuel E.J., Wendler D. & Grady C. (2000). What Makes Clinical Research Ethical? *Journal of the American Medical Association*. 283(20) : 2701-2711. doi:10.1001/jama.283.20.2701.
- FSSF: Fédération Suisse des sages-femmes. *Code international de déontologie des sages-femmes*. Consulté le 4 mai 2016. Accès http://www.sage-femme.ch/x_dnlld/doku/ethikkodexf.pdf
- Fujiwara, T. (2015). Effectiveness of public health practices against shaken baby syndrome/abusive head trauma in Japan. *Public Health*, 30, 1 – 8. doi:10.1016/j.puhe.2015.01.018
- Garnier, M. & Delamare, V. (1909). *Dictionnaire des termes techniques de médecine* (4^e éd.). Paris : Maloine.
- Garrison, M.M. & Christakis, D.A. (2000). A systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics* 106, 184 – 190.
- George, C. & Solomon, J. (2008). The caregiving system : a behavioral systems approach to parenting. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Dir.), *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications* (2^e ed.), (pp. 833 – 856). New York : The Guilford Press.
- Girard, L. (2012). Regard anthropologique et signification des pleurs du nourrisson. *Les Cahiers de la puéricultrice* 261, 27 – 29.
- Gremmo-Féger, G. (2007). Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. 15^{ème} Congrès National de Pédiatrie Ambulatoire, 24 juin 2007, Saint Malo.

- Guédeney, N. & Guédeney, A. (2016). *L'attachement : concepts et applications* (4^e éd.). Paris : Masson.
- Hall, B., Chesters, J. & Robinson, A. (2012). Infantile colic : A systematic review of medical and conventional therapies. *Journal of Paediatrics and Child Health* 48, 128 – 137. doi:10.1111/j.1440-1754.2011.02061.x
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511 – 524.
- Henin, L. (2016). L'entretien psycho-éducatif comme nouvelle manière d'aborder l'entretien prenatal. *Sage-femme.ch 5 : L'art de conseiller*, 32 – 33.
- Hill, D.J., Roy, N., Heine, R.G., Hosking, C.S., Francis, D.E., Brown, J., Speirs, B., Sadowsky, J. & Carlin, J.B. (2005). Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 116(5), e709 – e715. doi: 10.1542/peds.2005-0147.
- Hiscock, H. Cook, F., Bayer, J., Le, H.D.N., Mensah, F., Cann, W., Symon, B. & St.James-Roberts, I. (2014). Preventing Early Infant Sleep and Crying Problems and Postnatal Depression : A Randomized Trial. *Pediatrics*, 133(2), e346 – e354. doi:10.1542/peds.2013-1886
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA : Addison-Wesley.
- Ibeziako, N.-S., Ibekwe, R.-C. & Ibe, B.-C. (2009). Mothers' perception of excessive crying in infancy in south eastern Nigeria. *Niger Journal of Clinical Pratique* 12(3), 258 – 261.
- INPES : Institut national français de prévention et d'éducation pour la santé (2010). *Parents, enfants : les premiers ajustements*. Accès : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3o.pdf>
- Kobak, R. & Mandelbaum, T. (2003). Caring for the caregiver. An attachment approach to assessment and treatment of child problems. In M. Johnson & V. E. Whiffen (Dir.). *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 144 – 164), New York : the Guildford Press.

- Koeppel, E. (2001). *Glückliche Eltern – liebe Kinder? Auswirkungen von Partnerschaft und psychischer Symptomatik der Eltern auf das Verhalten ihrer Kinder*. (Thèse de doctorat. Technische Universität Carolo-Wilhelmina, Braunschweig). Accès http://digisrv1.biblio.etc.tubs.de:8080/docportal/servlets/MCRFileNodeServlet/DocPortal_derivate_00001218/Document.pdf
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung* (Questionnaire for competence and control orientation). Göttingen : Hogrefe.
- Kurth, E., Spichiger, E., Cignacco, E., Kennedy, H.P., Glanzmann, R., Schmid, M., Staehelin, K., Schindler, C. et Zemp Stutz, E. (2010). Predictors of Crying Problems in the Early Postpartum Period. *JOGNN* 39 (2010), 250 – 262. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01141.x
- Kurth, E. Kennedy, H.P., Spichiger, E., Hösli, I. & Zemp Stutz E. (2011). Crying babies, tired mothers : what do we know? A systematic review. *Midwifery* 27, 187 – 194. doi:10.1016/j.midw.2013.06.017
- Kurth, E., Kennedy, H.P., Zemp Stutz, E., Kesselring, A., Fornaro, I. & Spichiger, E. (2014). Responding to a crying infant – You do not learn it overnight: A phenomenological study. *Midwifery* 30, 742 – 749.
- Landgren, K. & Hallström, I. (2011). Parents' experience of living with a baby with infantile colic – a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 317 – 324. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00829
- Leckman, J.F., Carter, C.S. & Hennessy, M.B. (2005). Biobehavioral processes in attachment and bonding. In C.S. Carter, L. Ahnert, K.E. Grossmann et al. (Dir.) *Attachment and bonding : A new synthesis*, (pp. 301 – 347). Cambridge, London : The MIT Press & Dalhem University Press.
- Lee, K. (1994). The crying pattern of Korean infants and related factors. *Developmental Medicine & Child Neurology* 36(6), 601 – 607.

- Leerkes, E.M., Parade, S.H. & Gudmundson, J.A. (2011). Mothers' Emotional Reactions to Crying Pose Risk for Subsequent Attachment Insecurity. *Journal of Family Psychology* 25(5), 635 – 643. doi:10.1037/a0023654
- Lester, B.M. (1997). Definition and diagnosis of colic. In B.M. Lester & R. Barr (Dir.), *Colic and excessive crying. Report of the 105th Ross Conference on Pediatric Research*, (pp. 18 – 29). Columbus OH : Ross Products Division, Abbott Laboratories.
- Lester, B.M., Boukydis, C.F.Z., Garcia Coll, C.T. & Hole, W.T. (1990). Colic for developmentalists. *Infant Mental Health journal* 11(4), 321 – 333.
- Lester, B.M., Boukydis, C.F.Z., Garcia Coll, C.T., Hole, W & Peucker, M. (1992). Infantile colic : Acoustic cry characteristics, maternal perceptions of cry, and temperament. *Infant Behavior & Development* 15, 15 – 26.
- Lester, B.M., Twomey, J.E. & High, P. (2007). Crying an Colic : The Untold Story. *Newsletter of the World Association for Infant Mental Health* 15(4), 1 – 7.
- Loi du 7 avril 2006 sur la santé (LS ; RSG K 1 03). Accès http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_03.html
- Loyd, B.H. & Abidin, R.R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology* 10(2), 169 – 177.
- Lucassen, P.L.B.J., Assendelft, W.J.J. & Gubbels, J.W. (1998). Effectiveness of treatments for infantile colic : systematic review. *BMJ* 316, 1563 – 1569. doi:10.1136/bmj.316.7144.1563
- Lummaa, V., Vuorisalo, T. Barr, R.G. & Lehtonen, L. (1998). Why Cry ? Adaptive Significance of Intensive Crying in Human Infants. *Evolution and Human Behavior* 19(3), 193 – 202. doi:10.1016/S1090
- Main, M. (1986). Security in infancy, childhood and adulthood : a move to level of representation. In I. Bretherton & F. Waters (Eds.). Growing points in attachment theory and research. *Monographs of the society for research in child development* 50(1–2), 66 – 104.

- Main, M. & Hesse, E. (1990). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment : Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychanalytique Association* 48(4), 1097 – 1127. doi:10.1177/00030651000480041101
- Mauron A. (2007). *Qu'est-ce que l'éthique clinique ?* Conseil d'éthique des HUG. Accès : http://ethique-clinique.hug-ge.ch/mission_organisation/definition.html
- Mayes, L.C. & Leckmann, J.F. (2007). Parental representations and subclinical changes in postpartum mood. *Infant Mental Health Journal* 28(3), 281 – 295. doi:10.1002/imhj.20136
- Mc Court, C. & Percival, P. (2004). Le soutien social lors de la naissance. In L.A. Page (Dir.), *Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mises en pratique*. Paris : Elsevier.
- Mills, B.C. & Page, L.A. (2004). Epanouissement de l'amour et engagement. In L.A. Page, *Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mises en pratique*. Paris : Masson.
- Molénat, F. (2009). *Prévention précoce : petit traité pour construire les liens humains*. Toulouse : Erès.
- Nash, C., Morris, J. & Goodman, B. (2008). A Study Describing Mothers' Opinions of the Crying Behavior of Infants Under One Year of Age. *Child Abuse Review* 17, 191 – 200. doi:10.1002/car.1017
- Oldbury, S. & Adams, K. (2015). The impact of infant crying on the parent-infant relationship. *Community Practitioner* 88(3), 29 – 34.
- Orenstein, S.R., Shalaby, T.M. & Cohn, J. (1996). Reflux symptoms in 100 normal infants : Diagnostic validity of the Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire. *Clinical Pediatrics* 35(12), 607 – 612.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (1946). *La définition de la santé de l'OMS*. Accès : <http://who.int/about/definition/fr/print.html>

- Papoušek, M. & von Hofacker, N. (1998). Persistent crying in early infancy : a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child : Care, Health and Development* 24(5), 395 – 424.
- Prechtl, H.F.R. (1968). Neurological findings in newborn infants after pre- and parental complications. In J.H.P. Jonxis, H.K.A. Visser & J.A. Troelstra (Dir.), *Aspects of Prematurity and Dysmaturity – Nutricia Symposium* (pp. 303 – 323), Groningen, Leiden : Stenfert Kroese NV.
- Radesky, J.S., Zuckerman, B., Silverstein, M., Rivara, F.P., Barr, M., Taylor, J.A., Lengua, L.J. & Barr, R.G. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 131(6), 1857 – 64. doi:10.1542/peds.2012-3316
- Räihä H., Lehtonen, L., Huhtala, V., Saleva, K. & Korvenranta, H. (2002). Excessively crying infant in the family : mother-infant, father-infant and mother-father interaction. *Child : Care, Health & Development*, 28(5), 419 – 429. doi:10.1046/j.1365-2214.2002.00292.x
- Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat de Maury-Pasquier (12.3966). (2015). *Santé maternelle et infantile des populations migrantes*.
- Razurel, C., Desmet H., & Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares. *Recherche en soins infirmiers*, 106, 47 – 58. doi:10.3917/rsi.106.0047
- Razurel, C. (2014). *Le sentiment de compétence des mères : une évidence ? Comment l'éducation dispensée par les professionnels peut-elle influencer le sentiment de compétence maternelle ?* Saarbrücken : Editions universitaires européennes.
- Razurel, C. & Kaiser, B. (2015). The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Woman Health* 55(2), 167 – 186. doi:10.1080/03630242.2014.979969

- Razurel, C. (2015). *Se révéler et se construire comme mère : l'entretien psycho-éducatif périnatal*. Genève : Médecine & Hygiène.
- Razurel, C. (2016). L'entretien psycho-éducatif vise à favoriser une construction harmonieuse de la parentalité. *Sage-femme.ch 5 : L'art de conseiller*, 28 – 31.
- Reijneveld, S.A., Brugman, E.E. & Hirasing, R.A. (2001). Excessive Infant Crying : The Impact of Varying Definitions. *Pediatrics*, 108(4), 893 – 897. doi:10.1542/peds.108.4.893
- Riegen, K., Ohrt, B., Wolke, D. & Österlund, K. (1995). *Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum fünften Lebensjahr [The Development of Children Born at Risk until Their Fifth Year of Life]*. Stuttgart : Ferdinand Enke Verlag.
- Rogers, C. (2001). *L'approche centrée sur la personne : anthologie de textes*. Lausanne : Randin.
- Rothbart, M.K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development* 52, 569 – 578.
- Salisbury A.L., High P., Twomey J.E., Dickstein S., Chapman H., Liu J., Lester B. (2012). A Randomized Control Trial of Integrated Care for Families Managing Infant Colic. *Infant Mental Health Journal* 33(2), 110 – 122. doi:10.1111/imhj.20340
- Santos, I.S., Matijasevich, A., Capilheira, M.F., Anselmi, L. & Barros, F.C. (2015). Excessive crying at 3 months of age and behavioural problems at 4 years age : a prospective cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 69(7), 645 – 659. doi:10.1136/jech-2014-204568
- Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R. & Wolke D. (2011). Predictors of crying, feeding and sleeping problems : a prospective study. *Child : care, health and development* 37 (4), 493 – 502. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01201

Section Migration et Santé de l'OFSP. *La santé maternelle et infantile dans la population migrante.* Accès :

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13722/index.html?lang=fr>

Smart, J. & Hiscock, H. (2007). Early infant crying and sleeping problems : A pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *Paediatrics and Child Health*, 43, 284 – 290. doi:10.1111/j.1440-1754.2007.01060.x

St.James-Roberts, I., Bowyer, J., Varghese, S. & Sawdon, J. (1994). Infant crying patterns in Manali and London. *Child Care Health and Development* 20(5), 323 – 337. doi: 10.1111/j.1365-2214.1994.tb00394.x

St.James-Roberts, I., Sleep, J., Morris, S., Owen, C. & Gillham, P. (2001). Use of a behavioural programme in the first 3 months to prevent infant crying and sleeping problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(3), 289 – 297. doi:10.1446/j.1440-1754.2001.0069.x

Stern, D.N., Robert-Tissot, C., Besson, G., Rusconi-Serpa, S., Muralt, M., Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (1989). L'entretien "R". Une méthode d'évaluation des représentations maternelles. In S.Lebovici, P. Mazet & J.-P. Visier (Dir.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris: ESHEL.

Stifter, C.A. (2005). Impact des pleurs sur le développement psychosocial de l'enfant. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Accès <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/StifterFRxp.pdf>

Tereno, S. & Guédeney, N. (2016). Transmission intergénérationnelle de l'attachement. In N. Guédeney & A. Guédeney, *L'attachement : approche théorique* (4^e éd.) (pp. 57-72). Paris : Masson.

Van der Wal, M.F., van den Boom, D.C., Pauw-Plomp, H. & De Jonge, G.A. (1998). Mother's reports of infant crying and soothing in a multicultural population.

Archives of Disease in Childhood, 79(4), 312 – 317.
doi:10.1136/adc.79.4.312

Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood : Meta-analyses of precursors, concomitants, and sequelae, *Development & Psychopathology* 11, 225 – 249.

Von Kries, R., Kalies, H. & Papoušek, M. (2006). Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiples regulatory problems. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(5), 508 – 511.
doi:10.1001/archpedi.160.5.508

Wessel, M.A., Cobb, J.C., Jackson, E.B., Harris, G.S & Detwilder, A.C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*, 14(5), 421 – 435.

Williams, T.M., Joy, L.A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum-Steele, M. Aiken, L.S., Painter, S.L. & Davidson, S.M. (1987). Transition to motherhood : A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal* 8, 251 – 265.
doi:10.1002/1097-0355(198723)8:3<251::AID-IMHJ2280080308>3.0.CO;2-U

Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

Zeskind, P.S. (2008). Impact des pleurs du nourrisson à risque sur le développement psychosocial. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Accès <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/ZeskindFRxp.pdf>

11. La bibliographie

- Arnal, L.H., Flinker, A., Kleinschmidt, A., Giraud, A.-L. Poeppel, D. (2015). Human Screams Occupy a Privileged Niche in the Communication Soundscape. *Current Biology* 25, 1 – 6. doi: 10.1016/j.cub.2015.06.043
- Barth, R. (2000). “Baby-Lese-Stunden” für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49(8), 537 – 549.
- Belin, P. & Zatorre, R.J. (2015). Neurobiology: Sounding the Alarm. *Current Biology* 25, R793 – R810. doi: 10.1016/j.cub.2015.07.027
- Heindel, W., Adam, G., Hamm, B. Schild, H.H. & Schiller, U. (2013). Spiel ohne Regeln: Das System „Impact Factor“. *Rofo* 185(8), 697 – 698. doi: 10.1055/s-0033-1350348
- Kurth, E., Spichiger, E., Zemp Stutz, E., Biedermann, J., Hösli I & Kennedy, H.P. (2010). Crying babies, tired mothers – challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 13, 10 – 21. doi: 10.1186/1471-2393-10-21
- Sahli-Chau, T. (2010). Coliques du nourrisson et interactions mère-enfant en consultation de puériculture e protection maternelle et infantile : à propos de 98 cas évalués par l'échelle de Bobigny. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 23, 243 – 248. doi : 10.1016/j.jpp.2010.06.001
- Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B. & Carlson E. (2008). Individual Differences in Infant – Caregiver Attachment. Conceptual and Empirical Aspects of Security. In J.Cassidy & P.R. Shaver (Dir.), *Handbook of Attachment* (pp. 78 – 100) . New York, London: The Guilford Press.
- Wendland, J. (2004). Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé. Résultats d'une intervention précoce. *La psychiatrie de l'enfant* 47, 183 – 228. doi : 10.3917/psy.471.0183

12. Les annexes

EPDS

Edinburgh Postpartum Depression Scale

NOM: DATE DU QUESTIONNAIRE :
PRENOM : PREPARTUM POSTPARTUM

Vous allez avoir un bébé ou venez d'en avoir un. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

Voici un exemple : Je me suis sentie heureuse :

Oui, tout le temps

Oui, la plupart du temps

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

Ceci signifiera : "je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à fait autant

Vraiment beaucoup moins souvent ces jours ci

Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

Autant que d'habitude

Plutôt moins que d'habitude

Vraiment moins que d'habitude

Pratiquement pas

3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

Non, pas du tout
Presque jamais
Oui, parfois
Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

Oui, vraiment souvent
Oui, parfois
Non, pas très souvent
Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse

Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Pas très souvent
Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Seulement de temps en temps
Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal

Oui, très souvent
Parfois
Presque jamais
Jamais

Cotation de l'EPDS :

Les items 1, 2 et 4 se cotent de 0 à 3.

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0.

Précisions concernant l'utilisation de l'EPDS et les scores^{1 2 3}:

La (future) maman est priée de remplir le questionnaire par elle-même, sans influence extérieure. Le professionnel peut l'aider si elle a un problème de compréhension ou de lecture du français. Elle choisira les réponses se rapprochant le plus de ce qu'elle a ressenti durant les 7 derniers jours et pas seulement le jour-même. Toutes les rubriques doivent être remplies.

L'EPDS ne permet pas de poser un diagnostic de dépression. Il ne doit être considéré que comme une aide au bon sens clinique. Il détecte et quantifie certains symptômes dépressifs et renseigne sur la probabilité de la maladie. Le diagnostic doit ensuite être confirmé ou infirmé par une évaluation clinique spécialisée.

L'EPDS a été validé pour une utilisation en pré et en postpartum. Il est bien accepté par les femmes et les professionnels. Le questionnaire ne porte que sur la semaine écoulée ; s'il est négatif, il est utile de le répéter après 2 semaines lorsque plusieurs facteurs de risques existent.

Résultats : score minimal : 0
score maximal : 30

Plus le score est élevé, plus le risque de dépression est important.

Un score de **11 ou plus** révèle une dépression possible. Une confirmation clinique est nécessaire pour porter un diagnostic. (36 à 47% des femmes obtenant ce score n'ont pas de diagnostic de dépression confirmé)

Un score **inférieur à 10** signifie qu'une dépression est très peu probable (le risque est inférieur à 3-4%).

Cette échelle peut être reproduite sans autorisation particulière à condition de mentionner les noms des auteurs, les titres et sources des articles dans chaque copie.

¹ La dépression postnatale, sortir du silence. N. Nanzer. Ed. Favre, 2009.

² Cox J.L, Holden J.M. (1994). Perinatal Psychiatry; use and misuse of the EPDS. London, Gaskell.

³ Guedeney N, Fermanian. (1998). Validation Study of the french version of the EPDS: new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry, 13: 83-9

Beck's Depression Inventory

This depression inventory can be self-scored. The scoring scale is at the end of the questionnaire.

1.
 - 0 I do not feel sad.
 - 1 I feel sad
 - 2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
 - 3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.
2.
 - 0 I am not particularly discouraged about the future.
 - 1 I feel discouraged about the future.
 - 2 I feel I have nothing to look forward to.
 - 3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve.
3.
 - 0 I do not feel like a failure.
 - 1 I feel I have failed more than the average person.
 - 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
 - 3 I feel I am a complete failure as a person.
4.
 - 0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
 - 1 I don't enjoy things the way I used to.
 - 2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
 - 3 I am dissatisfied or bored with everything.
5.
 - 0 I don't feel particularly guilty
 - 1 I feel guilty a good part of the time.
 - 2 I feel quite guilty most of the time.
 - 3 I feel guilty all of the time.
6.
 - 0 I don't feel I am being punished.
 - 1 I feel I may be punished.
 - 2 I expect to be punished.
 - 3 I feel I am being punished.
7.
 - 0 I don't feel disappointed in myself.
 - 1 I am disappointed in myself.
 - 2 I am disgusted with myself.
 - 3 I hate myself.
8.
 - 0 I don't feel I am any worse than anybody else.
 - 1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.
 - 2 I blame myself all the time for my faults.
 - 3 I blame myself for everything bad that happens.
9.
 - 0 I don't have any thoughts of killing myself.
 - 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
 - 2 I would like to kill myself.
 - 3 I would kill myself if I had the chance.
10.
 - 0 I don't cry any more than usual.
 - 1 I cry more now than I used to.
 - 2 I cry all the time now.
 - 3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.

11.
0 I am no more irritated by things than I ever was.
1 I am slightly more irritated now than usual.
2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.
3 I feel irritated all the time.
12.
0 I have not lost interest in other people.
1 I am less interested in other people than I used to be.
2 I have lost most of my interest in other people.
3 I have lost all of my interest in other people.
13.
0 I make decisions about as well as I ever could.
1 I put off making decisions more than I used to.
2 I have greater difficulty in making decisions more than I used to.
3 I can't make decisions at all anymore.
14.
0 I don't feel that I look any worse than I used to.
1 I am worried that I am looking old or unattractive.
2 I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive
3 I believe that I look ugly.
15.
0 I can work about as well as before.
1 It takes an extra effort to get started at doing something.
2 I have to push myself very hard to do anything.
3 I can't do any work at all.
16.
0 I can sleep as well as usual.
1 I don't sleep as well as I used to.
2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.
3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.
17.
0 I don't get more tired than usual.
1 I get tired more easily than I used to.
2 I get tired from doing almost anything.
3 I am too tired to do anything.
18.
0 My appetite is no worse than usual.
1 My appetite is not as good as it used to be.
2 My appetite is much worse now.
3 I have no appetite at all anymore.
19.
0 I haven't lost much weight, if any, lately.
1 I have lost more than five pounds.
2 I have lost more than ten pounds.
3 I have lost more than fifteen pounds.

- 20.
- 0 I am no more worried about my health than usual.
 - 1 I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.
 - 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.
 - 3 I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.
- 21.
- 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
 - 1 I am less interested in sex than I used to be.
 - 2 I have almost no interest in sex.
 - 3 I have lost interest in sex completely.

INTERPRETING THE BECK DEPRESSION INVENTORY

Now that you have completed the questionnaire, add up the score for each of the twenty-one questions by counting the number to the right of each question you marked. The highest possible total for the whole test would be sixty-three. This would mean you circled number three on all twenty-one questions. Since the lowest possible score for each question is zero, the lowest possible score for the test would be zero. This would mean you circles zero on each question. You can evaluate your depression according to the Table below.

Total Score _____ Levels of Depression

1-10	_____	These ups and downs are considered normal
11-16	_____	Mild mood disturbance
17-20	_____	Borderline clinical depression
21-30	_____	Moderate depression
31-40	_____	Severe depression
over 40	_____	Extreme depression