UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014 **N°**

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : MEDECINE GENERALE

Par

Anne-Cécile CARTON TOURILLON

Née le 15 novembre 1983 à Nantes
Présentée et soutenue publiquement le 24 avril 2014

Les pleurs du nourrisson : comprendre le vécu et les représentations des parents.

Etude qualitative par entretiens auprès de quinze mères.

Président : Madame le Professeur Angélique BONNAUD ANTIGNAC
Directeur de thèse : Madame le Docteur Maud JOURDAIN

CARTON-TOURILLON Anne-Cécile

TITRE DE THESE :

Les pleurs du nourrisson : comprendre le vécu et les représentations des parents.

Etude qualitative par entretiens auprès de quinze mères.

RESUME

Les pleurs du nourrisson sont un des symptômes parmi les plus fréquents en pédiatrie durant les premiers mois de vie. Malgré les nombreuses recherches sur les pleurs du nourrisson, persiste une relative incertitude scientifique concernant les causes des pleurs, les techniques et les traitements entrepris pour calmer les pleurs. La plupart des études décrivent les pleurs dans une perspective quantitative afin d'objectiver des pleurs anormaux ou excessifs, tout en notant la tolérance différentielle des parents. Aucune étude à notre connaissance ne s'attache spécifiquement au vécu, aux difficultés subjectives et aux pratiques des parents face aux pleurs de leur nourrisson. Pourtant, cette compréhension serait utile pour le professionnel de soin afin d'ajuster les pratiques en cohérence avec les besoins de ces parents.

Ainsi, L'objectif de notre étude était de mieux comprendre le vécu, les difficultés subjectives et les différentes pratiques, notamment les recours mis en place par les parents lorsque leur nourrisson pleure. Dans cette perspective, une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de quinze mères.

Trois types d'interprétation des pleurs par les parents ont été retrouvés : soit ces pleurs sont normaux, soit ils sont le témoin d'un trouble, soit ils révèlent un besoin. Les difficultés peuvent être d'interpréter les pleurs, de calmer ou de tolérer ces pleurs. Les recours aux soins ne sont pas en rapport avec l'intensité des difficultés. C'est surtout en fonction de leur interprétation que les parents vont éventuellement solliciter l'avis d'un professionnel de santé. Or les réponses apportées par les professionnels de santé ne seront pas toujours en adéquation avec les difficultés des parents. Certains parents sont démunis et trouvent souvent peu de ressources auprès du système de santé. Certains parents qui vivent des difficultés ne vont pas aborder cette préoccupation avec un professionnel de santé.

Reconnaitre les difficultés auxquelles sont confrontés les parents face aux pleurs de leur nourrisson et être attentif à l'interprétation qu'ils en donnent permettra aux professionnels de santé d'apporter des réponses plus adéquates. Ce travail de recherche incite le médecin à avoir une démarche plus active auprès des parents qui ne vont pas spontanément demander de l'aide. De plus, les parents bénéficieraient d'informations sur les techniques visant à diminuer les pleurs et des explications sur les pleurs.

Mots clés : pleurs du nourrisson, allaitement, colique, rythme, impuissance, difficultés, mésestime de soi.

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ma directrice de thèse, le Docteur Maud Jourdain, médecin généraliste, pour m'avoir guidée dans ce travail, pour le temps consacré à la relecture des entretiens, pour son écoute et pour ses conseils avisés.

Je voudrais remercier la président du jury, le Professeur Angélique Bonnaud- Antignac et les membres du jury le Professeur Jean-Christophe Roze et le Professeur Lionel Goronflot pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon plus profond respect.

J'adresse de chaleureux remerciements aux femmes que j'ai interviewées. Merci pour votre accueil et vos témoignages. Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir parlé en vérité.

J'adresse des immenses remerciements à mes parents Véronique et Frédéric pour m'avoir transmis leur passion. Jamais je ne regretterais d'avoir pris ce chemin, même si celui-ci a été long et difficile. Je les remercie pour leur soutien et leur amour de tous les instants.

J'adresse d'affectueux remerciements à mes grands-parents paternels et maternels que j'ai aussi suivis dans l'univers médical.

Je tiens à adresser l'expression de mes sincères remerciements et de mon respect aux personnes qui m'ont guidée au sein de l'univers médical ; je veux nommer l'équipe des urgences du CHU de Nantes, l'équipe de gérontologie de Saint Nazaire, l'équipe de pneumologie du CHR de Cholet, en particulier le Docteur Masson, toute l'équipe de PMI de Nantes en particulier le Docteur Lise Helfer. Je remercie le Docteur Philippe Delorme pour son ouverture d'esprit et son enseignement sur la prise en charge des patients toxicomanes, le Docteur Patrick Le Kieffre, le Docteur Marie Lemort, le Docteur Michelle Labbe et le Docteur Jean Paul Canevet pour leur accueil, leur enseignement et pour avoir contribué à ce travail. Merci à madame Couillaud, puéricultrice de PMI et au Docteur Le Hebel médecin de PMI, pour avoir contribué à ce travail.

A mes sœurs Clothilde, Marie, Emmanuelle, à mon frère David, à mes beaux-parents Sylvie et Bertrand, à mes belles-sœurs Claire et Marion. A mon parrain, Jean-Marc et ma marraine, Blandine. A mes amis rencontrés durant mes années de médecine : Anne-Sophie, Amélie, Stéphane, Damien, Marine, Sophie, Raphaëlle, Aude-Marie, Julie, Laurianne, et à mes amis de toujours sans qui la vie ne serait pas aussi belle : Justine, Yolaine, Anne-Laure, Bérénice, Raphael. Merci à tous pour votre soutien et votre affection.

Et aux deux personnes qui me sont les plus chères dans ma vie : à toi François-Xavier, merci pour ton soutien durant ces longues années, merci pour ta patience, merci pour ton aide, pour la relecture et la mise en page de ce travail, merci pour ton amour renouvelé chaque jour. A toi Martin, notre fils, tu es notre joie quotidienne. Chaque jour tu nous émerveilles d'avantage !

TABLE DES MATIERES

RESUME **3**

REMERCIEMENTS **4**

TABLE DES MATIERES **5**

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES **8**

1. INTRODUCTION **9**

2. MATERIEL ET METHODE **13**

2.1 Le choix de la méthode. 13

2.2 Population et échantillonnage. 13

2.2.1 Population étudiée. 13
2.2.2 Méthode d'échantillonnage. 13

2.3 Réalisation des entretiens. 13

2.3.1 Conception de l'entretien. 13
2.3.2 Conditions matérielles et temporelles. 14
2.3.2.1 Le lieu. 14
2.3.2.2 Le temps. 14
2.3.2.3 Les acteurs. 14
2.3.2.4 L'enregistrement et la retranscription. 14
2.3.2.5 Anonymat et respect de la confidentialité. 15
2.3.2.5 Analyse. 15

3. RESULTATS **16**

3.1 Description de la population de l'étude. 16

3.1.1 Les parents. 17
3.1.2 Les enfants. 18

3.2 Premières pensées des mamans sur la vie avec leur bébé. 19

3.2.1 Un bouleversement dans la vie : Emotions et ressentis. 19
3.2.2 Différence entre le vécu attendu et le vécu réel. 22
3.2.3 La place du père dans la dyade « mère-enfant ». 23
3.2.4 L'importance de la nutrition. 25

3.3 La préparation à l'accouchement : évocation des pleurs du nourrisson. 26

3.4 Vécu et description des pleurs du nourrisson. **28**

3.4.1 Evocation spontanée des pleurs du nourrisson. 28
3.4.2 Vécu et émotions face aux pleurs. 29
3.4.3 Quel est le modèle explicatif des pleurs ? 32
3.4.4 Le problème des pleurs. 35
3.4.5 Les pratiques pour apaiser le nourrisson. 36
3.4.6 La peur de l'agressivité vis-à-vis de son enfant. 37

3.5 Les recours des parents face aux pleurs du nourrisson. **38**

3.5.1 Les recours aux soins. 38
3.5.1.1 Qui ? 38
3.5.1.2 Quand ? 40
3.5.2 Quelles sont les conséquences suite au recours aux soins. ? 42
3.5.2.1 Qui prescrit quoi ? 42
3.5.2.2 Les conséquences de la consultation chez le médecin. 42

4. DISCUSSION. **45**

4.1 Critique de la méthode. 45

4.1.1 Choix de la méthode. 45
4.1.2 Limites de la méthode. 45
4.1.3 Analyse. 45

4.2 A propos de nos résultats. 46

4.2.1 Description des nourrissons. 46
4.2.1.1 Sexe. 46
4.2.1.2 Rang dans la fratrie. 46
4.2.1.3 Alimentation. 47
4.2.2 Situation familiale : profession des parents. 48

4.3 Le vécu du retour à domicile avec le nouveau-né. 49

4.4 Le rôle du médecin généraliste. **50**

4.4.1 Les parents qui demandent de l'aide aux professionnels de santé. 50
4.4.2 Les parents qui ne se plaignent pas. 52
4.4.3 L'importance de l'éducation aux pleurs. 53

5. CONCLUSION **54**

BIBLIOGRAPHIE **56**

ANNEXES **60**

LISTE DES ABREVIATIONS

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

E : Entretien

F : Sexe Féminin

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

M : Sexe Masculin

MT : Médecin Traitant

NRS : Nourrisson

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RAD : Retour A Domicile

SF : Sage-Femme

1. INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un évènement attendu par les parents mais celle-ci peut être pourvoyeuse de stress et d'angoisse. Après l'accouchement, débute une étape de découverte entre le nouveau-né et ses parents.

L'OMS définit le post-partum comme « une période de transition critique pour la femme, son nouveau-né et sa famille, sur le plan physiologique, affectif et social ». (1) Cette période du post-partum immédiat est importante pour le développement du lien d'attachement entre le nouveau-né et ses parents. (2) Le séjour en maternité permet aux professionnels de la périnatalité de vérifier la bonne santé du nouveau-né et de sa mère, d'encadrer et d'accompagner les jeunes parents dans les soins de puériculture et l'alimentation du nouveau-né.

Après ce séjour encadré, les parents et leur nouveau-né rentrent dans leur foyer et commence alors une nouvelle étape. Une des difficultés majeures des trois premiers mois sont les pleurs du nourrisson. Les parents ne sont généralement pas préparés à cette difficulté avant la naissance de leur enfant.

Dans la littérature médicale, les pleurs du nourrisson ont été longtemps négligés. Les médecins étaient, sans doute, convaincus de leurs bénignités. Les pleurs du nourrisson sont étudiés plus spécifiquement depuis une vingtaine d'années. Cependant, il y a plus de cent cinquante ans, les pleurs ont été décrit par Charles-Michel Billard, précurseur de la pédiatrie en France, dans son livre « traité des maladies des enfants » en 1828. « Il est des enfants qui crient sans qu'on puisse réellement en connaitre la cause, et malgré leur agitation continuelle et leurs longue insomnie. On ne les voit pas dépérir. Ces enfants se distinguent par leurs cris opiniâtres et les nourrices qui redoutent de les allaiter les désignent vulgairement par l'épithète assez mérité d'enfants méchants. Cette excitation continuelle provient sans doute d'une exaltation de la sensibilité plus prononcée chez eux que chez les autres enfants : le cri n'en est pas moins pour cela l'expression d'un malaise auquel il faut rechercher à donner diversion par les moyens convenables. » (3)

Les pleurs sont le premier moyen de communication dont le nourrisson dispose. Winnicott disait « seul, le bébé n'existe pas ! ». En effet, le nourrisson dépend pour sa survie des soins d'une personne adulte. Les pleurs jouent un rôle important pour la survie, la santé et le développement de l'enfant. (4)

Tous les enfants pleurent. Cependant, certains nourrissons pleurent beaucoup plus que d'autres. Ces enfants qui présentent des pleurs excessifs au cours des trois premiers mois de la vie sont aussi appelés « enfants colitiques » (5). Ils peuvent être source de frustration et de stress au sein de la famille. (4)

Même si les pleurs sont parfois difficiles à tolérer pour les parents, il y a des conséquences positives associées aux pleurs. L'une d'elle, est que les pleurs permettent aux nourrissons de bâtir des relations intimes avec les personnes qui répondent le mieux à leurs besoins.(6) Ainsi, les pleurs seraient essentiels à la formation d'un lien affectif avec un donneur de soins particulier. Les parents qui prennent soin de leur nouveau-né ont un impact sur le développement psycho social de ce dernier.(7)

Cependant, les pleurs peuvent avoir des répercussions négatives sur le bébé. En effet, celui-ci peut entrainer une diminution des contacts entre les parents et leur bébé et perturber la qualité de la relation parents-enfants. Dans une dimension beaucoup plus grave, les répercussions négatives sont la négligence et la violence dont le syndrome du bébé secoué fait partie. D'où l'importance de prendre en considération la demande des parents souvent fatigués et irrités des pleurs de leur bébé. (8) Barr a montré que certains bébés, qui ne pleuraient pas plus que les autres, présentaient des accès de pleurs qui étaient jugés plus long ou difficilement supportables selon les parents. Ces constatations ont introduit la notion de « tolérance aux symptômes ».(9) Lorsque les parents expriment une difficulté avec les pleurs, le professionnel doit être attentif.

Les pleurs du nourrisson sont dans notre société occidentale, un motif fréquent de consultation en médecine générale durant les premiers mois de vie. (10) Pour de nombreux auteurs, il s'agit d'un processus normal du développement du nourrisson. Plusieurs définitions sont utilisées dans la littérature pour définir ou caractériser les pleurs excessifs ou pleurs jugés supérieurs à la normale. Ils affectent selon les définitions 10 à 30% des nourrissons de moins de 3 mois et peuvent persister pour 30% des nourrissons au-delà de 3 mois jusqu'à 6 mois.(8) Dans 95% des cas, le nourrisson est indemne de toute pathologie, il se développe, grandit et grossit normalement. Ils peuvent avoir une origine organique dans 5% des cas. (11) (12)

Les pleurs du nourrisson ont été définis par le terme de colique du nourrisson par Wessel dans les années cinquante. La définition est la suivante : la règle de trois. L'enfant pleure au moins trois heures par jour sur trois jours pendant trois semaines consécutives. (13) Cette définition ne prend pas en compte la tolérance des familles devant les pleurs. La colique du nourrisson donne l'idée d'une origine gastro-intestinale douloureuse aux pleurs. Ce terme utilisé pour définir les pleurs du nourrisson rassure souvent les parents puisque un diagnostic est posé. (8) Cela permet d'introduire un traitement. Aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité dans la prise en charge des pleurs du nourrisson. (14) Les recherches réalisées par la suite sur le développement, la psychologie, la neurobiologie et l'anthropologie ont modifié cette approche qui tenait à attribuer ces pleurs à des perturbations organiques.

Brazelton a été le premier en 1962 à dresser un état des lieux des pleurs normaux du nourrisson de moins de trois mois et indemne de toute pathologie. Il a réalisé un schéma des pleurs normaux à partir de données révélées par les parents de 80 nourrissons normaux. Cette étude montre que la durée cumulative des pleurs sur la journée est en moyenne de 1 heure 45 à deux semaines. Ils augmentent progressivement pour atteindre 2 heures 45 à six semaines et décroit ensuite pour être inférieure à 1 heure à douze semaines. Ces pleurs surviennent entre 15 heures et minuit à six semaines. (15)

Barr en 1991, a réalisé une étude chez les nourrissons issus des chasseurs cueilleurs Kung San du Kalahari (désert situé au Botswana, comprenant une partie de la Namibie et de l'Afrique du Sud). Les pratiques de maternages sont très différentes des pratiques pratiquées dans notre société occidentale. Les bébés sont portés verticalement pendant 80 % du temps, allaités quasi en continu « 4 fois par heure » et la réponse aux moindres pleurs est quasi instantanée (46 nourrissons ont été étudiés entre 0 et 99 semaines de vie). Malgré les pratiques de puériculture très différentes, l'étude montre l'existence du même pic de pleurs à 6 semaines de vie du nourrisson. (16) Cependant, il faut noter, que les nourrissons élevés dans les cultures traditionnelles pleurent beaucoup moins que leurs homologues occidentaux. La durée des pleurs est moindre quand les pratiques de soins favorisent la proximité mère-bébé.(17)

Cette distribution des pleurs du nourrisson a été décrite de nombreuses fois dans la littérature. Il s'agit d'un phénomène universel retrouvé chez de nombreux nourrissons à travers le monde, ainsi que chez les mammifères de différentes espèces. Les chercheurs ont découvert des courbes de détresses similaires chez toutes les espèces mammifères étudiées, notamment chez les cochons d'inde (18), les ratons, les chimpanzés et les macaques rhésus (7) ce qui suggère que ce modèle de détresse n'est pas exclusif aux nourrissons humains. (19) (20)

Cette courbe ci-jointe montre la répétition de la même courbe des pleurs lors d'études sur les pleurs des nourrissons à des dates différentes.

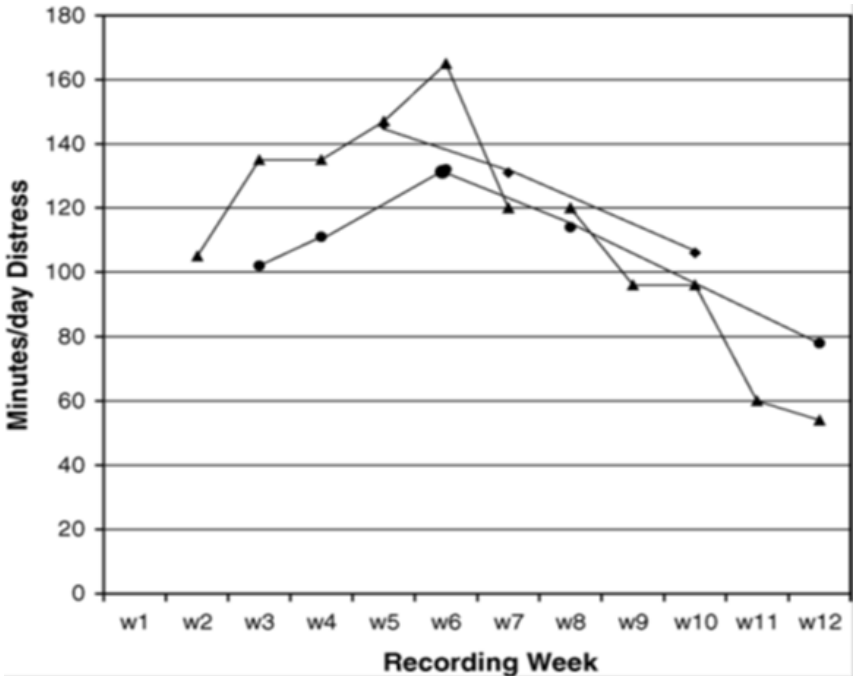

Illustration de la quantité de pleurs du nourrisson en fonction des semaines lors de trois études Nord-Américaine (21) *Triangles: Brazelton (1962) (15) rond : Hunziker and Barr (1986)* (22) *diamonds: Kramer (2001).* (24)

A noter que Hunzinker et Barr ont collaboré ensemble et ont précisés la tendance vespérale des pleurs, heure à laquelle les parents sont souvent fatigués et moins réceptifs. Les pleurs sont plus fréquent entre 18h et 23h à 3 semaines, et 17h et minuit à 6 semaines.

Malgré les nombreuses recherches sur les pleurs du nourrisson, les chercheurs restent dans l'incertitude scientifique concernant les causes des pleurs, les techniques et les traitements entrepris pour calmer les pleurs. La plupart des études décrivent la quantité de pleurs rapportée par les parents. Nous n'avons pas retrouvé d'études qui décrivent le vécu et les difficultés subjectives des parents face aux pleurs de leur nourrisson.

En tant que professionnel de santé, il est pourtant intéressant de comprendre les difficultés auxquelles sont confrontés les parents au sujet des pleurs de leur nourrisson et quels sont les moyens qu'ils ont pour y faire face. Ainsi, nous pourrons donner une écoute plus active et une réponse plus adéquate à leurs besoins.

L'objectif de notre étude a été d'étudier comment les pleurs du nourrisson s'articulaient dans les difficultés des trois premiers mois après la naissance. La première partie de la thèse s'intéresse donc au vécu du retour à domicile après une naissance.

La deuxième partie de la thèse étudie plus spécifiquement l'inscription des pleurs du nourrisson dans ce contexte. Quelles sont les interprétations des pleurs selon les parents ? Quelles sont les difficultés auxquelles ils sont confrontés ? Comment s'articule le recours aux soins par rapport aux difficultés avec les pleurs de leur nourrisson? Quelles sont les réponses des professionnels de santé par rapport à leurs inquiétudes ou questionnements ? Quelles vont être les effets de l'aide des professionnels ?

Pour y répondre, nous avons réalisé une étude qualitative dans une perspective compréhensive auprès de mères visant le vécu des premiers mois avec le bébé et les actions entreprises face aux pleurs de leur nourrisson.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Le choix de la méthode.

La méthodologie qualitative s'est avérée la plus appropriée pour cette étude. Il s'agit de la méthode la plus adaptée pour l'exploration du vécu, des émotions et du ressenti.

2.2 Population et échantillonnage.

2.2.1 Population étudiée.

La population étudiée a été constituée de mères ayant un nourrisson entre deux mois et demi et huit mois.

L'âge des enfants a été déterminé par la courbe des pleurs afin de situer le discours dans un vécu quotidien au plus près de la réalité.

2.2.2 Méthode d'échantillonnage.

L'échantillonnage a été raisonné. Le recrutement a été réalisé en cherchant à varier les profils en fonction notamment du type de recours au soin.

Le recrutement a eu lieu dans les cabinets de médecine générale et les centres de PMI.

Il s'agit de mères ayant consulté un médecin généraliste libéral, un médecin de PMI ou une puéricultrice de PMI. Il était prévu que les mères soient informées de la recherche par le médecin ou la puéricultrice. Le médecin demandait à la mère si elle était d'accord pour avoir un entretien sur son vécu en tant que mère. Le thème des pleurs du nourrisson n'était pas évoqué afin d'apprécier si les mères en parlaient spontanément lors de l'entretien. Après leur accord, l'enquêtrice les contactait par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous à leur domicile ou d'un rendez-vous par visioconférence quand elles ne pouvaient pas recevoir l'enquêtrice chez elle.

2.3 Réalisation des entretiens.

2.3.1 Conception des entretiens.

Afin de de comprendre le vécu, le ressenti émotionnel et les pratiques des mères face aux pleurs de leur nourrisson, il convenait de les inscrire dans un contexte plus large du vécu de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois avec leur bébé. Pour réaliser cette enquête qualitative déclarative, le guide d'entretien a été composé de questions ouvertes. Ces questions ont été choisies en fonction des objectifs de cette étude et de la revue de la littérature.

La première grille d'entretien (Annexe 1) a exploré ces différents thèmes sous une forme détaillée. Les entretiens ont été réalisés selon ces modalités sur sept mères. Puis, la grille d'entretien a été modifiée deux fois au fil des analyses intermédiaires. (Annexe 2)

Les entretiens ont été arrêtés au terme du quinzième, nous étions alors à saturation des données.

2.3.2 Conditions matérielles et temporelles.

2.3.2.1 Le lieu.

Les entretiens ont eu lieu au domicile des personnes interviewées. Lorsqu'il était impossible à l'enquêtrice de se déplacer ou que la personne ne pouvait pas la recevoir à domicile, l'entretien a été réalisé par logiciel de visioconférence avec une vidéo.

Les entretiens ont été réalisés individuellement, dans le lieu familier des interviewées, pour qu'elles se sentent le plus à l'aise possible.

Le moment pour la réalisation des entretiens était choisi par la mère, ce qui a permis de réaliser des entretiens dans de bonnes conditions. Il s'agissait à chaque fois de période de sieste pour le bébé, afin de réaliser l'entretien dans le calme. Une interviewée était avec son conjoint, le père s'occupait du bébé pendant que l'enquêtrice interviewait la maman.

2.3.2.2 Le temps.

Il leur était annoncé une durée d'entretien de 30 minutes à 45 minutes, modulable en fonction du déroulement de l'entretien. Les entretiens ont durée en moyenne 35 minutes. Le plus long a duré 50 minutes, le plus court a duré 30 minutes.

2.3.2.3 Les acteurs.

Tous les entretiens ont été réalisés par un seul intervieweur : Anne-Cécile Carton Tourillon.

2.3.2.4 L'enregistrement et la retranscription.

Chaque entretien a été enregistré avec un dictaphone numérique, retranscrit mot à mot et analysé.

Chaque entretien a été numéroté selon son ordre de réalisation.

La retranscription a respecté les onomatopées (« heu », « hum »,…), les silences (silence court : « . », silence assez long : « … », Silence long « … … ») et les interactions entre les deux interlocuteurs (paroles coupées : (…)).

La profession et l'âge des femmes interrogées ainsi que ceux de leur conjoint a été indiqué dans les résultats, jugeant que cela apportait une information utile à l'étude des entretiens.

2.3.4.5 Anonymat et respect de la confidentialité.

L'ensemble des entretiens est anonyme. Les prénoms des enfants, du conjoint et de la maman ont été changés afin de veiller à leur anonymat. Les entretiens ne sont pas disponibles dans l'annexe, ceci a été précisé lors des entretiens aux mères dans la perspective de ce respect de leur anonymat.

2.3.4.6 Analyse

L'analyse a été réalisée par l'enquêtrice avec l'aide de la directrice de thèse, en vue de renforcer la validité interne des résultats.

3. RESULTATS

3.1 Description de la population de l'étude.

Lors du recrutement, l'interlocuteur spontané s'est avéré être la mère. Nous avons donc choisi de ne pas interroger les pères dans cette étude. De plus, cela a permis d'aborder la question sur la place que la mère donnait au père dans la relation mère-enfant.

Une seule mère était en présence du père lors de l'entretien.

Parmi les personnes recrutées, il y a eu un refus. Deux mères n'ont jamais répondu aux appels. Une mère avait un enfant de dix mois au moment de l'entretien ce qui ne correspondait pas aux critères de recrutements.

Nous avons donc interviewé quinze mères sur dix-neuf mères recrutées.

Les entretiens ont été réalisés de début novembre 2012 à juillet 2013.

Les femmes ont participé volontiers à ce travail et ont montré un intérêt important, témoignant d'une volonté de partager leur vécu. Certaines ont même remerciée d'avoir été écoutées.

3.1.1. Les parents.

	Age de la mère	Age du père	Profession de la mère	Profession du père	lieu de vie
Entretien 1	28 ans	31 ans	orthophoniste libérale	géomètre expert	appartement urbain
Entretien 2	28 ans	27 ans	médecin généraliste	psychiatre	appartement urbain
Entretien 3	27 ans	28 ans	cadre de la fonction publique	ingénieur	appartement urbain
Entretien 4	26 ans		spécialiste milieu marin		appartement urbain
Entretien 5	26 ans	27 ans	sans emploi	consultant	appartement urbain
Entretien 6	26 ans	35 ans	employé de banque	charpentier	maison urbain
Entretien 7	29 ans	35 ans	auxiliaire de puericulture	technicien	maison rural
Entretien 8	27 ans	28 ans	employé de banque	ingenieur	appartement urbain
Entretien 9	35 ans	37 ans	assistante exploitation	responsable adjoint d'un magasin	appartement urbain
Entretien 10	34 ans	35 ans	assistante administratif	informaticien	maison semi-rural
Entretien 11	31 ans	33 ans	Commerciale	chef de marché	appartement urbain
Entretien 12	29 ans	29 ans	avocat	ingenieur	appartement urbain
Entretien 13	27 ans	33 ans	Commerciale immobilier	artisan batiment	appartement urbain
Entretien 14	37 ans	39 ans	Commerciale immobilier	comptable	maison urbain
Entretien 15	26 ans	30 ans	sans emploi	sans emploi	HLM urbain

Tableau 1 : Description des mères interviewées et leur conjoint.

Les femmes interviewées : sept font partie de la catégorie cadres et professions intellectuelles supérieures, six font partie de la catégorie professions intermédiaires, et deux sont sans emplois.

Les conjoints des femmes interviewés : neuf font partie de la catégorie cadres et professions intellectuelles supérieures, un a une profession intermédiaire, trois sont ouvriers, un est sans emploi.

La femme de l'entretien numéro 4 est mère célibataire.

La femme de l'entretien 15 vit seule avec ses trois enfants. Elle est séparée du père des enfants.

3.1.2 Les enfants.

	Nombre d'enfants	**Sexes des enfants**	**Ages des enfants**
Entretien 1	1	M	3 mois
Entretien 2	2	M/F	19 mois / 2,5 mois
Entretien 3	3	F/F/M	4 ans / 3 ans / 8 mois
Entretien 4	1	M	5 mois
Entretien 5	1	F	5 mois
Entretien 6	1	F	8 mois
Entretien 7	2	F/M	30 mois / 4 mois
Entretien 8	2	M/F	22 mois / 4 mois
Entretien 9	1	M	3,5 mois
Entretien 10	1	F	3 mois
Entretien 11	2	F/F	3 ans / 3,5 mois
Entretien 12	1	M	5 mois
Entretien 13	1	F	3 mois
Entretien 14	1	F	4 mois
Entretien 15	3	F/M/F	5 ans/3 ans /2,5 mois

Tableau 2 : Description des enfants des mères interviewées

D'après ce tableau; neuf mères interviewées sur quinze ont un seul enfant. La plus jeune à 26 ans, la plus âgée à 37 ans.

Deux mères interviewées sur quinze ont trois enfants. Elles ont respectivement 27 ans et 26 ans au moment de l'entretien. La première a eu son premier enfant à 24 ans, la deuxième à 21 ans.

Quatre mères interviewées sur quinze ont deux enfants. Elles ont respectivement 28 ans, 29 ans, 27 ans et 31 ans. Elles ont eu respectivement leur premier enfant à 27 ans, 27 ans, 26 ans et 29 ans.

3.2 Premières pensées des mamans sur la vie avec leur bébé.

3.2.1 Un bouleversement dans la vie : Emotions et ressentis.

Devenir mère est un bouleversement dans la vie d'une femme. La plupart des mères insistent sur le fait que les premiers jours avec le bébé sont difficiles.

Certaines déclarent également que ce n'est pas très intéressant. (E1, E11) Elles trouvent aussi difficile de libérer du temps pour elles. On note un envahissement de l'espace-temps.

E1 : « *Bah, **c'est prenant**... Au début, c'est tout le temps, tout le temps, au début tu ne fais que ça. C'est déstabilisant. Et puis après, il commence à avoir un rythme. (...) C'est aussi parfois un peu répétitif, changer les couches, les biberons, ça un aspect…heu…il a besoin de ça tout le temps et donc **ce n'est pas très intéressant** parfois, au début. » « **Il faut être en dispo totale avec lui** (...) on a envie de se poser mais on est à nouveau 100% avec lui ».*

E3 *: « Dès que le bébé pleurait, c'était difficile pour faire le ménage, prendre sa douche. Je vivais dans l'angoisse permanente en me disant « mince, elle va se remettre à pleurer » ».*

E11 *: « Je suis contente d'être avec mon conjoint le soir, car bon, **les bébés, les couches, ce n'est pas très enrichissant,** j'aime voir des adultes dans la journée ».*

E12 *: « Alors donc, **au début, il pleurait tout le temps** et je passais mes journées à l'allaiter et à essayer de faire en sorte qu'il dorme un peu. J'étais totalement mobilisée pour ça, pour lui, tout le temps. **J'avais très peu de temps à coté** pour faire les courses, pour la vie quotidienne. ».*

E14 *: « Bah, **c'est rythmé**… comme j'allaite, les tétées, les changements de couches, les siestes quand il y a sieste. En fait je cale mon emploi du temps sur le rythme de vie du bébé pour l'instant, donc heu... c'est un peu fatiguant. (...)Heu, bah, on a l'impression de plus avoir de vie à coté, autre... (...) **On ne peut plus rien faire**, on peut plus faire les courses, plus faire le ménage. En plus, elle pleurait beaucoup au départ, bon là ça va un petit peu mieux. ».*

Certaines mères ont un vécu très positif des premiers jours avec leur bébé. Elles donnent l'impression qu'il est très naturel de s'occuper de son bébé. Cette sérénité est associée à la présence de l'entourage familial (le père et les grands parents).

E2 : « *Mon premier est né pendant les vacances d'été. On a vécu chez mes parents pendant quatre semaines avec mon conjoint. On a reçu de nombreux conseils, c'était vraiment une **aide précieuse et rassurante de la part de mes parents**. Chaque question concernant mon bébé avait cinq réponses différentes mais au moins j'avais des réponses (rire) et c'était un relais précieux pour permettre de se reposer au moment voulu. Le bébé était facile, « on sait de quoi il avait besoin ». Il était bien, souriait, rigolait et grossissait bien donc c'était rassurant et facile. ».*

E10 *: « **Dans un couple, c'est bien d'être deux**, car on a jamais paniqué en même temps. L'autre tempère la panique. Chacun son tour... ».*

E11 *: « Je suis rentrée à la maison quand Camille avait trois jours. Voilà, ça s'est mis assez rapidement en place... heu... avec sa sœur, moi et Camille. Les premières semaines**, j'ai beaucoup été aidée par le papa, par ma famille**, pour tout ce qui est ménage, repas, et pour me consacrer à mon repos et à l'allaitement de Camille. ».*

Lors des entretiens, on note à plusieurs reprises le manque de confiance qu'ont les mères avec leurs nouveaux nés. (E1, E5, E6, E7, E8, E10) Certaines se créent des soucis à propos de tout. Chaque incident prend des proportions démesurées et ce, quel que soit l'âge de la mère.

E1 : « *En plus il pleurait beaucoup pendant la tétée donc j'étais encore plus stressée, **je ne savais pas si je faisais bien les choses** ».*

E5 : « ***on se pose toujours la question d'être une mauvaise mère**, on se remet souvent en question* ».

E6 *: « Oh, j'ai eu un gros baby blues le troisième jour. **J'avais un sentiment d'incapacité à m'occuper de mon bébé.** (...) En fait, c'est un grand chamboulement dans la vie. (Rire). Et puis, il faut dire que je n'ai pas vraiment cherché à avoir de l'aide du personnel soignant car je voulais me prouver à moi-même que j'étais capable. Bon, parfois il m'est arrivé de demander de l'aide, et puis je n'ai pas trouvé de soutien auprès des puéricultrices car la seule réponse qu'on me disait était « c'est normal ». Surtout quand je m'inquiétais sur les pleurs… Notamment la nuit au début. Ma tante m'a dit : « jamais personne ne s'occupe mieux de son bébé que la maman », cette petite phrase m'a apporté du réconfort et m'a permis de reprendre confiance en moi ».*

E7 *: « J'avais beaucoup d'appréhension à faire les soins de mon bébé le matin. (...) Et puis aussi j'avais très peur du retour à la maison, d'être une mauvaise mère, le changement dans la vie, j'avais peur de ne pas tout gérer, c'était une montagne à surmonter**. J'avais peu de confiance en moi.** »*

E8 *: « Mon premier enfant c'était la découverte de tout. Comment fonctionne un enfant ? Comment répondre à ses besoins ? C'est le plus grand changement dans la vie. Je me souviens du retour de la maternité, d'être dans la voiture et j'ai traversé Nantes, j'étais hagarde, je ne savais plus où j'en étais. Ça a duré environ une semaine. »*

E10 *: « Le retour à la maison, ce n'était pas simple. **On s'est vite fait des soucis pour des petites choses, elle régurgitait, on s'inquiétait.** Avec du recul, on s'est inquiété pour rien, mais bon on s'inquiète vite car c'est un premier bébé et c'est hyper fragile. A cause de la pression de la maternité, on était angoissé à la moindre petite chose. On a même consulté pour une petite rhinite. »*

Certaines parlent du manque de sommeil, de la fatigue parfois extrême qui accompagne la naissance de l'enfant. Une des mamans (E14) a pleuré pendant l'entretien révélant ainsi les difficultés quotidiennes avec son bébé et toutes les émotions que celles-ci engendrent. Une femme (E13) décrit également la fatigue physique liée à la suite de l'accouchement.

E6 : « ***J'étais très fatiguée*** *suite à plusieurs nuits de suite difficiles. J'ai besoin de beaucoup de sommeil. Oui, en fait c'était plutôt des moments difficiles.* »

E12 : « *C'était horrible, j'étais trop stressée et surtout ça me réveillais.* ***J'ai vraiment eu un problème de sommeil pendant deux mois où je ne dormais jamais***. »

E13 : « *Bon au début j'étais claquée, le temps que ça se mette en marche. Le temps de prendre le rythme et surtout suivre son rythme à elle. Au niveau des heures de sommeil ce n'était pas facile****. Et puis au début on n'est pas rétabli de l'accouchement****. C'est passé relativement vite, on va dire qu'au bout de trois semaines déjà ça allait un peu mieux… Même au niveau du périnée ça allait mieux (rire) donc quand ça va mieux à ce niveau-là, que c'est cicatrisé et que les saignements s'arrêtent, c'est plus facile, on est moins fatigué. »*

E14 *: « **je comprenais, oh, non, ce n'est pas que je comprenais mais j'ai pris conscience du syndrome des bébés secoués parce qu'on est à bout, avec le manque de sommeil**… (La mère se met à pleurer)… »*

On note l'expression d'un vécu négatif avec des termes parfois extrêmes. Ces termes sont à l'opposé de la vision idyllique véhiculée par la société pour laquelle la naissance d'un enfant ce n'est « que du bonheur ». E1 : « *difficile, très fatigant, il me fait mal »,* E2 *: « désespoir, difficile »* E3 *: « hyper dur »* E6 « *très difficile, tristesse* » E12 « *vraiment horrible* » On note une amélioration de cette vision au fil des journées passées avec le bébé.

Les facteurs associés avec un vécu positif est la présence de l'entourage (grands-parents). (E2, E4, E8, E9, E10, E11) et la présence aidante du conjoint. (E2, E3, E5, E9, E10, E11).

On note deux grossesses difficiles : une grossesse difficile sur le plan psychologique et une grossesse difficile sur le plan médical (E4 : grossesse vécue seule, rejet du père de l'enfant, E5 : grossesse pathologique, suivi intensif, antécédent de deux fausses couches tardives). Le vécu de la naissance est positif pour ces deux femmes.

On note également un vécu très positif des premiers jours avec le bébé pour un couple ayant eu recours à un don d'ovocyte en Espagne. (E9). La procédure de PMA a duré plus de quatre ans. E9 : « *c'était comme dans un rêve (…) c'est que du bonheur* ».

Le vécu difficile est associé à l'absence ou le non investissement du conjoint. (E1, E8, E13, E14, E15) Le vécu est difficile quand il y a peu d'entourage familial ou que les grands parents sont loin du foyer familial. (E1, E3, E6) On note, que la femme de l'entretien 14, après un vécu très difficile des premières semaines avec son bébé, part en vacances, seule avec son enfant chez ses parents pour lui permettre de se reposer. On note également que la mère de l'entretien 10 évoque le décès de sa mère lorsqu'elle était jeune adolescente, elle éprouve un manque important de celle-ci qui resurgi après la naissance de sa fille, elle pleure pendant l'entretien.

Un vécu difficile de l'accouchement suivi d'une fatigue physique importante peut être source de vécu négatif. (E1, E12) Un vécu difficile de l'allaitement est source de vécu négatif des premiers jours avec le nourrisson. (E1, E6, E7, E8, E12).

3.2.2 Différence entre le vécu attendu et le vécu réel.

Nombreuses sont les mères interviewées qui n'avait pas anticipé qu'il était si exigeant et épuisant de s'occuper d'un nouveau-né, ni à quel point son arrivée allait changer leur vie.

Lorsque la question suivante est posée : « Vous vous attendiez à ce changement, à cette nouvelle vie ? ». Voici la réponse de quelques-unes :

E1 : « *Euh, je savais que le début serait dur, mais **je ne m'attendais pas à que ce soit si dur**. »*

E 2 : « ***On ne m'a pas dit que ce serait si dur**. On me disait souvent : prend soin de toi, repose-toi, c'est épuisant. C'est plus épuisant pour le premier que le second, on a une idéalisation du bébé, on écoute à moitié les conseils. C'est important d'être soutenu au moment voulu. »*

E 14 :« *Heu… non… bah, si, **je savais que ça allait être difficile mais après, par exemple tous les bébés n'ont pas des coliques** donc… heu... tout le monde n'a pas ces problèmes-là. »*

E12 *: « **Ah, non, pas du tout… Je ne m'attendais pas du tout à avoir un bébé comme ça,** qui pleure, j'ai l'impression qu'il faut le vivre pour le comprendre. »*

Le décalage entre le vécu réel et les projections du bébé imaginaire n'est pas systématique :

E9 *: « Ça fait longtemps qu'on l'attendait aussi donc ça joue aussi peut être mais vraiment **c'est un très très bon ressenti. C'est que du bonheur quoi.** Nos amis, nos parents nous avaient dit que c'était épuisant, ils avaient sans doute aussi noirci le trait... heu… je ne sais pas trop pourquoi d'ailleurs… »*

E13 : *« Non, je n'ai pas eu de mauvaise surprise. **J'étais trop heureuse de l'avoir (rire) on l'avait tellement attendu.** Enfin, elle était là. (…) Et on m'avait prévenu pour le soir aussi. Qu'ils pleurent plus le soir. Des copines, mes belles sœurs. Le soir on ne sait pas pourquoi mais ça pleure, soit disant ca décharge ses émotions (rire) ils ont une vie très compliquée (rires). »*

E10 *: « On se disait que notre bébé sera cool. (rire). On était pressé qu'elle arrive. On se projetait en tant que parents. Au début de ma grossesse, j'avais envie de la voir tout de suite. Je me disais que neuf mois se serait trop long. **Je suis contente d'être devenu mère, ça change. On change de statut.** On est responsable de quelqu'un. En plus je suis contente car on voulait une petite fille et on a eu une petite fille. »*

Il s'avère que le décalage entre le réel et l'imaginaire est moins important lorsqu'il y a une prévention par l'entourage de la réalité au préalable, comme le suggère l'extrait des entretiens 9 et 13.

3.2.3 La place du père dans la dyade « mère-enfant ».

Le vécu des mères de la parentalité est variable. Dans les entretiens, il est intéressant de voir quelle est la place du père. En effet, soit la femme vit son rôle de mère en prenant compte du rôle du père, on parle alors de la parentalité. Soit la femme s'investit seule dans son rôle de mère, on parle de maternité. Les mères emploient le pronom « on » pour parler du père et d'elle ou alors seulement de le pronom « je ». Certaines femmes parlent très peu du père ou alors parlent de lui mais comme d'une personne qui ne s'investit pas, qui est extérieur au couple « mère-enfant ». Au contraire certaines mères, emploient le pronom « on » à chaque fois qu'elles évoquent les soins du bébé.

Dans l'entretien E1 le père est évoqué spontanément. Il est non aidant.

E1. *« Mon mari n'était pas dispo**, je m'en occupais toute seule toute la journée** et le soir aussi. Comme il est arrivé en avance, on n'avait pas trop prévu ça. (…) Je me suis retrouvée trois semaines toute seule et donc je me suis sentie très seule pendant les trois premières semaines de vie du bébé. On a eu du mal à trouver le rythme. **Mon mari n'a pas su trouver sa place de père, pour lui ça n'a pas changé grand-chose alors que pour moi, ça a tout chamboulé** et du coup c'est encore maintenant d'ailleurs le cas, le soir, il rentre, il pense qu'il va pouvoir se reposer, et moi aussi j'aimerais me reposer, et j'aimerais qu'on partage un peu les taches avec le bébé. Mon mari n'a pas intégré que les journées aussi pour moi sont difficiles. »*

Dans l'entretien E2 et E3 le père est évoqué spontanément. Il est aidant.

E2 *« **On** a vécu chez mes parents pendant 4 semaines avec mon conjoint. **On** a reçu de nombreux conseils, c'était vraiment une aide précieuse et rassurante de la part de mes parents. (…) **On** passe notre soirée à le bercer, lui chanter des berceuses. **On** se sent impuissant. (…) C'est important également de préserver l'intimité du couple. »*

E3 *« **On** berçait notre bébé pendant des heures entières et les voisins tapaient contre la canalisation. Elle ne restait pas plus d'1/2 heure seule sans pleurer. **On** était complètement impuissants et résignés. Heureusement mon mari prenait le relais la nuit. »*

Dans les entretiens E5, E6, E7, c'est la mère qui réalise les soins et qui s'occupe de son enfant. Le père est évoqué spontanément, il est aidant. Mais elles évoquent leur maternité et pas leur parentalité. La mère de l'entretien E6 parle d'ailleurs de **son** bébé et pas leur bébé alors que la phrase concerne son conjoint. Pour les mères des entretiens E5 et E7, le père est peu présent car souvent en déplacement pour le travail.

E5 *« **J'ai** un sentiment d'impuissance lorsque mon bébé pleure. (…) **J'ai** essayé de l'homéopathie (…) **Je** porte souvent mon bébé en écharpe dans la journée, lors des moments de calme, ou lorsque je prépare à manger. **J'ai** consulté un pédiatre avant la naissance qui avait conseillé l'homéopathie pour les coliques**. J'avais** tout dans ma trousse à pharmacie. **Et avec mon conjoint, je ne me suis jamais sentie démunie**. »*

E6 *« **Je** faisais des massages qu'une amie m'avait conseillé**. Je** la portais beaucoup en porte bébé. (…) J'ai fait des multiples allers-retours. (…) **Je** me débrouillais toute seule en allant sur internet… Bon j'ai fini par changer de pédiatre**. Mon conjoint** m'a appris à prendre du*

recul par rapport à ***mon bébé****, me détacher, il m'a invité à voir du monde, à sortir. Je pense que sinon* ***je serais restée dans mon cocon à m'occuper de mon bébé. »***

E7 *« **Je** lui donnais un bain pour l'apaiser après le biberon. **Je** réalise, également, pour calmer mon bébé, des massages du dos et du ventre. **J'ai** été en cours de massage à l'hôpital… Et puis **je** réalise des promenades dans la maison, des bercements**. J'ai** connu parfois des journées entières ou il pleurait sans que je puisse le consoler. **Ah oui, mon conjoint quand il est là, c'est beaucoup plus facile.** Je peux faire autre chose, sortir, faire les courses. Mais je suis souvent seule car mon conjoint est en déplacement plusieurs jours de suite, c'est difficile avec les deux, je suis hyper fatiguée. »*

Dans l'entretien E8, le père est très peu évoqué spontanément. Il est évoqué une fois dans l'entretien. La mère évoque sa maternité, pas sa parentalité. Il est peu aidant.

*E8 : « Avec le deuxième, je suis dépassée par le quotidien. (…) Pour le premier, je n'ai pas ressenti de difficultés, **depuis que j'étais jeune je voulais un enfant, c'était l'objectif**… je n'avais pas de crainte, ma propre mère était très maternelle, elle avait reçu elle-même de sa mère qui était mère de treize enfants. J'étais hyper habituée aux bébés, c'était le bonheur. Elle m'a transmis ça.(…) **Ma** fille a hurlé (…) De toute façon, je ne pouvais pas, je n'avais pas quatre bras. **Mon mari n'était pas là. Quand mon mari rentrait, il pouvait prendre le relais, mais de toute façon ça ne changeait rien.** Parfois je lui redonnais la tétée, pour que ça la calme, mais au final ca la faisait vomir d'autant plus après. »*

Dans l'entretien E9, le père est très présent, il est évoqué spontanément. La mère parle de son rôle de parents et non pas de mère. On note d'ailleurs une absence d'allaitement, le père participe à l'alimentation du bébé. Il s'agit d'un bébé conçu grâce à un don d'ovocyte.

E9 : « *Ça fait longtemps qu'**on** l'attendait (…) C'était presque mieux de ne pas l'allaiter, et puis surtout **Patrick a pu partager ça avec moi**. **On** était relativement serein, **on** était tous les deux* »

Dans l'entretien E10, le père était présent lors de l'entretien. Il s'est occupé de sa fille pendant tout l'entretien. Il a pris cinq semaines de congés lors de la naissance du bébé. Il est présent, aidant et évoqué pendant tout l'entretien. A noté, la mère, évoque le décès de sa mère alors qu'elle avait treize ans. L'évocation de sa maternité et de l'absence de sa mère entraine une vive émotion. Elle pleure durant l'entretien.

E10 : « *Dans un couple, c'est bien d'être deux, car on a jamais paniqué en même temps. **De toute façon avec mon conjoint on était hyper disponible*** »

Dans l'entretien E11, le père est évoqué mais pour la réalisation des travaux de la vie quotidienne (ménage, courses), c'est la mère qui s'occupe de son nourrisson.

E11 : « *Ce n'est pas forcement pour Camille, c'est surtout pour ce qui est annexe. Les courses, le ménage, il va donner le bain à Alice. Pour Camille c'est encore un petit peu tôt, ils ne sont pas encore très familier l'un de l'autre donc il n'a pas encore le réflexe de répondre à ses besoins ».*

Dans l'entretien E12, le père est peu évoqué, il est aidant pour la nuit. La relation est centré sur l'allaitement de son nourrisson ce qui laisse peu de place au père.

E12 : « *Je passais mes journée à l'allaiter* (…) *Enfin, le moyen qu'on avait pour ne pas qu'il pleure la nuit c'était que mon conjoint le fasse dormir en porte écharpe* »

Dans l'entretien E13, le père est évoqué spontanément mais il ne s'occupe pas du nourrisson.

E13 « *Surtout que moi,* ***le papa il ne veut pas trop la prendre***, ***il fait rien***, *il la trouve trop petite, trop fragile. (Rires). Il n'est pas du tout à l'aise. Parfois il la prenait quand j'en pouvais plus, quand j'avais hyper mal au dos ou quand j'étais fatiguée, mais bon il n'est vraiment pas à l'aise. Il ne faut pas qu'elle bouge, ni qu'elle crie, donc c'est pas mal moi qui m'en occupe, donc il faut être patiente. (Rires). »*

Dans l'entretien E14, le père n'est pas évoqué spontanément. Il est évoqué que lorsque je demande à la mère si elle a des aides extérieures. Il est non aidant.

E14 « *Oui, oui, oui, mais bon après on n'a plus de vie de couple, on fait chambre à part donc heu ça pouvait pas durer longtemps, et là maintenant c'est bon elle dort dans son landau. (…)* ***Mon conjoint ne m'aide pas beaucoup.*** *(…) Bah, il est occupé avec sa vie professionnelle et il a un fils de son coté qui vit avec nous donc* ***il s'occupe de son fils et moi je m'occupe de ma fille… C'est les garçons d'un côté, les filles de l'autre****… »*

Le père est absent dans l'entretien numéro E15 et l'entretien numéro E4.

Le sentiment d'incompétence, de manque de confiance est celui de la mère plus que celui de parent. On note plus de confiance quand la mère a un vécu de parent que lorsqu'elle a un vécu de mère.

3.2.4 L'importance de la nutrition du nourrisson.

Pour certaines mères l'alimentation du bébé est au centre des préoccupations de la mère. L'enfant doit manger et prendre du poids. Si l'enfant ne prend pas de poids, c'est qu'il y a un problème. Cette préoccupation prend naissance généralement à la maternité où les femmes interviewées rapportent le stress émis par le personnel soignant sur ce point.

Le poids du bébé est évoqué spontanément dans l'entretien E2, E10, E12, E14.

L'alimentation est évoquée continuellement lors des entretiens. Les mamans rapportent leurs difficultés avec l'allaitement et les troubles digestifs qui accompagnent l'alimentation (coliques, douleurs abdominales, reflux, régurgitations, sténose du pylore).

L'allaitement a été le mode d'alimentation choisi par quatorze mamans sur quinze interviewées.

L'allaitement apparait difficile pour les mères interviewées lors des entretiens E1, E6, E7, E8, E10, E12, soit six femmes sur quatorze.

E1, « J*'ai allaité trois semaines. L'allaitement était très difficile et douloureux. J'avais une angoisse importante lors de l'allaitement car j'avais hyper peur d'avoir mal. En plus, il pleurait beaucoup pendant la tétée donc j'étais encore plus stressée*. »

E6 « *J'allaitais. C'était très difficile. En fait, je tenais absolument à allaiter, et puis au final l'allaitement était ponctué de cris, elle rebondissait sur mon sein. Mon bébé prenait du poids et se développait normalement.* »

E7 « *Le deuxième c'était la cata. J'ai allaité pendant deux semaines, alors que je voulais faire ça pendant six mois. C'était hyper douloureux car j'avais des crevasses sur un des seins. J'avais une angoisse intense lors de l'allaitement. J'avais peur d'avoir mal. Franchement j'étais soulagée d'arrêter l'allaitement*. »

E8 « *En plus j'allaitais. J'ai été obligé d'arrêter l'allaitement à cause du reflux. La pédiatre m'a expliqué que les bébés qui avaient un reflux avaient besoin d'un lait plus consistant, plus épaissi et donc il fallait essayer le lait épaissi.* »

E10 « *Parce qu'au début elle perdait du poids. Bon, c'est comme tous les bébés, mais moi ça m'a un peu stressée. On m'a dit de la réveiller tout le temps pour lui donner à manger. Je culpabilisais à mort. L'allaitement c'était parfois un peu compliqué. J'avais super peur pour son poids. J'avais toujours son poids dans la tête « il ne faut pas qu'elle perde du poids » »*.

E12 *« Je suis allée voir un pédiatre qui m'a dit d'arrêter de l'allaiter et lui donner des biberons. J'aurais mal vécu l'arrêt de l'allaitement. L'allaitement c'était la seule chose qui me restait de lien naturel avec mon bébé. »* A noté, que cette mère a vécu un accouchement par césarienne. Elle a eu beaucoup de difficultés à accepter son accouchement. En effet, elle aurait souhaité accoucher de manière naturelle et sans péridurale. Ce pourquoi, elle dit que l'allaitement est le seul lien naturel avec son bébé.

3.3 La préparation à l'accouchement : évocation des pleurs du nourrisson.

La question de la prévention qu'avaient les mamans avant la naissance sur les difficultés rencontrées concernant les pleurs du nourrisson, le retour à domicile et si elle avait entendu parler du syndrome du bébé secoué a été posé lors des entretiens.

E1 *: « Non, non, on n'en a pas parlé. Mais j'avais conscience de la difficulté. On a l'impression de connaitre, mais le vivre et le connaitre c'est diffèrent. J'ai vu des affiches à la maternité, chez ma gynécologue concernant le bébé secoué «On sait que c'est mal, il faut résister à cette pulsion »*.

E2 *: « On ne m'a pas dit que ce serait si dur. On me disait souvent : prend soin de toi, repose toi, c'est épuisant »*

E3 *: « Oui, oui….Non jamais je n'aurai secoué mon bébé, c'est normal qu'il pleure c'est un bébé…..un bébé ca pleure….. Je n'ai jamais eu de violence physique envers mon bébé, mais parfois je me suis énervée verbalement. J'ai entendu que c'était mal de secouer son bébé. (spot TV, journaux, sage-femme à la préparation, c'est placardé partout à la maternité) De*

toute façon, on ne lève pas la main sur un nourrisson même si parfois, j'avoue on est à bout et on comprend ceux qui le font mais moi j'avais des ressources et je n'étais pas seule. »

E4 *: « Oui, on connait grâce à l'affiche et la sage-femme en a parler en séance de préparation à la naissance. »*

E5 *: « J'ai vu une puéricultrice de PMI à domicile avant la naissance, on peut lui poser plein de question sur le bébé, c'est vraiment bien. »*

E6 : « Non, je n'ai pas le souvenir que la sage-femme m'est alertée sur le risque du bébé secoué, ni des difficultés du retour à la maison…Je regardais les maternelles sur France 5, c'est comme ça que j'ai été informée »

E7 *: « Oui, oui, on a eu une préparation avec la sage-femme, elle nous a dit qu'on pouvait avoir une sage-femme pour le retour à domicile, on nous a parlé du baby blues…..du bébé secoué aussi je crois, enfin, elle nous a dit qu'il fallait passer le relais si c'était difficile, mais c'est tout je crois »*

E9 *: « Ah non, on ne m'a jamais parlé de tout ça »*

E13 *: « Oui, oui, la sage-femme au cours de l'accouchement était super, très calme, elle nous disait bien « un bébé ca pleure…. » « Ne vous inquiétez pas » ….Et mon mari à chaque fois qu'il venait à la maternité il y avait écrit partout : « les bébés ça pleurent c'est normal !! » On rigolait beaucoup avec ça. Dans l'ascenseur c'était noté que c'était leur seule façon de s'exprimer donc bah…un bébé ca pleure pour communiquer, donc on savait. Ça nous a pas étonné et pris la tête. (…) Vraiment c'est noté partout dans la maternité. »*

E14 *: « Moi on m'a jamais dit que le bébé pleurait le soir, on ne m'a pas informé. On a eu une réunion avant l'accouchement avec plusieurs mamans et je me souviens que la sage-femme nous a dit que si le bébé pleurait trop et qu'on n'en pouvait plus, il valait mieux s'isoler un peu ou le donner à notre conjoint, car il ne faut surtout pas secouer son bébé. Voilà, c'est juste comme ça que les pleurs ont été évoqués. »*

La prévention face au bébé secoué est faite grâce à la campagne d'affichage, les spots TV, le carnet de santé et lors de la préparation à l'accouchement. Elle a été retenue par les parents.

Le retour à domicile est évoqué chez quelques mamans. Les pleurs du nourrisson sont peu évoqués en préparation à l'accouchement. Aucune mère n'évoque la courbe des pleurs du nourrisson lors des entretiens. Aucune mère ne parle de l'apprentissage de techniques ou moyens à employer pour calmer les pleurs du nourrisson. Ce que l'on retrouve généralement, c'est l'importance de passer le relais lorsque les pleurs deviennent difficiles à supporter.

3.4 Vécu et description des pleurs du nourrisson.

3.4.1 Evocation spontanée des pleurs du nourrisson.

Cinq mères parlent spontanément des pleurs. Pour celles-ci, il s'agit d'un vécu quotidien et d'une difficulté à surmonter.

E8 *: « Ah si aussi, un détail… pour la deuxième, dans le quotidien, on a eu des difficultés lié à un reflux hyper important.* ***Ma fille a hurlé pendant deux mois et demi, tous les soirs, de 18h à 23h, et là on a le sentiment d'impuissance****. Ca a beau être un deuxième, je ne pouvais rien faire de plus. Ça c'était dur. »*

E12 *: «* ***Alors donc au début, il pleurait tout le temps et je passais mes journées à l'allaiter et essayer de faire en sorte qu'il dorme un peu. J'étais totalement mobilisée pour ça, pour lui, tout le temps.*** *(…) Ça a duré, je pense, trois, quatre mois. C'était… enfin, il fallait tout le temps, tout le temps que je le nourrisse, donc c'était vraiment très dur. »*

E13 *:* « *Sinon, avec elle… euh…* ***Au début c'était les coliques****. Elle en fait d'ailleurs encore un petit peu… Oh, ouf… (Rires). Il faut s'accrocher, avoir de la patience… (Rires). Et puis elle avait pas mal… Euh… plein de gaz,* ***donc le soir c'était des hurlements****… Donc il faut être patient et attendre que ça passe. (…) C'était un petit peu compliqué, surtout le soir. C'était vraiment des crises, des hurlements… Après la nuit, elle n'était pas trop chiante on va dire, parce qu'elle se réveillait, mais elle ne pleurait pas. (…) Par exemple, hier je l'ai laissé pleurer un peu car j'étais occupée à faire la vaisselle et puis au bout d'un moment je ne l'ai plus entendu. C'était bon, elle dormait… Mais c'est rare. D'habitude elle a besoin que je la prenne dans les bras, que je la berce, marcher. Il faut que ça bouge pour s'endormir. Et sinon il faut sortir. Elle n'aime pas rester ici toute la journée… C'est rare que je reste ici toute la journée… Sinon, elle pleure… Dès lors qu'on va dans la poussette, à peine sortie de la maison, ça y est, elle tourne de l'œil pour s'endormir. Sinon, ça va… Comparé à d'autres ça se passe plutôt bien. (Rires).*

E14 *:* « *On peut plus rien faire, on peut plus faire les courses, plus faire le ménage.* ***En plus, elle pleurait beaucoup au départ.*** *Bon là ça va un petit peu mieux. Avec des problèmes de coliques... Elle voulait tout le temps être dans les bras. Donc c'est assez difficile de préparer à manger ou de manger. (Rires). On a déjà les deux bras de pris, donc heu, donc ce n'était pas forcément évident dans le premier mois, et puis le manque de sommeil fait que l'on est fatigué aussi, on pleure aussi quand on voit son bébé pleurer et qu'on ne sait pas quoi faire. Et puis c'est l'inconnu car c'est mon premier... »*

E15 *:* « *Quand elle pleurait, je savais que… heu… je la berce pour qu'elle s'endorme ou selon les heures je savais que c'était pour manger. (…)* ***Oui, oui ma première pleurait beaucoup et je pense que je ne savais pas.*** *Je l'allaitais tout le temps, tout le temps en pensant qu'elle pleurait car elle avait faim mais avec le recul, je pense qu'elle avait trop mal au ventre à force d'être allaitée tout le temps, bon même si elle mangeait, ce n'était pas, enfin le pleur ne signifiait pas : "elle veut manger mais plutôt, je veux dormir surement" donc du coup elle pleurait beaucoup, beaucoup, et je pense que c'était le mal de ventre. »*

3.4.2 Vécu et émotions face aux pleurs.

Les pleurs du nourrisson sont vécus de manières diverses par les mères. Elles ne vont pas avoir les mêmes difficultés, ni les mêmes réactions face aux pleurs. La difficulté face aux pleurs du nourrisson est subjective.

Cinq interviewées sur quinze considèrent que leur nourrisson pleure peu. Cependant, on note une difficulté pour trois d'entre elles lorsque le bébé pleure. Le facteur **fréquence des pleurs ou quantité de pleurs** est important pour décrire la difficulté face aux pleurs.

E4 « *Heu, bah honnêtement c'est un **bébé qui pleure peu**. Il y a une véritable raison quand il pleure. (...) Ça me prend au ventre, ça me noue et ça provoque de l'angoisse.* »

E5 « *J'ai un sentiment d'impuissance lorsque mon bébé pleure car comme **elle ne pleure pas souvent,** c'est stressant quand elle pleure car je me dis qu'elle a un problème. En plus mon bébé a des cris aigus, très forts, difficilement supportables.* »

E9 « *Oui, voilà, du coup on se disait : « oui bah il pleure » mais ce n'est pas non plus, heu… Voilà, c'est parce qu'il a faim, parce qu'il veut être changé, parce qu'il veut un câlin. Il y a toujours une solution. **Il ne va pas pleurer comme ça pendant quatre heures, quoi.*** »

E10 « ***Ce n'est pas un bébé qui pleure beaucoup**. Elle pleurait parce qu'elle a eu des coliques mais ça n'a pas duré longtemps. (...) **Mais ses pleurs ne nous ont jamais agacés en fait**. (...) De toute façon un enfant quand il pleure, au début, c'est qu'il a un besoin.* »

Pour la mère de l'entretien 11, son enfant ne pleure pas, c'est un appel.

E11 « *Je n'ai pas l'impression qu'elle pleure. **C'est plus un appel**. Je ne considère pas ça comme des pleurs. Par exemple c'est un enfant qui n'aime pas être sale alors que mon ainé ça ne la dérangeais pas du tout. **Donc elle l'exprime.*** »

Concernant, les mères des interviews E1, E2, E3, E6, E7, E8, E12, E13, E14 et E15, soit dix mères sur quinze mères. Les pleurs sont quotidiens et le vécu est difficile.

Les termes qui reviennent le plus souvent pour qualifier les sentiments des mères face aux pleurs de leur enfant sont : l'impuissance, la fatigue, le désespoir, la fatalité, la résignation, l'oppression, la culpabilité, le stress.

La temporalité et l'intensité est importante pour décrire les difficultés par rapport aux pleurs du nourrisson.

Les mères des entretiens E3, E6, E7, E12 et E15, décrivent des pleurs quotidiens en continue.

E3 « *Ma première a eu des **pleurs intenses pendant quasi 6 mois**. C'est simple, quand elle ne mangeait pas et quand elle ne dormait pas, **elle pleurait quasi en permanence**. La nuit, elle présentait des pleurs difficilement consolables. Je me souviens qu'on a eu une plainte de la voisine car elle pleurait beaucoup trop. Franchement, c'était hyper dur. On berçait notre bébé pendant des heures entières et les voisins tapaient contre la canalisation. Elle ne restait*

pas plus d'une demi-heure seule sans pleurer. On était complètement impuissants et résignés. (…) J'étais seule avec elle durant la journée. Je vivais dans l'angoisse permanente en me disant : « mince elle va se remettre à pleurer ». C'était ***pendant 4 mois environ****. Heureusement mon mari prenait le relai la nuit. »*

E6 « *Notre fille a* ***beaucoup beaucoup pleuré****. (…) Elle avait des* ***crises de pleurs dans la journée*** *(…) Les hurlements étaient difficiles à calmer… C'était oppressant. On était dans l'impuissance totale ».*

E7 « *Ma fille était un bébé calme. Elle pleure peu. Elle a fait ses nuits rapidement. Ah, et puis le deuxième… Il a* ***beaucoup beaucoup pleuré pendant les 3 premiers mois et il pleure encore. Moins, mais il pleure encore. (…) il pleurait beaucoup le soir,*** *mais en fait* ***il pleurait quasi tout le temps*** *»*

E12 « *J'ai trouvé ça hyper stressant.* ***C'était vraiment horrible mais vraiment horrible au début.*** *J'avais l'impression* ***qu'il pleurait tout le temps et peut être qu'il ne pleurait pas tout le temps, mais c'était l'impression générale que j'avais d'une journée****. C'était que j'avais entendu que ses pleurs et surtout je n'arrivais pas à comprendre pourquoi il pleurait. »*

E15 « *En fait, je ne laisse pas pleurer mes enfants.* ***Quand je dis qu'ils pleurent tout le temps c'est que je vais tout de suite sur eux, et j'essaye de les calmer.*** *Je ne supporte pas de les laisser pleurer. Je ne supporte pas. C'est pareil pour la dernière.* ***Je la berce tout le temps car je ne veux pas l'entendre pleurer. Donc la nuit je les berce.*** *Ça me fait mal au cœur de les entendre pleurer. »*

Les mères des entretiens E1, E2, E8, E13 E14 décrivent les pleurs du soir. On note encore l'importance du temps. On note la difficulté de supporter les pleurs du soir après une journée difficile.

E1 « C'est plus que ça ajoute de la fatigue. Il faut être en dispo totale avec lui. C'est difficile à supporter après une journée à s'occuper du bébé. Je passais le relais un peu au père. En fait ce qui est dur, c'est qu'on a envie de se poser mais on est à nouveau 100% avec lui… C'est difficile. Ça demande ***deux heures de disposition totale.*** *Si on le pose il se remet à pleurer. Franchement* ***entendre ses pleurs à cette heure-là de la journée c'est très fatigant****. Parfois je m'énervais. Je disais « il faut que tu arrêtes de pleurer, j'en ai marre ». Mais bon, généralement, je le prenais dans mes bras. Je le berçais. Je lui mettais le petit doigt dans la bouche pour qu'il tète. On chantait et je regardais les lumières avec lui dehors. En fait ça le calmait bien mais si je le posais il pleurait. C'était systématique. Mais il ne pleure pas en continu pendant trois heures… Bon, voilà… C'était un peu trop parfois d'entendre son bébé pleurer à cette heure-là. »*

E2 « Les pleurs provoquent le désespoir dans la journée, quand on n'arrive pas à y répondre. Souvent la nuit, on est dans un état second. Il se rendormait très rapidement. (…) ***Là où j'ai compris que les gens peuvent secouer leur bébé, c'est pour les pleurs du soir vers 18h 22h, après une journée difficile.*** *Le bébé pleure non-stop. S'il n'est pas dans les bras, on passe notre soirée à le bercer, lui chanter des berceuses. On se sent impuissant. C'est une fatalité. Cela doit arriver. On ne peut rien faire contre. Il décharge une énergie contenue. Il a besoin des parents. Il n'y a rien à faire. Il faut toujours vérifier qu'il n'a pas faim, qu'il est changé, lavé… Je n'ai jamais eu de gestes d'agressivité. On comprend les gens qui passent à l'acte, mais on se retient. »*

*E8 « Ma fille a hurlé pendant **deux mois et demi, tous les soirs**. Et là, on a le sentiment d'impuissance. Ca a beau être un deuxième, je ne pouvais rien faire de plus. Ça c'était dur. »*

*E13 « Bah, moi je suis assez patiente donc plutôt zen. Ça va, c'est comme ça. C'est un bébé, ça pleure, ça va passer. Et il faut supporter les cris donc des fois… aaahhhh. (rires). J'ai l'impression qu'elle va me crever les tympans (rire) mais bah voilà, je sais que **c'est quelques heures et que ça va passer. Tout dépend aussi, si on est plus ou moins fatigué**. **Surtout le soir.** C'est clair que parfois, on a hâte que ça s'arrête car nous aussi on a envie de dormir. Au début, on est tellement crevé. On n'a qu'une hâte c'est qu'elle s'endorme aussi. Et puis on n'aime pas les voir souffrir. Ça fait mal au cœur de les voir comme ça. On est démuni. On ne sait pas quoi faire. Mais, bon, il faut attendre, ça passe. Moi, je faisais les cent pas dans l'appartement. J'essayais de la masser. Je comprends qu'ils y en aient qui soient moins patients.»*

*E14 « **Elle pleure surtout le soir et la nuit** (…) Dans un premier temps, dans le début, c'était la culpabilité. Le fait de ne pas savoir comment et comprendre les besoins qu'elle a. Et maintenant, je peux un peu plus lâcher prise. Bon quand elle pleure, je ne la laisse pas pleurer, c'est sure. Je vais tout de suite voir ce qu'elle a mais je la laisse pleurer pendant un quart d'heure, vingt minutes en me disant qu'elle va s'endormir. »*

On note également un vécu difficile des pleurs du nourrisson décrit par **l'intensité des pleurs :**

E5 : « En plus mon bébé a des cris aigus, très forts, difficilement supportables. »

E13 : « J'ai l'impression qu'elle va me crever les tympans »

E14 : « la nuit quand elle pleurait ca raisonnait dans ma tête »

3.4.3 Quel est le modèle explicatif des pleurs ?

Pour chaque maman les pleurs sont interprétés de différentes façons.

On note les pleurs interprétés comme **un besoin**. Les pleurs interprétés comme **un trouble** et les pleurs interprétés comme étant **physiologiques, normaux.**

Concernant les pleurs interprétés comme **un besoin** : on note la faim, la couche sale, et la fatigue, le câlin.

E1 : « *Il pleure pour une bonne raison, il pleure quand il a faim ou quand il est fatigué*. »

E2 : « *Il faut toujours vérifier qu'il n'a pas faim, qu'il est changé, lavé* »

E3 « *Ma mère m'avait toujours dit « quand un bébé pleure, il faut que tu vérifies s'il a faim, si sa couche est sale, s'il a trop chaud ou trop froid, s'il est fatigué, ou s'il a une étiquette qui le gratte.* » »

E4 : « *J'ai mis un mois à peu près à comprendre les pleurs : soit la fatigue, soit la faim soit la couche sale.* »

E9 : « *Oui il pleure, voilà, c'est parce qu'il a faim, parce qu'il veut être changé, parce qu'il veut un câlin. Il y a toujours une solution* »

E11 : « *Quand elle pleure, il y a un sens à ses pleurs, c'est qu'elle exprime un besoin* »

Deux mamans associent les pleurs de leur bébé à des pleurs de faim. (E12 et E15) Avec du recul, elles ont un regard critique sur leur interprétation des pleurs.

E12 : « *Je n'arrivais pas à comprendre pourquoi il pleurait. Parce qu'il y a eu des moments où j'essayais de l'allaiter et je pense qu'il n'avait pas forcément faim. Et je ne comprenais pas, en fait, pourquoi il pleurait comme çà tout le temps. C'est peut-être dû au fait qu'il soit né trois semaines en avance, qu'il avait beaucoup besoin d'être dans les bras. Je n'avais pas réalisé que l'objectif c'est qu'il ait quatre repas par jour donc je lui donnais quand il pleurait et en fait je pense que quand je lui donnais il n'avait pas forcement faim. Il était peut être fatigué ou autre chose.* »

E14 : « *Oui, oui ma première pleurait beaucoup et je pense que je ne savais pas. Je l'allaitais tout le temps, tout le temps, en pensant qu'elle pleurait car elle avait faim. Mais avec le recul, je pense qu'elle avait trop mal au ventre à force d'être allaitée tout le temps. Bon même si elle mangeait, ce n'étais pas, enfin les pleurs ne signifiaient pas : "elle veut manger mais plutôt, je veux dormir surement" donc du coup elle pleurait beaucoup beaucoup et je pense que c'était le mal de ventre*.»

On note les pleurs interprétés par **un trouble.** Le trouble peut être **digestif.** Il peut signifier une **douleur.** Il peut également être évocateur d'une **élévation de la température.**

Les pleurs interprétés par des troubles digestifs sont les plus fréquents.

Sur les quinze interviewés, quatre mamans emploient le terme de **coliques** pour interpréter les pleurs de leur bébé. Elles assimilent ce terme à des douleurs abdominales ou des douleurs de digestion. (E5, E10, E13, E14).

E5 : « *J'ai consulté un pédiatre avant la naissance qui m'avait conseillé l'homéopathie pour les **coliques*** »

E10 : « *Ce n'est pas un bébé qui pleure beaucoup, Elle pleurait parce qu'elle a eu des **coliques** mais ça n'a pas duré longtemps.* (…) *Elle avait des crises où elle se tordait. (...) Alors bon, après peut être que le sein, ça donne moins de coliques. Quand on est passé au biberon, elle en a eu plus car je pense que les selles sont plus compactes donc plus difficiles à éliminer* »

E13 : « *Après si c'était **les coliques** ou autre chose…bon on m'a dit que c'était les coliques, mais bon…..* »(…) « *Elle avait le ventre tendu, comme de la pierre* »

E14 : « *En plus, elle pleurait beaucoup au départ (...) avec des **problèmes de coliques**….elle voulait tout le temps être dans les bras* »

Deux mamans parlent de **reflux.** Il s'agit également de causes digestives aux pleurs : (E8, E6)

E8 : « O*n a eu des difficultés liée à un **reflux** hyper important*. »

E6 : « *En fait, ce que je trouve vraiment difficile, c'est que j'ai toujours trouvé moi-même des solutions. Personne ne m'a confirmé le **reflux**. J'aurais aimé qu'on me dise « ta fille a un reflux, ce n'est pas un reflux grave mais portez votre bébé contre vous est une bonne solution car elle est en position debout* » »

Deux mamans parlent de **douleurs au ventre ou digestion difficile.** Elles n'emploient pas le terme de coliques : (E1, E7)

E1 « *Parfois, également mon bébé se tordait et pleurait après les tétées, sa digestion était difficile*. »

E7 : « *Il se tortillait, semblait avoir des douleurs de ventre. Il était tendu. »*

La maman des entretiens 6 et 14 parlent de **pleurs de douleur :**

E6 *: « Bah, je suis sûre que c'était des pleurs de douleurs. »*

E14 : « *tous les bébés pleurent, mais là c'est pire que des pleurs, on voit bien qu'elle souffre, c'est vraiment stressant* »

La mère de l'entretien 14 est persuadée que les pleurs peuvent traduire **une maladie**.

E14 : « *Extérieurement tout a l'air normal mais on se dit : « bah mince peut être qu'il faut faire des examens plus poussés, peut-être qu'on va découvrir autre chose ». On a peur de passer à côté d'un diagnostic un peu plus grave*. »

Cette même maman de l'entretien 14, parle de l'effet du **stress de la maman** sur les pleurs. Elle m'a dit qu'elle avait lu ça dans une revue.

E14 : « *Par exemple, si la maman est stressée et bah ça peut avoir des répercussions sur le bébé. C'est ça façon à lui de montrer qu'il est stressé, enfin, je ne sais pas.* »

Une autre mère dit que les pleurs peuvent traduire **une température élevée.** (E9) Cette maman trouve cette interprétation des pleurs excessifs après deux mois de recul.

E9 *: « Au début, dès qu'il pleurait, on prenait sa température. (rire) C'était ridicule. (rire)* »

Enfin, les pleurs peuvent être interpréter de **manière physiologique**. C'est **normal** que le nourrisson pleure.

Deux mères interprètent les pleurs du soir comme une **décharge d'énergie** (E2) **ou d'émotions (**E13).

E2 « *On ne peut rien faire contre. Il décharge une énergie contenue. Il a besoin des parents. Il n'y a rien à faire*. »

E13 : « *Et on m'avait prévenu pour le soir aussi. Qu'ils pleurent plus le soir. Des copines, mes belles sœurs. Le soir, on ne sait pas pourquoi mais ça pleure. Soit disant, ça décharge ses émotions. (rire). Ils ont une vie très compliquée. (rire).* »

Deux mères trouvent qu'il est **normal** que leurs enfants pleurent. (E3, E13)

E3 : « *Je n'ai pas essayé de comprendre les pleurs. (…) En fait pour moi, c'était normal qu'un bébé pleure, donc je ne me suis pas inquiétée* »

E13 : *« moi aussi je pensais que c'était normal.* »

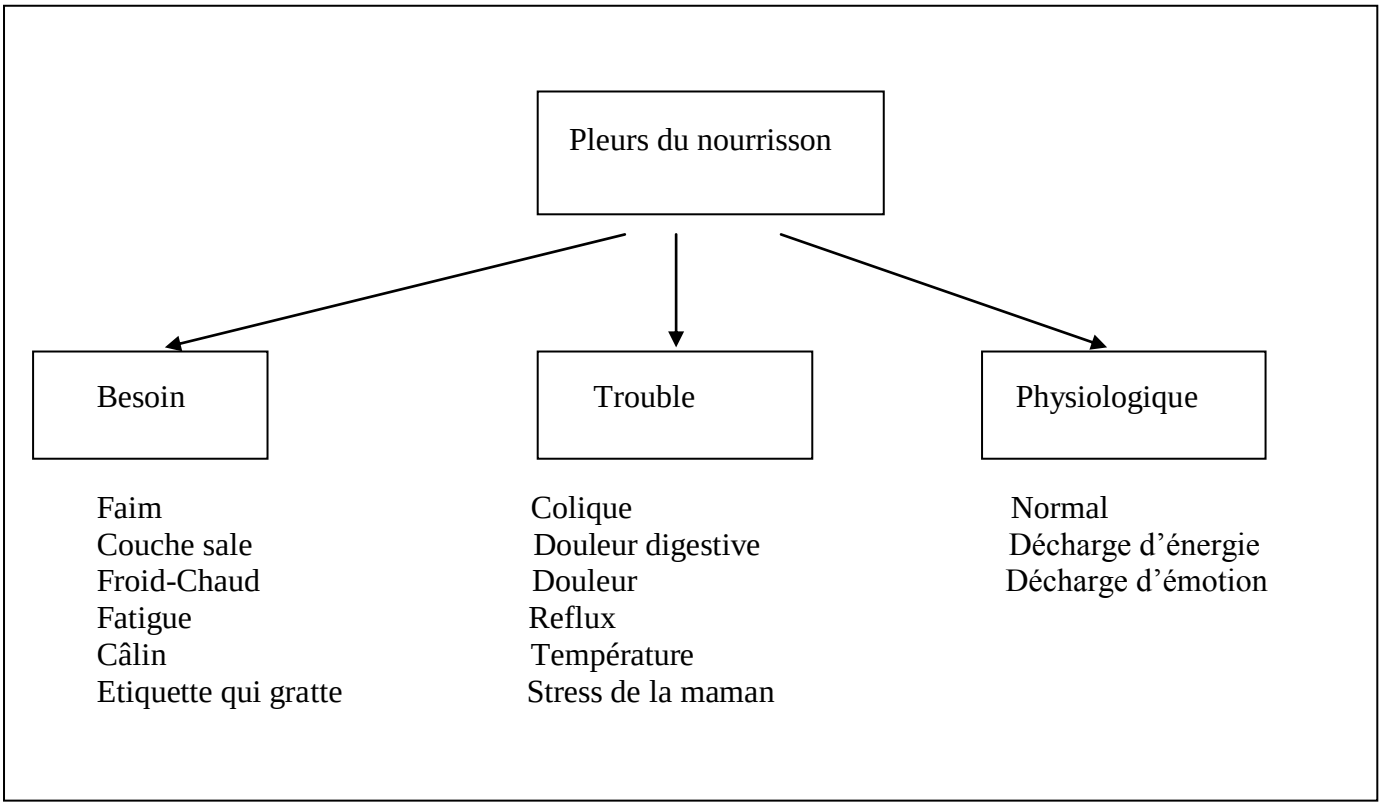

Tableau 3 : Interprétations des pleurs du nourrisson par les mères interviewées

Les mères qui interprètent les pleurs comme un trouble vont consulter. Les autres mères ne consultent pas.

3.4.4 Le problème des pleurs.

Les pleurs du nourrisson sont considérés comme un problème de santé publique (coût des consultations, des traitements et des conséquences des troubles des interactions et de la maltraitance).

Voici les difficultés auxquelles sont confrontés les parents face aux pleurs de leur bébé :

- Il peut s'agir d'une difficulté de capacité d'interprétation des pleurs (E12, E14, E15)
- Il peut s'agir d'une difficulté à soulager les pleurs, calmer les pleurs. (E2, E3, E6, E8, E12, E13)
- Il peut s'agir d'une difficulté à tolérer les pleurs. (E1, E2, E4, E7, E5, E10, E13, E14, E15)

Un modèle de difficulté n'est pas exclusif. Il peut y avoir une combinaison de plusieurs difficultés.

3.4.5 Les pratiques pour apaiser le nourrisson.

Pour la plupart, les mères ont recours à ces pratiques de maternage de manière spontanée (bercement, communication, promenade). Certaines techniques sont dictées par les mères ou les amies ayant de l'expérience. (Massages, position de l'avant-bras, tétine)

Différents types de **portages** sont utilisés : Porter le bébé en **porte bébé sur le ventre**. Porter **le bébé à plat ventre sur l'avant-bras** semble bien fonctionner. On note également **le porte-écharpe** qui tend à se développer.

On retrouve également **la communication** avec le bébé : **parler, chanter**.

Beaucoup de parents sortent de chez eux et **promènent leurs enfants en poussette ou en voiture.**

La tétine ou le petit doigt dans la bouche sont également utilisés.

On note également la pratique **des massages du ventre**. Une maman fait également **prendre un bain** à son enfant dans le but qu'il se détende.

E1 : *« Généralement, je le prenais dans mes bras. Je le berçais. Je lui mettais le petit doigt dans la bouche pour qu'il tète. On chantait et je regardais les lumières avec lui dehors. »*

E2 : « *On passe notre soirée à le bercer, lui chanter des berceuses. On utilise la tétine. Cependant, je pense qu'il faut utiliser la tétine avec parcimonie. Je pense qu'il ne faut pas l'utiliser dès le début sauf quand on a le doigt dans la bouche tout le temps. En tout cas, ça marche très bien. Par contre il ne faut pas y avoir recours tout le temps. Il ne faut pas que ce soit magique. Ca ne remplace pas les bras des parents. Sinon, heu… Ah si, j'utilisais beaucoup le porte-écharpe dans la maison. C'est super. C'est très efficace. Ils s'endorment très rapidement. »*

E3 : « *Bercer… Les bras… Les promenades en poussette… J'étais peu inquiète car dès qu'elle était prise dans les bras elle s'arrêtait de pleurer. Donc je me disais qu'elle n'avait pas de pathologie. »*

E4 : « *Une amie m'a conseillé la tétine en cas de pleurs importants. Lorsque mon enfant pleure, je le porte souvent sur mon bras avec le ventre contre mon bras. Sinon je le berce. »*

E5 : « *Je porte souvent mon bébé en écharpe dans la journée, lors des moments de calme, ou lorsque je prépare à manger. »*

E6 : « *Je faisais des massages qu'une amie m'avait conseillé. Je la portais beaucoup en porte-bébé. Et puis, je faisais des promenades en poussette dans la rue. J'ai fait de multiples allers retours. »*

E7 : « *Je lui donnais un bain pour l'apaiser après le biberon. Je réalise également, pour calmer mon bébé, des massages du dos et du ventre. J'ai été en cours de massage à l'hôpital. Et puis je réalise des promenades dans la maison, des bercements. Et puis, aussi, on a mis une tétine très tôt, c'était efficace. »*

E8 : « *Il se tortillait, ça allait beaucoup mieux quand il était sur le ventre. La fameuse position sur l'avant-bras. Ce qui était dur pour Claire, c'est que tout ce qui marchait pour son frère ne marchait pas pour la deuxième. Porte-bébé, tétine, avant-bras… Ca ne marchait pas. C'est là où je me suis dit que ce n'était pas comme d'habitude… Et que j'ai demandé de l'aide.* »

E9 : *« Au départ, on ne voulait pas de tétine. Au CHU, quand il a pleuré pas mal la nuit, une puéricultrice nous a dit « s'il a besoin de téter et que vous ne prenez pas de tétine vous n'allez jamais y arriver ». Donc, j'ai fait confiance à la personne du CHU.* »

E11 : « *Bah, je marche un peu. Je lui parle. Je la caresse. Je la change. J'essaye de contourner l'énervement un peu.* »

E12 : « *Enfin, le moyen qu'on avait pour ne pas qu'il pleure la nuit c'était que mon conjoint le fasse dormir en porte écharpe.* »

E15 : « *Je me suis dit "oh la troisième je ne vais pas faire pareil car je n'aurai pas le temps, mais en fait c'est pareil. Je prends du temps quand même pour le bercer et le calmer. Je n'arrive pas à l'entendre pleurer.* »

L'utilisation de la tétine est critiquée par certaine maman, elles pensent que c'est nuisible pour le bébé. E2« *Il faut l'utiliser avec parcimonie* » E8« *Au départ, j'étais contre* » E10« *Elle a toujours refusé la tétine, ça nous arrangeais bien car je ne voulais pas de tétine. Je trouve ça moche* » E7« *On lui a mis une tétine, tout ce qu'on ne voulait pas* » E2« *Mon mari a craqué, c'est lui qui est allé chercher la tétine à la pharmacie* » E9 *: « Au départ, on ne voulait pas de tétine.* »

3.4.6 La peur de l'agressivité vis-à-vis de son enfant.

Spontanément, six femmes parlent de la peur de l'agressivité ou des sentiments négatifs qu'elles ont pu avoir ou penser envers leur nourrisson.

E1 : « *Franchement, entendre ses pleurs à cette heure-là de la journée, c'est très fatigant,* ***parfois je m'énervais****. Je disais : il faut que tu arrêtes de pleurer, j'en ai marre* »

E2 : « *J'avais le sentiment de culpabilité,* ***j'en ai marre de mon enfant****, parfois on a l'idée de passer son enfant par la fenêtre ou l'idée vient à l'esprit, ou disons qu'on comprend que certaines personnes seules, déprimées puissent le faire….Je ne dois pas être une bonne mère pour penser ça. C'est culpabilisant lorsqu'on n'arrive pas à le consoler, on devrait y arriver.* »

E3 : « *parfois, on a envie de le jeter par la fenêtre, bon évidemment, je ne l'aurai jamais fait* (…) *il faut résister à cette pulsion* »

E6 : « *J'ai eu un sentiment de violence envers mon enfant, une fois, je m'en souviens très bien. J'étais à bout. J'ai mis mon enfant dans son lit, j'ai fermé la porte et je suis partie. C'est*

le seul moment où vraiment je n'en pouvais plus, sinon, je restais calme, j'arrivais à prendre du recul. »

E7 : « *Parfois je leur criais dessus, quand ils hurlaient tous les deux, je sais que ça ne sert à rien, mais j'étais tellement épuisée* »

E14 : « Je comprenais. Oh, non, ce n'est pas que je comprenais, mais j'ai pris conscience du syndrome du bébé secoué… »

3.5 Les recours des parents face aux pleurs du nourrisson.

3.5.1 Les recours aux soins.

Les parents n'ont pas recours aux soins de manière proportionnelle aux difficultés engendrées par les pleurs de leur nourrisson. Trois mères qui rapportent des difficultés importantes avec les pleurs de leur bébé ne consultent pas le médecin. (E3, E12, E15)

Au contraire d'autres mères (E13, E6, E14) vont chercher tous les moyens possibles pour calmer les pleurs de leur bébé. Elles consultent à multiples reprises le pharmacien, le médecin de PMI, le médecin généraliste, l'ostéopathe et internet.

3.5.1.2 Qui ?

Ce tableau décrit **les différents interlocuteurs ou sources** qu'ont les mères pour demander ou rechercher des conseils sur les soins de puéricultures.

Entretien	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Pharmacie						X	X			X			X	X	
Médecin PMI							X				X			X	X
Med généraliste						X	X	X	X	X			X	X	X
Pédiatre	X		X	X	X	X		X			X	X		X	
Pédiatre gastro entérologue							X								
Gynécologue		X													
Famille		X	X	X			X	X	X			X	X		
Internet		X			X	X			X	X				X	
revus / livres					X					X				X	
puéricultrice											X			X	X
sage-femme	X												X		
SOS médecin						X									
ostéopathe							X					X	X		
Lèche league												X			

Tableau 4 : recours des mères pour les conseils de puériculture

Entretien	**E1**	**E2**	**E3**	E4	E5	**E6**	**E7**	**E8**	E9	E10	E11	**E12**	**E13**	**E14**	**E15**
Pharmacie						X	X			X			X	X	
Med généraliste						X	X						X	X	
Pédiatre						X		X				X		X	
puéricultrice														X	X
SOS médecin						X									
ostéopathe							X					X	X		

Tableau 5 : Les recours actifs des mères pour les conseils concernant spécifiquement les pleurs de leur nourrisson.

Ce deuxième tableau décrit le recours actif des mères vers les professionnels de la petite enfance pour demander des conseils ou de l'aide face aux pleurs de leur nourrisson.

Les caractères gras des entretiens sur la première ligne montrent les mères qui décrivent une difficulté avec les pleurs de leur bébé. Ce tableau illustre que le recours à une aide extérieure est très variable et ne reflète pas les difficultés rencontrées avec les pleurs du nourrisson. En effet, certaines femmes qui décrivent des difficultés avec les cris de leur bébé ne vont pas forcément demander de l'aide au professionnel de santé. Cependant, ces femmes peuvent avoir recours à l'internet ou aux conseils familiaux comme l'illustre le premier tableau.

Beaucoup de mères consultent les forums sur internet pour voir s'il est « normal » que leur nourrisson pleure. (E9, E14) Et si oui : Combien de temps ? Combien d'heures ? Internet permet aux parents de se rassurer et de voir si leur bébé correspond à la norme.

Certaines mamans ont recours aux conseils de leurs parents (E2, E3, E7, E8, E9, E12, E13).

Certaines mères refusent les conseils de leur propre mère considérant que ceux-ci ne sont pas adaptés. (E13, E6) La femme de l'entretien 13 préfère recueillir les conseils de sa belle-mère car celle-ci a eu six enfants. Elle dit qu'elle a beaucoup plus d'expérience que sa mère qui n'a eu que deux enfants.

Trois mères (E7, E12, E13) ont eu recours à l'ostéopathe pour les pleurs. Les trois ont consulté l'ostéopathe de manière spontanée. Elles ont un regard différent sur l'effet de l'ostéopathie.

E7 : « *J'ai vu un ostéopathe pour le méplat sur la tête et les pleurs. On essaye tout quand on ne sait plus quoi faire et puis l'ostéopathe c'est à la mode*. Bon, au final *ça n'a rien changé* »

E12 : «*j'ai commis une erreur en allant voir un ostéopathe. C'est vraiment quand je ne pouvais plus supporter ses pleurs. Il m'a dit de lui donner à manger toutes les trois heures, c'est ce que j'ai fait, mais c'était encore pire* »

E13 : « *Je suis allée voir un ostéopathe…et franchement…je trouve que ça a marché, il a débloqué un petit quelque chose au niveau du système digestif et puis bah depuis elle fait ses nuits.* »

Certaines femmes (E6, E14) ont un regard cloisonné sur les différentes spécialités médicales.

E6 : « *oui, j'ai parlé de mon allaitement à mon gynécologue qui m'a vu, en fait je pensais que c'était plus un truc de gynéco donc j'en ai pas parlé au médecin, en plus elle ne m'a pas demandé si ça se passait bien.* » Pour cette maman, l'allaitement concerne le gynécologue. La mère de l'entretien 6 attend que son pédiatre lui pose la question sur l'allaitement, elle ne va pas spontanément parler de son problème.

E14 : « *Le pédiatre c'est le spécialiste des enfants, je trouvais ça plus approprié* »

3.5.1.2 Quand ?

Le recours aux soins est inégal. Il ne dépend pas des difficultés rencontrées par les parents. Parmi les quinze entretiens, les parents des entretiens 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 15 n'ont pas eu de recours actifs à une consultation chez le médecin pour les pleurs. Ils n'ont pas parlé des pleurs lors des consultations obligatoires.

Les parents de l'entretien trois, malgré les difficultés rencontrées, ne parlent pas à leur médecin. Ils ne cherchent pas à avoir de l'aide.

E3 : « *Non, j'en ai peu parlé autour de moi. Je n'ai pas essayé de comprendre les pleurs. Oh, la la, on était franchement deux idiots devant notre bébé qui pleurait. On ne s'est même pas posé de questions… On était de jeunes parents… Je n'ai jamais consulté pour les pleurs. En fait pour moi, c'était normal qu'un bébé pleure, donc je ne me suis pas inquiétée.*»

La maman de l'entretien douze décrit les premiers mois de son bébé comme très difficiles et épuisants car son enfant pleure sans arrêt. Durant les quinze premières minutes, elle parle essentiellement des difficultés avec les pleurs de son bébé et des moyens qu'elle a employés pour essayer de les calmer.

Voici un extrait :
E12 :
« - Vous avez vu un médecin ?
- J'ai vu un pédiatre au début tous les mois. La première fois que j'ai vu un pédiatre il avait un mois.
- Et, vous avez parlé au pédiatre de vos difficultés ?
- Comment ça ? Sur son poids ? »

Cette mère n'a pas pensé ou n'a pas voulu demander de l'aide à son médecin concernant les pleurs. Elle est centrée sur l'allaitement de son bébé. L'aide qu'elle attend de son pédiatre est de l'aide liée à l'alimentation de son enfant. Cette mère a la particularité d'éluder plusieurs fois la question lorsqu'elle est interrogée sur les recours qu'elle a eu pour les pleurs de son enfant. Pense-t-elle qu'il s'agit d'une incompétence à s'occuper de son enfant et que l'enquêtrice va la juger ? Elle parle spontanément des pleurs de son enfant lors de la consultation du troisième mois, elle décrit alors une fatigue extrême et dit faire des crises d'angoisse.

La mère de l'entretien E5 anticipe les pleurs de son bébé avant la naissance.

E5 : « *J'ai consulté un pédiatre avant la naissance qui avait conseillé l'homéopathie pour les coliques. J'avais tout dans ma trousse à pharmacie*. »

Les mamans multipares peuvent comparer la quantité de pleurs entre leurs nourrissons. Deux d'entre elle, qui ont deux enfants, ont consulté le médecin car elle trouvait que leur deuxième bébé pleurait beaucoup plus que le premier, ce qui les a inquiétées. (E7, E8)

D'après les quinze entretiens, les pleurs sont évoqués de façon difficile pour dix mères. Quatre mères (E8, E6, E13, E14) ont eu un recours actif aux consultations médicales.

E8 : « *Ce qui était dur pour Claire, c'est que tout ce qui marchait pour son frère ne marchait pas pour la deuxième. Porte bébé, tétine, avant-bras ça ne marchait pas. C'est là où je me suis dit que ce n'était pas comme d'habitude et que* ***j'ai demandé de l'aide.*** *A un mois déjà, j'avais dit au pédiatre qu'elle régurgitait, mais elle m'a dit qu'il fallait attendre. J'ai commencé à m'inquiéter sérieusement à un mois et demi et j'ai appelé la pédiatre pour avoir des conseils. Elle m'a conseillé l'inexium directement. Elle m'a dit que si le reflux ne se calmait pas, cela pouvait entrainer un bébé qui ne peut plus s'alimenter.* »

E6 : « *Je me souviens, la première nuit, quand on est rentré de la maternité, nous avons appelé* ***SOS médecin*** *en pleine nuit car elle hurlait. On était complètement perdu… Le médecin de SOS est arrivé.* »

E13 : « *Mon médecin a prescrit du débridât pour ma fille lors d'une consultation pour moi, je lui ai parlé de ma fille qui pleurait beaucoup.* »

E14 : « *Oui, oui, j'ai consulté* ***mon généraliste*** *un samedi matin ou elle n'avait pas dormi de la nuit. J'en pouvais vraiment plus. Elle avait 3 semaines*. »

3.5.2 Quelles sont les conséquences suite au recours aux soins. ?

3.5.2.1 Qui prescrit quoi ?

	Pharmacien	pédiatre	médecin généraliste	Autre médecin spécialiste
Calmosine	E5-E10-E14	E6		
biogaia			E14	
lycopodium colocynthis	E10-E13	E5		
Polysilane gel		E6	E7	
gaviscon		E6-E8		
debridat		E6-14	E13	
inexium		E8		
motilium		E8		
changement de lait		E8	E6-E7	E7

Tableau : Traitement entrepris pour diminué les pleurs du nourrisson.

3.5.2.2 Les conséquences de la consultation chez le médecin.

Parmi les quinze entretiens, quatre mères (E6, E8, E13 E14) ont eu un recours actif aux consultations chez le médecin. Deux mères (E7, E12) en ont parlé lors des consultations obligatoires.

E6 : *« Je me souviens, la première nuit quand on est rentré de la maternité. Nous avons appelé SOS médecin en pleine nuit car elle hurlait. On était complètement perdus… Le médecin de SOS est arrivé. Je me souviens encore de sa tête. Il était jeune et peut être n'avait jamais eu d'enfant.* ***On était tous les trois comme des idiots à regarder notre fille qui pleurait. Il l'a examiné. Tout était normal. Il ne savait pas trop quoi nous dire…*** *(…) La pédiatre était peu à l'écoute. En fait, souvent, ce qui ressortait des entretiens c'était :* ***« c'est normal ». Tout le monde me disait : « c'est normal ».*** *Mais* ***personne ne me donnait de solutions concrètes.*** *Car malgré tout, moi en tant que maman, je sentais mon bébé souffrir. (…) Je me débrouillais toute seule en allant sur internet… Bon j'ai fini par changer de pédiatre.* ***Je suis allé voir mon médecin généraliste. C'est lui qui m'a conseillé de changer de lait. C'était un peu mieux****. »*

E8 : « Pour la deuxième, là où ***j'ai appelé la pédiatre car j'étais inquiète c'est quand elle dormait très bien et d'un coup elle hurlait****. Elle était trempée car elle avait régurgité. Là, je me suis dit qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas.* ***J'étais déçue d'arrêter l'allaitement car pour le premier j'ai été contrainte d'arrêter à cause du travail et là je ne travaille pas et j'aurai pu continuer tranquillement d'allaiter et c'est elle pour qui ça ne marche pas. C'est dommage.*** *»*

E13 : *« C'était mon médecin à moi, lors d'une consultation pour moi qui m'a prescrit le Débridat….Et le docteur X m'a dit que je pouvais continuer quand je n'en pouvais plus….(rires), si je voulais dormir. Il m'a dit qu'il n'y avait pas de soucis, que je pouvais lui donné et que ça ne lui ferais pas de mal. Et c'est vrai qu'à chaque fois que je lui ai donné elle dormait hyper bien. »*

E14 : « Le médecin dit « bah, c'est normal, c'est comme ça jusqu'à trois mois » ***Il l'a ausculté, rien d'anormal. C'est normal. C'est toujours le même discours en fait, " c'est normal, c'est normal"*** *… Mais je ne comprends pas, quand vous voyez votre bébé se tordre de douleur, jours et nuits, comment vous pouvez dire : « c'est normal » ? Donc, elle m'a dit que si vraiment, il n'y avait plus de selles et plus de gaz, il faudrait aller aux urgences pour faire des examens et* ***elle m'a prescrit « Bio Gaia » qui n'a servi à rien.*** *Quand elle a un problème réel, on met un nom sur ses pleurs. Mais le fait qu'on vous dise : " bah, non, c'est normal, extérieurement tout a l'air normal ». On se dit bah mince peut être qu'il faut faire des examens plus poussés, peut-être qu'on va découvrir autre chose. On a peur de passer à côté d'un diagnostic un peu plus grave. » «* ***Ça n'a rien de rassurant qu'on vous dise que c'est normal.*** *On aimerait parfois que l'enfant fasse les mêmes crises à la maison que chez le médecin, ce qui n'arrive jamais. »*

Les traitements entrepris : changement de lait, traitement anti reflux et phytothérapie ont une efficacité variable selon les parents.

Deux parents ont eu recours aux conseils du médecin pour les pleurs lors des consultations obligatoires.

E7 : « J'ai consulté chez ***le médecin généraliste. J'ai changé de lait plein de fois*** *: lait relais, puis Pico 1er âge, puis Gallia AR…* ***Et je suis même allée chez un pédiatre spécialisé*** *en gastro, que mon médecin m'avait conseillé. Elle nous a rassuré en disant que tout allait bien, que le bébé était en parfaite santé et grossissait bien. Elle nous a conseillé un lait « Enfamil premium lipil dha ».* ***Elle n'a pas donné d'explications aux pleurs****. Ah oui, j'avais également essayé au préalable : « Polysilane gel » avant les repas, ce n'était pas efficace ».*

E12 : « Non, j'ai l'impression que non… Le problème... ***Ils ont toujours dit qu'il ne prenait pas assez de poids, donc en fait, ses conseils m'ont stressée encore plus que je ne l'étais****. Ça a ajouté à mon stress de pas lui donner assez à manger. (…)* ***Le médecin m'a dit que c'était normal. Ça m'a un peu rassurée car moi aussi je pensais que c'était normal****. Il m'a dit que* ***c'était un moment dur à passer et que c'est toujours comme ça les premiers mois du bébé****. »*

On retrouve dans ces deux entretiens la réassurance par le médecin. Le traitement entrepris est le changement de lait, celui-ci n'est pas efficace.

On remarque que lorsque les parents expriment leurs soucis quotidiens avec les pleurs de leurs nourrissons, la réponse reçue du professionnel de santé est « c'est normal ». Cette réponse qui devrait rassurer les parents ne les rassure pas. Les parents ressortent de la consultation sans réponses, sans conseils et le bébé continue de pleurer à la maison.

Trois mères décrivent leur médecin comme peu humain, ne posant pas de questions sur leur moral. Le pédiatre est concentré sur l'enfant.

E4 : « *Les consultations chez le pédiatre et le gynéco sont très rapides, pas de questionnement vis-à-vis des pleurs ou moral*. »

E3 : « *Ma pédiatre est difficile. Elle est peu humaine. L'échange est difficile. Elle ne m'a pas posé de questions par rapport aux pleurs. La pédiatre ne s'est pas intéressée aux pleurs du bébé. Les consultations sont très rapides. On a peu le temps d'échanger*. »

E14 : « *Les pédiatres, c'est les spécialistes des enfants. Bah je trouvais ça, donc, plus approprié. (…) Ah non, elle s'intéresse qu'au bébé.* »

Une mère (E14) décrit la puéricultrice de PMI comme trop centrée sur la maman et pas assez sur le bébé :

E14 : « *Elle veut savoir comment va la maman principalement. Elle pèse le bébé, elle regarde si le bébé réagit, s'il sourit, après elle s'occupe pas mal de l'état de la maman, savoir comment ça se passe à la maison…. des choses comme ça…Je trouve qu'elle est trop ciblée sur la maman, dans le sens ou effectivement…on dort peu, on n'est pas très rayonnante et la joie de vivre n'est pas forcement ressortie. Moi je trouve qu'elle s'est un peu trop inquiétée sur le fait "ca y est vous allez faire une dépression, il faut consulter" c'est juste que je n'avais pas assez de sommeil, il n'y avait jamais de soleil donc bon voilà. »*

La mère de l'entretien E2 parle d'un temps de partage avec son obstétricien. Cette réflexion est très intéressante car cette mère déclare ne pas avoir consulté pour les pleurs. Pourtant, lorsque l'obstétricien l'interroge au sujet des pleurs de son enfant, des difficultés quotidiennes et du changement dans la vie. Elle se confie et le fait de s'exprimer et d'avoir un temps de partage et d'écoute lui permet de se sentir mieux.

E2 : « *Non, je n'ai pas consulté pour les pleurs du bébé. (…) Lors de ma consultation chez l'obstétricien pour mon premier, il m'a demandé si ce n'était pas trop dur et m'a dit que ça changeait la vie. En fait, je ne sais pas pourquoi mais cette question et cette considération m'a fait beaucoup de bien. J'ai pu me confier sur les difficultés avec mon bébé. Je ne lui en aurais pas forcement parlé s'il ne m'avait pas posé la question. D'ailleurs, même si c'était affreux, j'aurais sans doute minimisé les choses. (Rires)* ».

4. DISCUSSION

4.1 Critique de la méthode.

4.1.1 Choix de la méthode.

Il a été remarqué que le manque d'expérience de l'enquêtrice lors des premiers entretiens, a amené au départ à poser des questions fermées, pour préciser certains propos. On note une moindre spontanéité dans la réponse des mamans par rapport aux suivants. Le discours est cloisonné.

Au fil des entretiens, la technique s'est progressivement améliorée grâce à la reformulation de la question de départ. En effet, il s'est avéré que lors des premiers entretiens, la première question était au présent : « Comment cela se passe avec votre bébé ?» cette question ne permettait pas à la maman de faire un récit de vécu. Or, la question reformulée: « Pouvez-vous me racontez la vie avec votre bébé depuis son arrivée ?» permettait à la maman de s'exprimer sur la vie avec son bébé et favorisait le récit de vie dans le passé. Les analyses intermédiaires ont été bénéfiques et ont permis de revoir et de faire évoluer la première question.

La grille d'entretien a permis d'aborder tous les sujets souhaités.

4.1.2 Limites de la méthode.

Un biais de recrutement est observé. L'échantillonnage de l'étude qualitative est raisonné. Les catégories professionnelles des femmes interviewées et de leur conjoint sont plus élevées que la moyenne. On aurait pu chercher à faire plus varier les origines sociales.

On note des variabilités sur d'autres critères, notamment concernant l'âge du premier enfant, nous avons un échantillon avec de grandes différences d'âges. (20 ans, 37 ans).

Nous avons observé un biais de mémoire. Parmi les premiers entretiens, une mère avait un bébé de huit mois. Elle avait oublié certaines des difficultés des trois premiers mois auxquelles elle avait été confrontée. Cependant, cet entretien était exploitable dans notre objectif en prenant ce fait en compte.

Nous ne connaissons pas le nombre de personnes auquel l'entretien a été proposé par les professionnels. Il aurait pu être intéressant de connaitre les profils des mères qui ont refusé de faire l'entretien.

4.1.3 Analyse

L'analyse des données en double regard représente un critère de validité de l'analyse. Les modèles explicatifs des pleurs et des types de difficultés n'ont pas pu être mises en relation systématique avec d'autres éléments étudiés. Cela révèle la complexité du phénomène étudié.

4.2 A propos de nos résultats.

4.2.1 Description des nourrissons.

4.2.1.1 Sexe.

Parmi les nourrissons de dans cette étude. Il y a six nourrissons de sexe masculin et neuf nourrissons de sexe féminin. Soit une proportion de 40 % de nourrissons de sexe masculin et 60% de nourrissons de sexe féminin. La proportion d'enfants nés en France de sexe masculin en 2012 est de 50,2% (donnée INSEE).

Parmi les enfants présents dans les fratries, il y a trois enfants de sexe masculins et cinq enfants de sexe féminin.

Dans notre étude, on ne note pas de différence entre la difficulté rapportée sur les pleurs par les mamans que ce soit un nourrisson de sexe masculin ou un nourrisson de sexe féminin.

La prévalence des coliques est la même entre les deux sexes comme le démontre de nombreuses études. (25) (26) (12) (27) (5) Cependant une seule étude montre une quantité de pleurs plus importante chez les nourrissons de sexe masculins rapportés sur 24h par les mères. (28)

4.2.1.2 Rang dans la fratrie.

Parmi les quinze nourrissons de notre étude. Neuf nourrissons sont les premiers. Quatre nourrissons sont les deuxièmes de la fratrie. Deux nourrissons sont les troisièmes de la fratrie. Dans notre étude, parmi les neuf nourrissons de rang 1, cinq mamans relatent des difficultés avec les pleurs de leur nourrisson. Parmi les quatre nourrissons de rang 2, deux mamans évoquent des difficultés avec les pleurs. Il n'y a pas de difficultés évoquées avec les nourrissons de rang 3

Plusieurs auteurs ont décrit la présence de pleurs inexpliqués plus importants chez les nourrissons de rang 1. (29) N S Crowcroft, dans son étude, concernant 76 747 nourrissons âgés de 24 à 37 jours, décrit un nombre d'enfant colitique rapporté par les parents plus important chez les nourrissons de rang 1. (25)

Seule l'étude de St James Robert ne montre pas de différences entre les coliques chez les nourrissons en fonction du rang de naissance et du sexe. (30)

En effet, on peut faire l'hypothèse que lorsqu'on est parent pour la première fois, on note un manque d'expérience sur les soins de puériculture, les pleurs du nourrisson et la manière d'y répondre. On note un nombre plus important de pleurs rapportés par les parents qui ont un seul nourrisson. Peut-être que les primipares ont une tolérance moins importante pour la même quantité de pleurs que des multipares. Les nourrissons considérés comme colitiques chez les primipares sont donc plus importants. (28) Le fait d'être parent pour la première fois peut entrainer également une anxiété et un stress non négligeable. Ce stress peut être ressenti par le nourrisson et entrainer une majoration des pleurs. L'anxiété parentale

qu'elle soit une cause ou une conséquence fait partie des hypothèses pour expliquer l'origine des pleurs du nourrisson. (8) (10)

Dans notre étude, il est intéressant de noter que les discours des multipares font état d'une meilleure capacité de gestion des pleurs et d'une tolérance plus grande. Cependant, lorsque le deuxième enfant pleure plus en comparaison avec le premier, les mères ayant l'expérience du premier bébé, peuvent interpréter ces pleurs comme un trouble et vont avoir plus tendance à recourir aux soins.

4.2.1.3 Alimentation.

Dans notre étude quatorze nourrissons sont nourris au lait maternel. Un nourrisson est nourri au lait artificiel.

Dans la littérature, l'alimentation du nourrisson ne rentre pas en ligne dans les pleurs inexpliqués du nourrisson. Une étude Finlandaise (31), ne retrouve pas de différences significatives entre un nourrisson nourri au lait maternel et un nourrisson nourri au lait artificiel.

Hide and Guyer (32) ne trouvent également pas de différences significatives dans la prévalence des coliques entre un nourrisson entièrement nourri au sein et un nourrisson entièrement nourri au lait artificiel. Cependant, ils ont enregistré l'apparition de coliques plus fréquentes chez les nourrissons où un allaitement mixte était introduit avant l'âge de trois mois.

L'étude de Crowcroft (25), de Barr RG (33) ne montre également pas de différences significatives entre les différents moyens d'alimentation.

L'étude de Judy Bernal a montré que les nourrissons nourris au sein présentaient une quantité de pleurs plus importants, notamment après la tétée par rapport aux bébés nourris au biberon. Cependant, il dit que les mères allaitantes réagissent plus rapidement aux pleurs de leur enfant. (34)

Une autre étude récente montre que l'allaitement semble influer sur la manière dont les mères perçoivent le tempérament de leur enfant à trois mois. Celles-ci indiquent ressentir un comportement plus difficile chez leur enfant à l'âge de trois mois. D'après elles, ils avaient des affects plus négatifs, une instabilité émotionnelle et une plus grande difficulté à être apaisé ou à se calmer. (35)

Selon une étude récente israélienne (2012), Cohen Engler montre des différences entre un nourrisson nourri au lait artificiel et un nourrisson nourri au lait maternel. L'allaitement maternel exclusif est associé à une réduction de coliques et une tendance à une augmentation du sommeil nocturne. La mélatonine qui est fourni à l'enfant par le lait maternel joue un rôle dans l'amélioration du sommeil et, selon lui, réduit les coliques chez les nourrissons allaités par rapport à ceux nourris au biberon.(36)

Dans notre étude, certaines mères sont accaparées par le poids et l'alimentation de leur bébé. L'allaitement maternel place le poids de l'enfant au centre des préoccupations de la mère puisque c'est elle qui est responsable de la nutrition de son enfant. De plus, on note que les pleurs du nourrisson sont le plus souvent attribués à une cause digestive. L'allaitement maternel peut entrainer une difficulté supplémentaire pour les femmes qui doute de leur propre compétence en tant que mère. Leur responsabilité est plus importante et va engendrer un stress de ne pas nourrir leur bébé convenablement et entrainer des coliques.

4.2.3 Situation familiale : Profession des parents.

Dans notre étude, parmi les femmes interrogées, sept font partie de la catégorie cadres et professions intellectuelles supérieures, six font partie de la catégorie professions intermédiaires, et deux sont sans emplois.

Parmi les hommes, neuf font partie de la catégorie cadres et professions intellectuelles supérieures, un a une profession intermédiaire, trois sont ouvriers, un est sans emploi. Selon l'INSEE, la population française en 2012 comporte 1% d'agriculteurs exploitants, 3,4% d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 9,6% de cadres et professions intellectuelles supérieures, 13,3% de professions intermédiaires, 16% d'employés, 12,4% d'ouvriers, 26,5% d'inactifs ayant déjà travaillés et 17,7 sans activité professionnelle.

Selon une étude réalisée par Crowcroft en 1997, les mères primipares âgées qui ont une profession non manuelle et qui ont fait de longues études observent des taux plus élevés de coliques chez leur nourrisson. (25)

Selon quelques études, « l'intelligence supérieure » maternelle et l'éducation maternelle avancée semblent associées à une incidence plus élevée que la moyenne des coliques, probablement en raison d'une meilleure information de la mère ou d'une tolérance maternelle inférieure (37) (31) Nos résultats, ne sont pas contributifs pour éclairer ces résultats quantitatifs, mais ils révèlent que le vécu et les pratiques ne sont pas en lien direct avec la position socio-professionnelle. S.Gojard dans son ouvrage le métier de mère (38) montre combien ces facteurs sociaux sont en jeu mais surtout comment, en montrant que cela s'inscrit plus largement dans une adhésion à un modèle ou non de soins des nourrissons en articulation avec d'autres éléments biographiques relatifs à l'histoire familiale.

Le recueil des données n'a pas permis d'exploiter ces déterminants mais il pourrait être utile de mener des études complémentaires mobilisant ces déterminants biographiques et sociaux plus largement.

4.3 Le vécu du retour à domicile avec le nouveau-né.

Le séjour en maternité a beaucoup évolué depuis les années 1970, particulièrement sa durée et son organisation. Il a été, pendant des années, principalement axé sur la mère et son nouveau-né. Depuis quelques années, la participation du père a pris une grande importance, notamment dans les soins de puériculture et l'alimentation du nouveau-né. Dans notre étude, le père est souvent évoqué de façon spontanée. Lorsqu'il est aidant, le vécu des premiers mois avec le bébé est positif.

La séparation de la mère et de son bébé était encore fréquente dans les années 70. Aujourd'hui, le lien précoce est fortement recommandé pour favoriser le lien d'attachement et l'allaitement. La durée du séjour a également beaucoup évoluée en 50 ans. Elle était de neuf jours en 1970. Cette durée a tendance à beaucoup diminuer avec l'introduction de la notion de sortie précoce au 3ème jour (J2 du nourrisson). (39) Les sorties précoces sont encadrées par une sage-femme à domicile qui vient prodiguer des soins pour le nouveau-né, donner des conseils et un soutien à l'allaitement. Cependant, malgré ces recommandations certaines femmes sont isolées et se trouvent désemparées avec leur nourrisson.

La naissance d'un enfant est attendue. Elle est vécue extérieurement comme une source de joie. Pourtant, les témoignages des mères sur les premiers mois avec leur nourrisson rapportent que les trois premiers mois sont souvent vécus de façon difficile.

Quelques études exploitent le vécu des premiers mois avec l'enfant. Une thèse quantitative a été réalisée en 2013 sur la base d'un questionnaire sur le vécu du premier mois avec le nouveau-né. (39) Les parents qui répondent aux questionnaires décrivent la fatigue, les pleurs du nourrisson et le changement de rythme comme étant les difficultés les plus importantes à surmonter. Notre étude fait écho à ces données.

Une étude qualitative réalisée au Canada en 2011, interroge des primipares avant et après la naissance de leur enfant. L'allaitement semble constituer l'expérience la plus dévastatrice dans l'apprentissage de la maternité. (40) Nous pouvons rapprocher cette donnée de notre étude même si celle-ci ne concerne pas toutes les mamans. Six femmes sur quatorze décrivent un allaitement difficile dans notre étude.

Dans notre étude, on note un vécu positif de la naissance après une grossesse difficile sur le plan psychologique ou physique. Alors que la littérature relate plutôt l'association entre difficultés prénatals et post natales.

On retrouve dans la littérature, une étude de 1993, réalisée en Finlande sur 1333 couples, qui décrit, qu'une grossesse difficile quel que soit le terme, qui entraine un stress néfaste peut augmenter la survenue de pleurs excessifs.(41) Les études retrouvées mettent en avant le rapport entre le stress de la grossesse et de l'accouchement et l'apparition de pleurs excessifs. Cependant, il n'a pas été retrouvé d'étude qui retrouve un lien dans le sens de notre étude.

Les parents, lorsqu'ils ont un enfant pour la première fois sont confrontés à de nombreuses interrogations concernant les soins de leur nouveau-né. Les pleurs du nourrisson font partie des questionnements. Dans notre étude, le nombre important de parents qui parlent spontanément des pleurs faisant partie du quotidien des premiers mois de l'enfant montre qu'il s'agit d'une question importante de puériculture. Les parents s'adressent à des interlocuteurs différents pour avoir des conseils. Les réponses à leurs questions s'avèrent variables selon l'interlocuteur auxquels les parents s'adressent. Les conseils prodigués sont souvent contradictoires et les parents se trouvent alors désorientés.

D'après cette étude, il apparaît que le corps médical n'offre pas de réponse totalement en cohérence avec les difficultés des nouveaux parents Mais les ressources se situent largement en dehors des professionnels, notamment auprès des médias et de leur entourage.

4.4 Le rôle du médecin généraliste.

4.4.1 Les parents qui demandent de l'aide aux professionnels de santé.

Ronald Barr suggère que nous considérions ce comportement non comme le symptôme de quelque chose que les bébés « ont » mais comme quelque chose que les bébés « font ».(37)

Comme nous l'avons montré dans cette étude, l'écoute, la réassurance, l'examen précis du nouveau-né et expliquer aux parents que les pleurs sont un phénomène normal ne réduit pas toujours leurs difficultés. De plus, entreprendre un traitement est voué à l'échec puisque la plupart des traitements sont inefficaces comme le démontre de nombreuses revues de la littérature. (14) (53)

De nombreux articles de la littérature médicale décrivent ce qu'il faut faire en tant que médecin afin d'accompagner les parents qui ont des difficultés ou inquiétudes face aux pleurs de leur bébé. (8) (43) (44)

Les articles décrivent qu'il faut entendre et reconnaitre les difficultés auxquelles sont confrontés les parents. Cette étude permet de comprendre quelles étaient ces difficultés. S'agit-il d'une difficulté d'interprétation des pleurs ? S'agit-il d'une difficulté à calmer les pleurs ? S'agit-il d'une difficulté à tolérer les pleurs ? Répondre à cette question permet de mieux appréhender les besoins des parents et d'apporter un soin adapté.

Il est intéressant de comprendre l'interprétation des pleurs que donnent les parents. En effet dans notre étude, les parents qui demandent de l'aide au médecin sont plus des parents qui interprètent les pleurs comme étant un trouble. Les pleurs sont témoins pour les parents d'une anomalie chez l'enfant, souvent d'origine digestive. Les parents sont à la recherche d'un traitement réparateur, de conseils pour calmer les pleurs et d'explications aux pleurs.

Nos résultats peuvent conduire à la formulation de propositions en tant que professionnels de soins.

Après un examen du nourrisson, si celui-ci est normal, expliquer aux parents les caractéristiques des pleurs apparait utile par rapport à la difficulté de l'ordre de l'interprétation. Rappeler qu'ils sont les témoins de la vigueur du bébé et de sa capacité à exprimer ses besoins. (Proximité, alimentation, réconfort) peut être proposé pour aider à interpréter les pleurs et à les tolérer. De même, expliquer la caractéristique de la courbe des pleurs, citer quelques repères pour trouver la bonne réponse aux cris du bébé, indiquer aux parents le langage corporel de leur enfant. Un nourrisson se crispe lorsqu'il va mal et au contraire son corps est détendu lorsqu'il se sent bien et en confiance. (48) et la possibilité de communiquer également avec le sourire.

Reconnaitre l'ignorance et l'empirisme avec lequel est abordé le problème des pleurs c'est aussi se positionner en accompagnant plus que réparateur d'une dysfonction

D'autre part, selon les résultats de cette analyse, certains parents ont besoin de techniques visant à diminuer les pleurs. Les techniques de puéricultures sont universelles (bercer, chanter) mais il est intéressant de rappeler aux parents qui ont des difficultés à calmer les pleurs que la proximité entre la mère et le bébé peut être une ressource. Comme montré dans certaines études, le contact mère-bébé diminue la quantité de pleurs dans la journée (17) (16) (45) (46) Il s'agit de la technique dite « maternage proximal ». Cette technique est bénéfique aussi bien pour les parents que pour l'enfant. En effet, elle permet de sentir très vite le besoin du bébé, d'interpréter correctement ses demandes, et donc de se sentir un « bon parent ».

Dans certains pays, notamment en Afrique, la proximité mère-enfant est primordiale. Le nouveau-né est porté et allaité quasi en continue. Les pleurs sont rares et sont considérés comme un appel, ils reçoivent toujours une réponse. Le porte écharpe semble être un moyen à développer et à indiquer aux parents. Des sites internet ludiques montrent des vidéos ou les parents peuvent apprendre les techniques de portages et la façon de mettre l'écharpe. (jeportemonbébé.com)

De plus, indiquer aux parents que l'enfant ne deviendra pas capricieux s'ils répondent à ses pleurs durant les premiers mois de vie peut probablement renforcer les compétences parentales en jeu.

D'après notre étude, certains parents peuvent réagir avec susceptibilité lorsque des professionnels leur font des remarques sur leur attitude face aux pleurs de l'enfant. Certaines remarques peuvent être interprétées comme une incompétence à s'occuper de leur enfant. Dans cette perspective, sensibiliser les parents aux réactions comportementales et aux capacités de leur bébé à l'aide d'une échelle de comportement comme celle de Brazelton pourrait être proposée. Selon Brazelton : Le nouveau-né est compétent. L'échelle d'évaluation établie par Brazelton (Brazelton et Nugent, 2001) a été conçue et utilisée comme un examen objectivant les compétences d'un nourrisson dès sa naissance et dans les toutes premières semaines de sa vie. Cet outil d'observation du nouveau-né peut conduire à l'utiliser comme un véritable outil de «médiation» entre la mère, le père, le bébé et l'observateur, et donc à mener la passation comme une «consultation thérapeutique» destinée à soutenir et à encourager l'établissement des premiers liens entre les parents et leur bébé. (Annexe 3) (32) (20) (47) (43) (48)

4.4.2 Les parents qui ne se plaignent pas.

D'après une revue de la littérature réalisée en 2001 par Lucassen, il semble qu'un certain nombre de mères ne recherchent pas d'aide auprès du personnel soignant et se débrouillent seules. (49) Une thèse également, soutenue en 2012 relate la caractéristique des mères ne consultant pas malgré les pleurs insupportables de leur enfant. D'après cette thèse, de nombreuses mères tolèrent mal les pleurs excessifs de leur enfant et beaucoup d'entre elles ne consultent pas pour ces difficultés. Les mères ne tolérant pas les pleurs et ne consultant pas, font habituellement suivre leur enfant en PMI, sont plus souvent en congés de maternité, mère au foyer ou en congé maladie. Elles présentent plus souvent de la tristesse, de la fatigue, une inquiétude importante et se sentent plus en difficulté sociale ; les pleurs de l'enfant durent souvent plus d'une heure. (50)

Comme nous avons retrouvé dans notre étude, certains parents ne se plaignent pas des pleurs du nouveau-né, même si ceux-ci peuvent être source de difficultés.

D'après notre étude, on peut mettre en avant trois facteurs qui entrainent l'absence de recours aux professionnels de soins en cas de difficulté face aux pleurs.

D'une part, il y a les parents qui interprètent les pleurs comme étant normaux ou comme révélant un besoin (faim, couche sale, câlin, fatigue). Malgré la souffrance que ceux-ci entrainent, les parents ne considèrent pas le recours aux professionnels du soin adapté puisqu'il ne s'agit pas d'un trouble ou d'une maladie. D'autre part, il y a la peur de mettre en jeu leur compétence. En effet, certains parents reconnaissent avoir des difficultés à calmer les pleurs malgré les techniques entreprises ; ils ne pensent pas que le médecin peut éventuellement les aider. De plus, certains parents ont des difficultés à interpréter les pleurs de leur bébé. En effet, l'interprétation des pleurs n'est pas toujours facile à trouver, certains parents nourrissent leur bébé en continu pensant qu'il pleure car il a faim, entrainant ainsi un cercle vicieux. La peur du jugement peut rentrer en ligne de compte également comme nous avons pu le retrouvé.

Un parent qui souffre des cris de son nourrisson ne va pas demander forcément spontanément de l'aide. Les pleurs, épreuve douloureuse et difficile à partager demande de la part des médecins une attitude volontariste. Une démarche pour « aller vers », pour « pré venir ». Il conviendrait d'aborder spontanément le sujet des pleurs lors des consultations des premiers mois.

Lors de la visite du premier mois, le médecin peut poser la question des pleurs de façon ouverte. « Comment vivez-vous l'arrivée de votre bébé ? Comment vivez-vous les pleurs de votre bébé ? » Les questions ouvertes s'inscrivent dans l'adoption d'une posture empathique qui favorise l'instauration d'une relation de confiance.

En effet, cette question utilisée dans cette étude a permis l'expression sur le sens des pleurs et l'expression des difficultés. Dans une perspective thérapeutique, ce recueil apparait nécessaire.

Aborder cette question avec les parents permet de mettre éventuellement en avant une intolérance face aux pleurs. Ceci pourrait être une démarche de prévention pour limiter les actes de maltraitance et dans une dimension beaucoup plus grave, le syndrome du bébé secoué.

D'autre part, en tant que médecin généraliste, de ne pas être tourné uniquement vers le nourrisson lors de la consultation. Le temps d'écoute des parents est important. Il est important de savoir comment ils vivent l'arrivée du bébé, les pleurs, l'allaitement, leur nouvelle place en tant que parent.

Dans ma propre expérience, depuis que je travaille sur cette thèse, je ne manque pas à chaque fois de demander aux parents comment ils vivent les pleurs. Cette question permet aux parents de s'exprimer sur leur ressenti. Il est rare que ceux-ci en parlent spontanément en consultation. Un père m'a dit : « j'ai envie de le jeter par la fenêtre par moment ». Une mère m'a dit « Ah, oui, je ne comprenais pas pourquoi il pleurait le soir, je trouvais ça inquiétant, maintenant je comprends ».

4.4.3 L'importance de l'éducation aux pleurs.

La naissance d'un enfant est un changement majeur dans la vie des parents. L'étude que nous avons menée a montré l'inexistence de l'apprentissage du métier de parents.

La durée des séjours à la maternité tend à diminuer de plus en plus. Les parents lorsqu'ils rentrent à leur domicile avec leur petit bébé se retrouve souvent démunis. Les parents n'ont souvent pas les armes nécessaires pour appréhender les pleurs de leurs nourrissons. (51) D'après notre étude, les pleurs du nourrisson et les difficultés du retour à domicile ne sont pas toujours évoqués lors de la préparation à la naissance. Cependant, il serait excessif de dire que le retour à domicile n'est pas évoqué lors de la préparation à la naissance. En effet, on peut faire l'hypothèse que les mères ne sont pas forcément réceptives à cet enseignement avant la naissance puisque l'objectif des cours est surtout la préparation à l'accouchement. L'enseignement est peut être réalisé mais pas entendu. L'attention des mères est essentiellement tournée vers l'accouchement, elles idéalisent le retour à domicile.

L'HAS a mis au point en 2005, des recommandations professionnelles sur la préparation à la naissance et à la parentalité. Ces recommandations visent notamment à préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes des futurs parents.(52)

L'entretien prénatal précoce du premier trimestre est proposé, mais il n'est pas obligatoire. On note la notion de « reprise de confiance en soi » notifiée à deux reprises dans les recommandations lors des séances prénatales et post natales.

Il serait souhaitable que les parents aient une explication sur le schéma des pleurs, sur l'éventualité des pleurs inconsolables du bébé, sur la façon de réagir et sur les différentes techniques pour calmer les pleurs. Il peut être également conseillé d'avoir recours à une personne tierce en cas de besoin. En effet, la présence de l'entourage lors du retour à domicile peut apporter un grand réconfort et une aide importante à la maman. Cela est associé à un vécu positif des premiers jours après la naissance comme l'a démontré cette étude.

5. CONCLUSION

La période qui suit l'accouchement est un moment éprouvant à vivre pour les parents. La fatigue, l'irrégularité du rythme veille - sommeil, et les pleurs du nourrisson sont les symptômes que la maman évoque le plus fréquemment.

Les pleurs du nourrisson sont vécus de façon différente selon les parents. Les témoignages montrent que les parents n'affrontent pas les pleurs avec les mêmes difficultés et la tolérance aux pleurs n'est pas représentative de la quantité de pleurs.

Notre système de soin n'est pas toujours en mesure de repérer les parents qui ont des difficultés avec les pleurs, d'autant plus qu'un certain nombre ne consultent pas pour cela.

Les difficultés face aux pleurs du nourrisson rapportées par les mères sont la difficulté d'interprétation des pleurs, la difficulté de tolérance des pleurs et la difficulté à calmer les pleurs. Certaine mères peuvent ressentir, une, deux ou l'ensemble des trois difficultés.

Notre étude a mis en évidence que la caractéristique des mères qui ne consultent pas pour les pleurs est liée à l'interprétation de ceux-ci. Les mères considérant les pleurs comme un besoin ou comme étant normaux ne vont pas demander de l'aide. Or souvent, ces mamans expriment de la peine à calmer les pleurs ou à tolérer les pleurs. De plus, certaines mamans qui ont des difficultés à interpréter les pleurs, ne vont également pas consulter. Et enfin, d'autres mères ne vont pas demander conseils aux personnels médicaux par peur de mettre en jeux leur compétence.

Il serait souhaitable que le médecin ait une démarche volontariste et pose la question sur les difficultés rencontrées au domicile. Les mères pourraient alors exprimer leur ressenti et leur vécu face aux pleurs du nourrisson. Il est important de déculpabiliser les parents en assurant qu'il est normal d'être épuisé émotionnellement par les pleurs de leur enfant; certains peuvent même ressentir de la colère et exprimer la peur d'être agressif envers leur nourrisson. Ces considérations peuvent permettre d'aborder avec les parents le sujet de la maltraitance et notamment le syndrome du bébé secoué.

Au contraire, certains parents demandent de l'aide lorsqu'ils interprètent les pleurs comme étant un trouble. Après un examen clinique de l'enfant et après avoir éliminé certaines causes médicales, il est souhaitable d'organiser le soutien des parents sans banaliser les plaintes. Il est conseillé de prendre le temps de comprendre les caractéristiques des pleurs du nourrisson et de les restituer dans le contexte psycho affectif familial. C'est l'intérêt du concept du modèle biopsychosocial pour aborder les pleurs du nourrisson. Le médecin doit tenir compte du contexte social (conflit familiaux, place du père, place de la famille, niveau socio-culturel) du contexte biologique (perturbation de la flore intestinale, alimentation) et du contexte psychologique (état émotionnel, vécu de la grossesse et de l'accouchement). Ces variables s'influencent mutuellement et les symptômes résultent de leurs interactions.

Les parents recherchent des techniques pour apaiser le bébé. Le médecin peut encourager le maternage proximal. Il est conseillé de rappeler aux parents les différentes interprétations des cris et leurs apprendre à observer leur bébé pour mieux le comprendre. Ces techniques permettront aux parents de se sentir compétents. De plus, il faut insister sur le fait que leur enfant ne deviendra pas capricieux si le maternage proximal est employé.

Les parents recherchent également des explications aux pleurs. Il peut être intéressant d'expliquer que l'enfant exprime un besoin en pleurant. Les aspects positifs des pleurs doivent être mis en évidence : les pleurs renforcent les liens entre les parents et le bébé, car ceux-ci augmentent les contacts et sont signes de bonne santé puisque le bébé réagit vigoureusement. Il faut rappeler qu'il s'agit d'un comportement universel. Il peut être également intéressant d'exposer la courbe des pleurs aux parents.

Il semble primordial d'être attentif à tous les parents quel que soit le milieu socio-culturel. L'attitude volontariste de la part du médecin devrait permettre d'apporter aux parents une écoute, un accompagnement dans leurs acquisitions de compétences selon leurs propres valeurs, mais aussi de repérer des troubles précoces d'un dysfonctionnement de la tryade père-mère-enfant.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS : Soins à la mère et au nouveau-né dans le post partum. Guide pratique. 1999;
2. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Bruxelles: Fabert; 2010.
3. Kreisler L, Soulé M, Fain M. L'enfant et son corps.1974.
4. Israel J. Bébé pleure, laissez le pleurer. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2004.
5. Illingworth RS. "Three Months" Colic'. Arch Dis Child. 1954;29(145):165–74.
6. Bydlowski-Aidan S, Jousselme C. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. J Pédiatrie Puériculture. 2008;21(5):204–8.
7. Barr RG. Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants. Devenir. 2010;22(2):163–74.
8. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. Saint Malo; 24 juin 2007.
9. Barr RG, Hopkins B, Green JA. Crying as a sign, a symptom, and a signal: Clinical, emotional and developmental aspects of infant and toddler crying Cambridge University Press; 2000
10. Breton A. Les coliques du nourrisson. Medecine et Enfance. 1999 Sep;357–69.
11. Herman M, Le A. The crying infant. Emerg Med Clin North Am. 2007;25(4):1137–59.
12. Canivet C, Hagander B, Jakobsson I, Lanke J. Infantile colic—less common than previously estimated? Acta Paediatr. 1996;85(4):454–8.
13. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called" colic."Pediatrics. 1954;14(5):421–35.
14. Bertholon-Bruyas V. Quels traitements pour les coliques du nourrisson: une revue systématique de la littérature internationale [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2011.
15. Brazelton TB. Crying in infancy. Pediatrics. 1962;29(4):579–88.
16. Barr RG, Konner M, Bakeman R, Adamson L. Crying in! Kung San infants: a test of the cultural specificity hypothesis. Dev Med Child Neurol. 1991;33(7):601–10.
17. St James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, Sorgenfrei E. Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a "proximal" form of care. Pediatrics. 2006;117(6):e1146–e1155.
18. Pettijohn TF. Attachment and separation distress in the infant guinea pig. Dev Psychobiol. 1979;12(1):73–81.
19. Zeifman DM. An ethological analysis of human infant crying: Answering Tinbergen's four questions. Dev Psychobiol. 2001;39(4):265–85.

20. Barr RG. Changing our understanding of infant colic. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002;156(12):1172.

21. Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized shaken baby syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. Child Abuse Negl. 2006;30(1):7–16.

22. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. Pediatrics. 1986;77(5):641–8.

23. Barr RG. The normal crying curve: what do we really know? Dev Med Child Neurol. 1990;32(4):356–62.

24. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior. JAMA J Am Med Assoc. 2001;286(3):322–6.

25. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic: questionnaire study covering 76 747 infants. Bmj. 1997;314(7090):1325.

26. S\aahlberg M-R. Infantile colic: occurrence and risk factors. Eur J Pediatr. 1984;143(2):108–11.

27. Paradise JL. Maternal and Other Factors in the Etiology of Infantile Colic Report of a Prospective Study of 146 Infants. JAMA J Am Med Assoc. 1966;197(3):191–9.

28. Van der Wal MF, Van den Boom DC, Pauw-Plomp H, De Jonge GA. Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. Arch Dis Child. 1998;79(4):312–7.

29. Stagnara J, Blanc JP, Danjou G, Simon-Ghediri MJ, Dürr F. Éléments cliniques du diagnostic de coliques du nourrisson. Enquête chez 2773 nourrissons âgés de 15 à 119 jours. Arch Pédiatrie. 1997;4(10):959–66.

30. James-Roberts IS, Halil T. Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. J Child Psychol Psychiatry. 1991;32(6):951–68.

31. Canivet CA, Östergren P-O, Rosén A-S, Jakobsson IL, Hagander BM. Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in relation to psychosocial and socioeconomic factors. Scand J Public Health. 2005;33(1):26–34.

32. Hide DW, Guyer BM. Prevalence of infant colic. Arch Dis Child. 1982;57(7):559–60.

33. Barr RG, Kramer MS, Pless IB, Boisjoly C, Leduc D. Feeding and temperament as determinants of early infant crying/fussing behavior. Pediatrics. 1989;84(3):514–21.

34. Bernal J. Crying during the first 10 days of life, and maternal responses. Dev Med Child Neurol. 1972;14(3):362–72.

35. De Lauzon-Guillain B, Wijndaele K, Clark M, Acerini CL, Hughes IA, Dunger DB, et al. Breastfeeding and infant temperament at age three months. PLoS One. 2012;7(1):e29326.

36. Engler AC, Hadash A, Shehadeh N, Pillar G. Breastfeeding may improve nocturnal sleep and reduce infantile colic: potential role of breast milk melatonin. Eur J Pediatr. 2012;171(4):729–32.

37. Barr RG. Normality: A Clinically Useless Concept The Case of Infant Crying and Colic. J Dev Behav Pediatr. 1993;14(4):264–70.

38. Gojard S. Le métier de mère. Paris: La Dispute; 2010.

39. Sulpis S. Devenir des parents et de leurs enfants : Enquête pédiatrique à 1 mois du retour au domicile. [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université de Rouen; 2013.

40. Moreau D. L'expérience de devenir mère. Aporia. 2011 Apr;3:26–36.

41. Barr RG. Excessive crying. Handbook of developmental psychopathology [Internet]. Springer; 2000. p. 327–50. 42. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. BMJ. 1993;307(6904):600.

43. Moalla Y, Kallel I, Ayadi H. Les cris persistants du nourrisson et leur prise en charge. Soins Pédiatrie-Puériculture. 2010 Sep;256:39–42.

44. Bellaïche M. Les coliques du nourrisson. Généraliste FMC. 2009 Nov 27;2506.

45. Alvarez M, James-Roberts IS. Infant fussing and crying patterns in the first year in an urban community in Denmark. Acta Paediatr. 1996;85(4):463–6.

46. JAMES-ROBERTS I, Bowyer J, Varghese S, Sawdon J. Infant crying patterns in Manali and London. Child Care Health Dev. 1994;20(5):323–37.

47. Dufour B. Coliques et pleurs du nourrisson: un rôle privilégié pour le médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2008.

48. Brazelton TB, Sparrow JD. Apaiser son enfant. Paris: Fayard; 2004.

49. Lucassen P, Assendelft WJJ, van Eijk JTM, Gubbels JW, Douwes AC, Van Geldrop WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. Arch Dis Child. 2001;84(5):398–403.

50. Rémy-Néris P. Caractéristiques des mères ne consultant pas pour les pleurs insupportables de leur enfant. [Thèse d'exercice]. [Versaille, France] Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012.

51. Bonvoisin-Hibon E. Les pleurs des nourrissons de 0 à 6 mois aux urgences pédiatriques: quelle conduite à tenir pour le médecin ? [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2008.

52. Haute Autorité de Santé : Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005.

53. Michelle M. Garrison and Dimitri A. A Systematic Review of Treatments for Infant Colic. Pediatrics. 2000; 184-90.

ANNEXE 1 : Premier guide d'entretien :

Déroulement des entretiens :

Introduction des entretiens :

Bonjour, Je suis médecin généraliste, je réalise ma thèse sur le vécu des mamans avec leur bébé. Je souhaite vous poser quelques questions.
Si cela ne vous dérange pas, cet entretien va être enregistré avec un dictaphone puis retranscrit mot par mot par moi-même.
L'entretien ne sera pas présenté dans mon travail final. Seul mon directeur de thèse et moi-même pourrons voir les entretiens en entier pour garantir un anonymat maximal.
Il apparaitra dans la thèse seulement des extraits des entretiens.
Je ne juge pas vos réponses et souhaite que vous puissiez parler le plus librement possible.

Avez-vous des questions avant de débuter l'entretien ?

Etes-vous d'accord pour débuter l'entretien ?

Généralités :

- métier du père et de la mère.
- Lieu de vie (maison, appartement…) (campagne, semi urbain, urbain).
- nombre de personne habitant dans le logement.
- Situation familiale : marié, célibataire, en couple, seule.

Santé :

- Tabagisme parental à l'intérieur ou à extérieur du domicile.
- Atopie parentale.
- Pathologies parentales.

Grossesse 1, 2….. :

- Age du début de grossesse.
- Déroulement de la grossesse sur le plan médical :
- Vécu de l'accouchement, entourage familial et amical.
- Vécu du post-partum

L'enfant 1,2 …. :

- Age du premier enfant, deuxième…
- Sexe du nourrisson.

- Poids à la naissance, terme de naissance.

- Pathologie chez le nourrisson.

- Ou dors le bébé ?

Comment ça se passe avec votre enfant ?

Gestion et vécu des pleurs du nourrisson :

- Quels sont les sentiments que provoquent les pleurs chez vous ? (Angoisse, peurs, mauvais parents, culpabilités, impuissance, agressivité, tristesse)

- Quelle est votre interprétation des pleurs ? (faim, fatigue, douleurs, couche pleine, colère, colique, maladie, caprice)

- Y a-t-il des moments dans la journée où il pleure plus ? La durée ? La fréquence des cris, la quantité des pleurs sur 3 mois. Pic de pleurs ?

- Ya-t-il une différence entre la quantité de pleurs entre le premier et le deuxième enfant ?

- Quelles sont vos actions face aux pleurs ? (les bras, le bercer, le porter en porte écharpe, lui parler, lui chanter des berceuse, donner à manger, laver, jouer, sucette.)

- Avez-vous eu recours à un tiers ? (Parents, entourage, internet, prof de santé ostéopathe, kiné….)

- Si oui : Quels ont été les effets bénéfiques, ou pas. ?

- Avez-vous consulté chez un médecin ou aux urgences pour les pleurs ? Ou poser la question des pleurs lors d'une visite obligatoire ? : Si oui. Que vous a-t-on dit ? Avez-vous reçu des réponses ? Avez-vous reçu un traitement ? Quels ont été les effets ?

- Avez-vous pensé ou eu envie de secouer votre bébé, ou le jeter par la fenêtre ?

- Avez-vous eu le sentiment d'être de mauvais parents ou avez-vous culpabilité de penser ça (faire du mal à son enfant)? Quel a été votre ressenti émotionnel ?

- Etiez-vous préparée à la difficulté des premiers mois (pleurs du nourrisson) avant la naissance ? Avez-vous eu une prévention lors de la préparation à l'accouchement ?

- Vous a-t-on parlé du bébé secoué à la maternité ou lors de la préparation à la naissance.

- A-t-on parlé de colique, quelles ont été les explications ? Les éventuels conseils et traitements ?

- Un médecin vous a-t-il déjà posé la question si vous alliez bien ? Avez-vous pu dire au médecin que c'était difficile ?

- Cela vous a-t-il soulagé qu'un professionnel de santé s'intéresse à la question de la difficulté des premiers mois du bébé ? Que l'on vous dise que c'est dur, ou que l'on vous pose la question ?

ANNEXE 2 : Guide d'entretien remanié.

Introduction des entretiens :

Bonjour, Je suis médecin généraliste, je réalise ma thèse sur le vécu des mamans avec leur bébé. Je souhaite vous poser quelques questions.
Si cela ne vous dérange pas, cet entretien va être enregistré avec un dictaphone puis retranscrit mot par mot par moi-même.
L'entretien ne sera pas présenté dans mon travail final. Seul mon directeur de thèse et moi-même pourrons voir les entretiens en entier pour garantir un anonymat maximal.
Il apparaitra dans la thèse seulement des extraits des entretiens.
Je ne juge pas vos réponses et souhaite que vous puissiez parler le plus librement possible.

Etes-vous d'accord pour débuter l'entretien ?

Avez-vous des questions avant de débuter l'entretien ?

Pouvez-vous me raconter la vie avec votre bébé depuis son arrivée ?

En fonction de la réponse à la première question : il faut développer les thèmes suivant :

(Pleurs (vécu, interprétation, moyens pour les calmer), alimentation, place du père, consultation chez le médecin pour pleurs, conseils et effet des traitements si il y a eu.)

Pouvez-vous me raconter le vécu de votre grossesse et de votre accouchement ?

Pour clôturer mon entretien, je vais vous posez des questions d'ordre général :

- métier du père et de la mère.
- Lieu de vie (maison, appartement…) (campagne, semi urbain, urbain).
- nombre de personne habitant dans le logement.
- Situation familiale : marié, célibataire, en couple, seule.
- Age du début de grossesse.
- Age du premier enfant, deuxième…
- Sexe de l'enfant.
- Poids à la naissance, terme de naissance.
- Pathologie chez le nourrisson.

ANNEXE 3 : échelle de Brazelton.

Gestataional age _____ Weight _____ Height _____ Head circumference _____
Mode of delivery _____ Length of labour _____ Apgar scores _____
Parity _____ Type of feeding _____ Examiner _____ Date of exam _____

Infant behaviour

Habituation	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Comments
Response dec. to light										
Response dec. to rattle										
Response dec. to bell										
Res. dec. to foot probe										
Social-Interactive	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Comments
Animate visual										
Anim. visual and auditory										
Inanimate visual										
Inanim. visual and auditory										
Inanimate auditory										
Animate auditory										
Alertness										
Motor system	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Comments
General tone										
Motor maturity										
Pull-to-sit										
Defensive										
Activity level										
State organisation	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Comments
Peak of excitement										
Rapidity of build-up										
Irritability										
Lability of states										
State regulation	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Comments
Cuddliness										
Consolability										
Self-quieting										
Hand-to-mouth										
Autonomic system	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Comments
Tremulousness										
Startles										
Lability of skin colour										
Smiles										
Supplementary Items	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Comments
Quality of alertness										
Cost of attention										
Examiner facilitation										
General irritability										
Robustness and endurance										
State regulation										
Examiner's emot. resp.										

Reflexes	0	1	2	3	Asym	Comments
Plantar						
Babinski						
Ankle clonus						
Rooting						
Sucking						
Glabella						
Passive resist. – legs						
Passive resist. – arms						
Palmar (hand-grasp)						
Placing						
Standing						
Walking						
Crawling						
Incurvation						
Tonic dev. – head and eyes						
Nystagmus						
TNR						
Moro						

Summary: Infant — Strengths — Concerns

Summary: Parent(s) — Strengths — Concerns

CARTON-TOURILLON Anne-Cécile

TITRE DE THESE :

Les pleurs du nourrisson : comprendre le vécu et les représentations des parents.

Etude qualitative par entretiens auprès de quinze mères.

RESUME

Les pleurs du nourrisson sont un des symptômes parmi les plus fréquents en pédiatrie durant les premiers mois de vie. Malgré les nombreuses recherches sur les pleurs du nourrisson, persiste une relative incertitude scientifique concernant les causes des pleurs, les techniques et les traitements entrepris pour calmer les pleurs. La plupart des études décrivent les pleurs dans une perspective quantitative afin d'objectiver des pleurs anormaux ou excessifs, tout en notant la tolérance différentielle des parents. Aucune étude à notre connaissance ne s'attache spécifiquement au vécu, aux difficultés subjectives et aux pratiques des parents face aux pleurs de leur nourrisson. Pourtant, cette compréhension serait utile pour le professionnel de soin afin d'ajuster les pratiques en cohérence avec les besoins de ces parents.

Ainsi, L'objectif de notre étude était de mieux comprendre le vécu, les difficultés subjectives et les différentes pratiques, notamment les recours mis en place par les parents lorsque leur nourrisson pleure. Dans cette perspective, une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de quinze mères.

Trois types d'interprétation des pleurs par les parents ont été retrouvés : soit ces pleurs sont normaux, soit ils sont le témoin d'un trouble, soit ils révèlent un besoin. Les difficultés peuvent être d'interpréter les pleurs, de calmer ou de tolérer ces pleurs. Les recours aux soins ne sont pas en rapport avec l'intensité des difficultés. C'est surtout en fonction de leur interprétation que les parents vont éventuellement solliciter l'avis d'un professionnel de santé. Or les réponses apportées par les professionnels de santé ne seront pas toujours en adéquation avec les difficultés des parents. Certains parents sont démunis et trouvent souvent peu de ressources auprès du système de santé. Certains parents qui vivent des difficultés ne vont pas aborder cette préoccupation avec un professionnel de santé.

Reconnaitre les difficultés auxquelles sont confrontés les parents face aux pleurs de leur nourrisson et être attentif à l'interprétation qu'ils en donnent permettra aux professionnels de santé d'apporter des réponses plus adéquates. Ce travail de recherche incite le médecin à avoir une démarche plus active auprès des parents qui ne vont pas spontanément demander de l'aide. De plus, les parents bénéficieraient d'informations sur les techniques visant à diminuer les pleurs et des explications sur les pleurs.

Mots clés : pleurs du nourrisson, allaitement, colique, rythme, impuissance, difficultés, mésestime de soi.