

Paroles de bébé à l'Hôpital : étude exploratoire

Etudiante

Lara Vionnet

Tuteur

Dr Mario Gehri

Hôpital de l'Enfance – DFME – CHUV - Lausanne

Co-tutrice

Dr Christina Akre

IUMSP – Hôpital de l'Enfance- DFME – CHUV - Lausanne

Expert

Dr Philippe Stephan

Service de Pédopsychiatrie – CHUV – Lausanne

Lausanne, Janvier 2018

Table des matières

Introduction.....	2
Paroles de nourrissons	2
Les pleurs.....	2
Les pleurs dans la littérature	3
L'hôpital et les pleurs	4
La présente étude.....	5
Méthodologie	5
Résultats	7
Gestion des pleurs	7
Le protocole des pleurs :	10
Discussion	12
Gestion des pleurs	12
Le protocole de pleurs.....	14
Limites de l'étude et nouvelles perspectives	16
Conclusion	16
Références bibliographiques	17
Annexes	21
Annexe I.....	21

Introduction

Paroles de nourrissons

La parole d'un nourrisson (du 28^e jour de vie jusqu'à 1 année) peut être difficile à décrypter. Ceux-ci ont peu d'expression verbale, sauf les pleurs et des vocalises. Dans le milieu médical, d'autres signes sont observés, l'ensemble faisant partie de multiples scores ou évaluations de la bonne santé du nourrisson : le tonus, le regard, l'interaction avec l'autre ou encore des signes plus objectifs et mesurés comme la tension artérielle, la température ou le rythme cardiaque. Il est important de noter que dans notre tentative de compréhension des nourrissons interviennent plusieurs de nos sens, sans que nous en soyons complètement conscients. Les parents connaissent bien cela et il est parfois difficile pour eux de savoir objectivement pourquoi ils ont la sensation que leur enfant ne va pas bien, ou qu'il n'est pas comme d'habitude. C'est au quotidien qu'ils apprennent à connaître et à communiquer avec leur bébé. Ils sont alors en général les plus expérimentés dans cette tentative de compréhension. Lorsque les nourrissons sont dans un milieu médical, les soignants doivent à leur tour essayer de comprendre au mieux ces bébés afin d'aider les parents.

Dans le cadre d'une hospitalisation il est donc très important de comprendre les signaux et symptômes que peut manifester un nourrisson. Pour cela il existe plusieurs échelles, utiles dans diverses situations, qui tentent de nous renseigner. Par exemple, pour chercher à prédire le risque d'infection bactérienne grave (IBG) chez un enfant de moins de 2 ans, présentant un état fébrile, il existe le score de McCarthy, également appelé la Yale Observation Scale (YOS)(1). Il en existe d'autres pour l'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né (DAN) (2), utilisée auprès de prématurés et nouveau-nés à termes jusqu'à 3 mois, ainsi qu'une échelle similaire pour la douleur prolongée et/ou l'inconfort du nouveau-né (EDIN) (2).

Les pleurs

Parmi ces paroles de nourrissons, les pleurs sont un des signes d'alarme important concernant le bien-être d'un nourrisson. Comme le fait remarquer Ronald G. Barr (3), bien que les pleurs puissent avoir un aspect d'expérience ordinaire (surtout avec des nourrissons), l'interprétation de leur signification peut rester difficile pour les parents mais également pour les soignants ou encore les chercheurs. Particulièrement chez un nourrisson qui n'a pas d'autre moyen pour exprimer ses différents besoins comme sa faim, sa frustration, une douleur, son besoin d'attention ou un quelconque autre problème. Ces cris et ces pleurs font partie d'une multitude de manifestations, également corporelles, émanant du nourrisson.

Malgré l'aspect parfois homogène des pleurs, plusieurs études(4)(3)(5) parlent de types de pleurs différents selon si le bébé manifeste de la faim, de la colère, de la fatigue etc. Ces différences peuvent être perçues avec l'expérience et la capacité de différenciation fait partie du savoir acquis des parents ou des soignants. Un nourrisson posséderait donc une sorte de langage restreint, mais difficilement déchiffrable pour une oreille novice. Comme le montre cette étude qui compare les pratiques et points de vues de mères primipares et de mères expérimentées face à un nouveau-né en pleurs (6), les mères primipares ont une plus grande tendance à interpréter les pleurs comme un signal d'alarme et à s'en inquiéter. Avec l'expérience elles sont plus calmes et s'en soucient moins rapidement. Selon cette même étude, la confiance grandit et les capacités de consoler leur bébé augmentent non seulement avec le temps mais aussi lorsque ces mères primipares ont une figure maternelle autour d'elles pour les soutenir et les conseiller (grand-mère, amie, etc). Les capacités du « déchiffreur » sont donc une première variante importante dans cette tentative de dialogue et de communication avec un

nourrisson. Les nuances sont difficilement enseignables avec des livres ou de la théorie pure mais elles s'inscrivent au sein d'une multi-sensorialité, tant chez le nourrisson que chez l'adulte en face de lui.

Les pleurs peuvent être une grande source de préoccupation pour les parents. Ils sont souvent un de leurs premiers défis lorsque ceux-ci sortent de la maternité et se retrouvent seuls avec leur nouveau-né à la maison. Les pleurs représentent entre 10 à 20% des consultations chez le pédiatre durant les 4 premiers mois de vie (7) et 13.6% aux urgences (8). Dans une revue systématique cherchant à synthétiser les évidences existantes entre des nourrissons en pleurs et la fatigue maternelle en période postpartum (9), il est rapporté que des problèmes en lien avec la fatigue post partum est reportée par 46-87% des mères. Comme le rappelle Jacky Israël (10), la période néonatale correspond à celle du post-partum de la mère. Lors de cette période, le nouveau-né découvre le monde extérieur et s'y adapte alors que la mère peut affronter des états de fatigue qui peuvent l'empêcher d'être pleinement disponible pour son enfant. Gérer des pleurs sur un tel terrain émotionnel peut être bien difficile pour ces dernières. Plusieurs études ont montré une corrélation entre la fatigue postnatale et la quantité de pleurs ou l'irritabilité des bébés (9) (11). En effet un enfant qui pleure sans arrêt peut provoquer tout un panel d'émotions difficiles pour le parent. Ils peuvent facilement provoquer de la frustration, un sentiment de défaillance dans le rôle parental et déprimer ces derniers (12). Les parents peuvent percevoir leur enfant comme « difficile » et cela peut entraîner des effets négatifs sur le lien et l'attachement entre le nouveau-né et ses parents (13). On comprend bien la possible instauration d'un cercle vicieux entre les pleurs et la fatigue parentale avec des possibles effets adverses, comme la dépression postpartum voire le (rare) syndrome du bébé secoué (9). Il est donc important de trouver une solution afin d'aider ces familles en difficulté et anticiper des conséquences plus sérieuses (maltraitance).

Les pleurs dans la littérature

Dans la littérature, surtout depuis les années 90, ont coexisté plusieurs théories ou interprétations sur l'origine des pleurs, plus spécifiquement sur les pleurs excessifs ou jugés comme tels.

Plusieurs études(14) (15) montrent que les nourrissons présentent une augmentation des pleurs au cours des premières semaines de vie et durant les 3 premiers mois. Ceux-ci augmenteraient les 2-3 premières semaines pour atteindre un sommet vers la 6-8^e semaine pour diminuer à nouveau jusqu'à la 12^e semaine. Cette distribution, d'ordinaire appelée la « courbe normale des pleurs » serait le reflet d'une maturation du système nerveux et donc reflèterait un comportement normal de la part du nourrisson. Les pleurs excessifs (parfois appelés coliques du nourrissons) ont été définis par Wessel (16) en 1954 avec « la règle des trois » : « présence de pleurs ≥ 3 heures/jour, ≥ 3 jours/semaine, ≥ 3 semaines ». Cette définition a depuis été utilisée comme références dans de nombreuses études sur les coliques ou les pleurs des nourrissons. Au sein des cas correspondants à cette définition, les études ont mis en avant qu'une cause organique est trouvée dans seulement 5% des cas (14) (17) (18).

Certains articles mentionnent les pleurs comme moyen pour les nourrissons de libérer des tensions internes ou émotionnelles, généralement en fin de journée(19). Ils feraient partie d'un système de régulation émotionnelle et d'organisation des états face au monde extérieur. Les pleurs peuvent être une forme de refuge ou de rupture par rapport au monde, tout comme un comportement d'endormissement intempestif (12). Selon la théorie de l'attachement (20) (5), les pleurs peuvent être vus comme un comportement-signal qui provoquent des réponses des personnes prenant soin du nourrisson. Dans une étude sur les ressentis négatifs des thérapeutes comme outil sémiologique (21) on part de l'idée que la régulation des émotions du bébé se fait de manière interpersonnelle. Il serait donc surtout question de la capacité des parents à refléter, contenir, interpréter et résoudre les émotions du bébé pour lui permettre de ne pas se désorganiser en cas de détresse. D'autres études

discutent de possibles dysfonctionnements au sein de la dyade mère-enfant pouvant survenir lors d'une dépression post-partum (22), d'une surstimulation ou sous stimulation du bébé ou encore de l'intolérance des parents face aux pleurs de leur enfant (23). Les pleurs, parmi d'autres signes, peuvent aussi être considérés comme un signe de souffrance psychique, s'exprimant par le corps ou comme manifestation psychosomatique(24). On mentionne aussi parfois les pleurs comme une conséquence des caractéristiques intrinsèques du bébé comme par exemple, un bas poids de naissance (25) ou simplement un bébé au caractère « difficile ».

Les étiologies biologiques ont été beaucoup discutées. Une origine gastro-intestinale est souvent citée (8) (26) comme un reflux gastro-œsophagien, une intolérance au lactose ou encore une allergie aux protéines de lait. Mais les opinions sont contrastées et il n'y a que peu d'évidences sous tendant ces étiologies comme causes des pleurs du nourrisson (27).

Actuellement ces visions ne s'opposent plus les unes aux autres. Il s'agirait plus probablement d'un mélange de ces théories/étiologies, en fonction des situations. Selon une étude sur l'origine des croyances des parents à propos des pleurs des nourrissons (28), la signification clinique des pleurs dépend largement de la façon dont le donneur de soins les perçoit et réagit face à ceux-ci. Il importe finalement peu que les pleurs soient excessifs ou seulement perçus comme excessifs, sans pour autant entrer dans la définition de Wessel (16). D'après une étude sur l'impact d'un nourrisson en pleurs sur les relations entre ses parents et lui (13), il faut trouver une solution pour aider le bébé et les parents car la réponse de celui/celle/ ceux qui gardent ou s'occupent du bébé va influencer non seulement les liens au bébé, sa relation d'attachement, mais elle aura d'importantes conséquences sur la façon dont sera considéré le nourrisson en tant que personne ainsi que sur son développement futur.

Depuis la reconnaissance des compétences interactives et sensorielles des nouveau-né dans les années 80, le nourrisson n'est plus considéré comme passif et façonnable par l'adulte. Dès sa naissance, il est considéré comme acteur des relations et il possède un tempérament propre (29). Notre compréhension du bébé s'inscrit dans la relation entre lui et son interlocuteur. Que ce soit les parents ou un tiers. Comme mentionne cette étude sur l'utilisation de l'échelle de Brazelton dans un service de néonatalogie (30), « *Le bébé est un partenaire à part entière qui, si petit soit-il, va collaborer et interagir avec l'environnement humain et matériel ; nous devons apprendre à observer sans à priori autre que de vouloir le comprendre et croire en lui afin de lui fournir les nourritures environnementales dont il a besoin.* ».

L'hôpital et les pleurs

A l'hôpital, l'analyse des pleurs est souvent faite de la manière suivante : lorsqu'un diagnostic somatique est posé (une infection, des douleurs ou une pathologie), on le considère comme source des pleurs. Par contre, il existe des situations d'hospitalisations pour pleurs, en général lorsque qu'aucune cause somatique pouvant expliquer les pleurs n'est objectivée d'emblée par le pédiatre ou lors d'une consultation aux urgences. Il arrive alors que l'on souhaite garder le nourrisson en observation, dans le but d'écarter une cause somatique tout en observant la fréquence des pleurs ou une corrélation de ceux-ci avec d'autres signes ou comportements. La relation « parents- bébés » est alors également observée et questionnée. Dans ces cas, à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL), on utilise le protocole de pleurs (annexe I). Celui-ci se présente sous forme de tableau permettant de reporter les événements au cours d'une journée (sommeil, éveil, repas, pleurs, présence, portage etc).

Un précédent travail de Master en médecine à l'Université de Lausanne (FMB) s'est penché sur les caractéristiques des enfants et des mères dans le cadre d'une hospitalisation de l'enfant pour pleurs jugés excessifs (31). De multiples études ont déjà exploré le vécu des mères (32), les conséquences de pleurs excessifs sur les relations intra familiales(33) (13), ou encore sur le lien des pleurs avec la fatigue

maternelle ou même la dépression des mères (34). J'ai donc voulu m'intéresser à l'autre point de vue de ces hospitalisations qui comprend les soignants, le protocole de pleurs et les processus de prise en charge en place autour de ces nourrissons et leurs parents.

La présente étude

Le protocole des pleurs a servi de base de départ dans mon étude pour observer de quelle manière l'hôpital tente de comprendre et répondre adéquatement à des pleurs de nourrisson, en évaluant son apport dans le décodage de la parole des nourrissons et son utilisation par les soignants.

J'ai décidé de donner la parole aux soignants car comme l'explique une étude sur les soignantes et leur vécu au sein de la triade avec les parents et le bébé (35), leur expérience est également « *une matière première de valeur inestimable et irremplaçable ; quand elles [ici les infirmières] peuvent en faire part, l'écoute de leur expérience autorise un rapprochement indispensable entre pratique et théorie* ». Le personnel soignant joue un rôle très important au cours de ces hospitalisations puisqu'il accueille les parents, discute, « récupère » le bébé pour donner au parents le temps de se reposer et de poser le problème, car comme nous allons le voir, il y a souvent une grande part d'épuisement ou d'angoisse parentale qui apparaît. Ces soignants sont soumis aux exigences professionnelles, aux tensions pouvant émaner du bébé et de ses parents ainsi qu'à leurs propres émotions. Ainsi la capacité de décodage et de compréhension des soignants est centrale et leur rôle est d'autant plus important. Ils se retrouvent face à des parents qui ont épuisé leurs ressources, momentanément du moins, pour comprendre leur enfant.

Peu d'études ont abordé la problématique des pleurs du point de vue du soignant. Jusqu'à maintenant, les études qui l'ont fait se sont penchées sur la place des soignants et leur vécu dans les services de néonatalogie, avec des prématurés (36) ou dans les services de soins intensifs. En revanche, rien n'a été fait sur le point de vue des soignants dans des cas d'hospitalisations de nourrissons apparemment en bonne santé depuis la naissance, pour pleurs excessifs ou épuisement parental. Je vais donc m'intéresser à comprendre comment les soignants font pour comprendre ces nourrissons ainsi que leurs parents. Je vais explorer quelles sont leurs ressources pour comprendre et répondre à ces problématiques.

Questions de recherche

- ▶ Comment les soignants gèrent-ils émotionnellement et concrètement des nourrissons en pleurs dans leur pratique quotidienne ?
- ▶ Quel est le rôle du protocole des pleurs dans la gestion des nourrissons hospitalisés pour pleurs et comment les soignants l'utilisent-ils ?

Méthodologie

Cette étude est une étude observationnelle et exploratoire, utilisant une méthode qualitative. Les questions abordées avec les participants sont de l'ordre du ressenti, il n'est donc pas utile de quantifier ces résultats. J'ai utilisé 3 méthodes qualitatives différentes :

1. L'observation participative :
 - a. A l'hôpital, à l'étage des hospitalisations
 - b. Des soignants (médecins, équipe infirmière, physiothérapeutes, etc)
 - c. Des patients, dans leurs interactions avec les soignants
2. Des entretiens avec les soignants
 - a. Informels (N : 12)

- b. Semi-directifs (N : 14)
- 3. La lecture rétrospective de dossiers et des lettres de sortie (N : 15)
 - a. Critère d'inclusion : hospitalisation pour pleurs/ utilisation du protocole des pleurs

Je suis restée à l'hôpital de l'Enfance (HEL), à l'étage des hospitalisations, pour une période d'un mois en septembre 2016 durant lequel mes observations se sont concentrées sur l'utilisation du protocole des pleurs. Le protocole des pleurs est un tableau, sur une feuille A4 où figure un diagramme des heures de la journée avec un espace dans lequel les soignants peuvent indiquer, à l'aide d'un code de couleurs et de signes, si le nourrisson dort, s'il est éveillé, s'il pleure, si les parents sont présents ou encore les moments des repas ainsi que tout autre évènement important. Ce tableau est rempli par les infirmiers/ères ou ASSC et il est conservé dans le dossier du patient.

J'ai observé les soins, des rencontres entre soignants et parents et des discussions entre soignants. J'ai pris des notes et effectué des entretiens informels avec les soignants à propos de cas de protocole des pleurs observés, selon leur temps à disposition. Par la suite j'y suis allée sur appel à 2 reprises lorsqu'un protocole de pleurs était mis en place. J'ai donc vu 3 cas de protocoles de pleurs. J'y suis ensuite retournée librement, en dehors de ces hospitalisations pour effectuer des entretiens semi-directifs avec les soignants et je me suis intéressée plus globalement à la gestion des pleurs dans leur pratique professionnelle.

Les participants à l'étude sont les soignants de l'HEL ; les infirmiers/ères, les aides-soignants/es, les médecins assistant/es et chefs/chefes de clinique, une physiothérapeute, une éducatrice, ceux-ci étant les principaux acteurs dans les hospitalisations des bébés pour pleurs excessifs ou jugés excessifs par les parents. Le recrutement des participants pour les entretiens s'est fait de manière opportuniste lors de mes passages à l'HEL. J'ai essayé de varier l'échantillon des participants en interrogeant des hommes et des femmes, d'âges et d'expériences professionnelles différentes ainsi que de corps de métiers différents.

Parmi les participants, il y a 5 infirmier/ères, 2 assistants/es en soins et santé communautaire (ASSC), 5 médecins, 1 éducatrice de liaison entre l'Hôpital de l'Enfance (HEL) et le Centre d'Interventions Thérapeutiques pour l'Enfant (CITE), 1 physiothérapeute.

Type d'entretien	Médecins	Infirmiers/ASSC	Autres
Semi-directif	5	7	2
Informel	3	7	2

Dans la présentation de mes résultats, j'ai décidé de regrouper tous les niveaux hiérarchiques des médecins sous la même dénomination « Médecin 1/2/3... » ainsi que de regrouper les infirmiers/ères et aides-soignants/tes sous « Inf 1/2/3... » ainsi que sous le terme d' « équipe infirmière » dans le texte. Finalement j'utilise « les soignants » pour désigner les médecins et l'équipe infirmière réunis. Ceci par souci de simplification et d'anonymisation. Leur âge ou sexe n'apparaît également pas, car ces caractéristiques ne font pas partie de mon analyse.

Suite aux premières observations et quelques entretiens informels qui m'ont permis de cerner certaines des problématiques autour de ces hospitalisations pour pleurs et le travail des soignants, j'ai mis en place une liste de thématiques que je souhaitais aborder avec les soignants lors des entretiens semi-directifs.

Les thématiques principales abordées lors des entretiens semi-directifs avec les soignants sont les suivantes :

- L'utilisation du protocole de pleurs :
 - o Questions aux médecins : dans quelles situations mettez-vous en place le protocole des pleurs ? Comment procédez-vous pour décider de la prise en charge à proposer ?
 - o Questions à l'équipe infirmière : comment et quand remplissez-vous le protocole ? Avec qui le partagez-vous ?
 - o Dans quelle mesure vous appuyez-vous sur le protocole pendant ces hospitalisations pour pleurs ? En quoi vous est-il utile dans votre travail ?
- Gestion (émotionnelle, professionnelle, idéale) des pleurs de nourrissons dans leur travail :
 - o Comment vous sentez-vous face à un nourrisson en pleurs, inconsolable, lorsque vous devez effectuer un soin ou un entretien avec les parents ? Comment percevez-vous le rôle des parents dans des moments comme cela ?
 - o Comment s'organise-t-on dans une journée de travail lorsqu'un nourrisson pleure beaucoup dans le service ? Quelle influence cela a-t-il sur vous ? Sur votre travail ?
 - o Comment faites-vous pour consoler ces bébés ?

Les thématiques abordées ont parfois été abordées différemment entre les médecins et l'équipe infirmière de par leur rôle différent au cours d'une hospitalisation et face au nourrisson.

Analyse de données : elle s'est basée sur les notes prises lors des observations et des entretiens. Aucun entretien n'a été enregistré. Les entretiens se sont faits jusqu'à saturation des données. Les informations ont été catégorisées par thématiques, abordées de ma part ou évoquées spontanément par les participants et organisées en deux chapitres : le premier traitant de la gestion émotionnelle et pratique des pleurs en général par les soignants, le deuxième chapitre se concentrant sur l'utilisation du protocole lors des hospitalisations pour pleurs. Une ou deux citations ont été choisies pour illustrer chaque thème.

Résultats

Gestion des pleurs

Lors de mes premières observations et lors des entretiens qui ont suivi, j'ai pu noter une différence quant à la répartition des rôles entre les médecins et l'équipe infirmière. Les médecins se retrouvent face à des pleurs lors d'une consultation aux urgences ou d'une visite en chambre à l'étage des hospitalisations. Ces contacts sont plus ponctuels que ceux d'un/e infirmier/ère qui s'occupe d'un nourrisson pleureur tout au long de la journée. Les médecins ont principalement évoqué l'analyse qu'ils font des pleurs et leur choix de prise en charge en fonction de cette dernière. Ils ont moins souvent besoin de solutionner des pleurs prolongés contrairement aux infirmier/ère et aides-soignants. Ces derniers ont davantage abordé leur stratégie pour consoler les nourrissons et leur gestion émotionnelle de ces situations.

En général, les soignants reconnaissent **les pleurs comme l'unique moyen de communiquer** pour ces nourrissons. Pour eux, il est dans leur « droit » de le faire et il est nécessaire de le prendre en compte dans les soins.

« Ils doivent pouvoir pleurer, mais pas n'importe comment ou n'importe quand...(…) un bébé c'est sans défense, c'est son seul moyen de dire les choses. (...) il y a une différence entre un adolescent et un bébé. Avec un ado, si je suis fatiguée j'aurai peut-être moins de tolérance. Avec un bébé, on n'a pas d'autre moyen que d'avoir de la tolérance. » - Inf 5

« ...Les pleurs spécifiquement ça ne me stresse pas, c'est comme un moyen de communication. (...) il fait pas exprès, ça m'énerve pas. » Médecin 2

Lorsque j'ai demandé aux soignants de me décrire ce qu'ils ressentent face à un bébé en pleurs, tous décrivent à leur manière de **l'empathie**, une envie de s'occuper de l'enfant et de l'aider à trouver une solution.

« Des pleurs ça me donne envie de m'en occuper, de trouver une solution. Je vais regarder s'il a mal au ventre, s'il a besoin d'une présence. Ça me stimule dans mon travail. Il faut que je trouve ce qui ne va pas. Ensuite s'il continue de pleurer il y a une double pression : celle mise par l'enfant mais celle aussi des parents parfois qui attendent qu'on trouve, qu'on soigne qu'on s'en occupe. (...) C'est viscéral, quand tu entends pleurer tu as envie de répondre au mieux, il y a une douleur, qu'elle soit mentale ou physique. » - Inf 1

Lié à cette empathie est ressortie à plusieurs reprises une notion de « travail bien fait » ou de **conscience professionnelle**. Qu'elle soit par rapport à soi-même ou face aux collègues :

« Je peux accepter les pleurs un moment. Si c'est mon patient, je vais voir. Si c'est pas mon patient je me dis, il y en a un dans la détresse et je vais chercher qui s'en occupe, voir si il y a besoin d'aide. C'est ma conscience professionnelle et humaine. (...) Il y a pleurs et pleurs. Pour s'endormir, ok mais si c'est de l'inconfort ou de la douleur non. Il faut que je voie ce que je peux faire pour lui. » – Inf 5

« Au moment de la remise, si on remet aux collègues un bébé qui pleure, on a l'impression de ne pas avoir fait son travail comme il faut. » - Inf 4

Une bonne partie des soignants décrit également des **émotions négatives**, comme de l'agacement, de l'énervement ou encore de la frustration, qui peuvent survenir en fonction de plusieurs variables : la fatigue personnelle, la charge de travail ou l'humeur.

« Je ne gère pas la même chose selon la fatigue. C'est pas la même chose à J1 qu'à J7. A J7 je soupire en sortant, c'est fatiguant. Je peux prendre plus de temps (à effectuer la consultation) si je suis fatiguée et je le calme moins facilement. » – Médecin 3

Certains notent les effets de cette fatigue ou de leur agacement sur leur travail et la manière dont ils répondent au nourrisson :

« Ça dépend du moment de la journée, si c'est au milieu de la nuit ça peut être agaçant, on peut dire ça. On peut même devenir limite agressif dans nos gestes, ou nerveux. Je le sens que je suis trop sec...Mais ça tu le sens directement, alors on passe le relais ou on sort un moment. Faut savoir couper court. (...) ça peut aussi avoir des répercussions sur notre temps. Quand on a passé une heure à essayer de calmer un bébé, c'est stressant pour les autres choses qu'on a à faire. » – Inf 3

Comme évoqué dans cette précédente citation, une part de **stress** peut apparaître. Il peut venir des parents et de leurs inquiétudes, de leurs attentes, ou encore par communication du stress ambiant. Il

peut aussi venir du soignant, se mettant lui-même sous pression de bien faire son travail et de réussir à calmer le nourrisson.

« Avec les parents angoissés, on ressent l'angoisse parentale derrière nous. Ça, ça peut me stresser. Mais le bébé lui-même, non. » - Médecin 2

Les soignants sont habitués à faire face aux nourrissons en pleurs. Que ce soit pendant une consultation aux urgences ou pendant l'hospitalisation d'un bébé. Ils comprennent certains parents qui peuvent se sentir débordés ou épuisés. La difficulté des parents ainsi que leur besoin d'aide est reconnu par les soignants. Eux-mêmes reconnaissent les limitations qu'ils peuvent ressentir dans leur tentative de consoler l'enfant.

« Quand c'est non-stop c'est agressant. (...) Tu peux comprendre un parent qui est à la maison avec ça ou un bébé secoué...ça excuse pas mais tu peux comprendre un peu. » - Inf 3

« ...Quand ils pleurent, je les porte un peu, je les berce...quand vraiment il pleure, on se le passe, on le laisse un moment pleurer...longtemps on tient pas et on comprend très bien les mamans des fois. » - Inf 4

« On entend beaucoup de pleurs différents. Des fois c'est insupportable, on se dit que si c'est comme ça à la maison, ça doit être horrible. » – Médecin 5

La position des soignants est cependant très différente de celle des parents. Ils rentrent à la maison, ce n'est pas leur enfant. Leur position de professionnel leur permet un plus grand recul, une certaine distance émotionnelle et une meilleure résistance face aux pleurs.

« C'est pas nos bébés. On peut repartir c'est l'avantage. Avec mes bébés je ressens pas la même impuissance. A l'hôpital je vais jamais ressentir ça comme avec mes enfants » – Inf 5

Evidemment leur but n'est pas non plus le même que celui des parents puisqu'ils ont un rôle médical à remplir.

« Des pleurs du nourrisson on voit souvent. Mais la perception soignants ou parents doit être très différente dans ces situations-là. Nous on apporte un côté objectif je pense...on a de la peine à saisir ce que ça représente pour les parents. (...) On comprend qu'ils consultent, que ça les inquiète. » – Médecin 5

Un aspect ressortant des entretiens est celui du rôle de **l'expérience** : certains expriment clairement une sensation de manque d'expérience, dû à leur parcours professionnel ou personnel.

« Moi je suis un novice, ça viendra peut-être avec l'expérience. Je demande aux infirmières ou elles viennent nous dire facilement. Moi je remarque pas les petites finesses. » - Médecin 2

« Avec l'expérience on relativise, on sait mieux quoi dire aux parents, on connaît mieux les gestes rassurants. En observant les collègues, les mamans. Chez elles on a beau dire, il y a des choses qui sont instinctives. » - Inf 3

J'ai également voulu explorer comment les soignants procédaient pratiquement face à des pleurs difficilement consolables. Le sujet a surtout été abordé avec les infirmier/ères et ASSC car ce sont eux qui sont chargés de s'en occuper, contrairement aux médecins qui interviennent ponctuellement.

La **séquence de prise en charge** est similaire chez toute l'équipe infirmière. Avant tout, ils cherchent à exclure un problème somatique. Une fois exclu, les soignants utilisent ce qu'ils appellent « le nursing de base », ce qui consiste à vérifier si le nourrisson a faim, s'il doit être changé ou encore le porter

quelques instants par exemple. Si ces soins ne suffisent pas à calmer le nourrisson, les soignants mettent en place leurs stratégies personnelles. J'entends par là ces « trucs » que chacun essaie comme des tisanes, des positionnements etc.

« Quand on a épuisé les stratégies médicales; au début on va plutôt revendiquer vers les médecins, écoute ça va pas, il a encore mal. Ou si c'est pas ça...on fait ce qu'on peut. On va essayer de mettre du froid, du chaud, des tisanes....on essaie...selon les formations des uns et des autres. Et comme protection si on n'en peut plus, on passe le relais, on redemande un avis médical ou en on discute pour trouver une solution. » – Inf 1

« Avec le temps on prend de la bouteille, on a plus de connaissances. Les techniques calmantes ou les bienfaits des pleurs pour les bébé. On apprend ça avec les collègues mais aussi avec notre ressenti. » - Inf 4

Finalement il arrive bien sûr que l'angoisse parentale ajoute une pression sur les soignants mais les parents sont plus souvent perçus comme une ressource de plus, que ce soit pendant une consultation, un examen clinique ou de manière plus globale pour comprendre la situation. Les observations ou même les stratégies des parents sont mises en valeur et utilisées comme soutien pour les soignants.

Une deuxième ressource que tous les soignants mentionnent est leurs collègues de travail. Ils relèvent la facilité qu'ils ont à partager les difficultés qu'ils peuvent rencontrer en s'occupant d'un nourrisson en pleurs, le soutien reçu et l'absence de jugement au sein de l'équipe.

Le protocole des pleurs

A l'HEL, le protocole des pleurs est mis en place automatiquement lors des hospitalisations avec pour motif des pleurs excessif ou jugés excessifs par les parents. Dans d'autres situations, comme un épuisement maternel, qui finalement est régulièrement en lien avec une plainte de pleurs excessifs, le médecin en charge peut décider de sa mise en place. Selon certaines infirmières, si elles jugent que le protocole pourrait être utile, elles sont libres d'en faire part au médecin et de le mettre en place. J'ai pu observer trois situations d'hospitalisation avec le protocole des pleurs lors desquelles j'ai eu l'occasion de discuter avec les soignants s'en occupant, d'assister aux entretiens entre les parents et les médecins, avec les pédopsychiatres ou en séance de physiothérapie. Deux constats se sont rapidement présentés.

- 1) Le premier constat concerne l'utilisation concrète du protocole de pleurs qui varie beaucoup selon les soignants. Les médecins le lisent et le regardent selon leur préférence. Certains se contentent de sa transmission orale par l'équipe infirmière et certains le consultent visuellement. Son utilisation n'est pas homogène. Concernant les infirmiers/ères, certain/e/s le partagent avec les parents, selon leurs habitudes propres. Généralement, les soignants en discutent entre eux au cours des premiers jours d'hospitalisation.

« Je reprends le protocole avec les parents 2 à 3 fois par jours pour compléter ou confirmer ce qui s'est passé quand je n'étais pas là. Je le leur montre des fois, quand j'ai l'impression que ça pourrait aider les parents, lorsque qu'ils sont très angoissés ou très fatigués. » - Inf 7

- 2) Le deuxième constat est que dans une majorité des cas, le nourrisson est en bonne santé et il ne pleure pas ou très peu lors de ces hospitalisations. Pour essayer de confirmer cette observation et les dires des soignants, j'ai étudié rétrospectivement **les lettres de sortie** d'une quinzaine de cas d'hospitalisations durant lesquelles ont été mis en place des protocoles de pleurs. Dix cas mentionnaient dans la liste des diagnostics ou dans la discussion un « épuisement parental ou maternel », le besoin d'une décharge et/ou des « pleurs physiologiques ». Il y avait deux cas de

sous alimentations, deux cas de coliques ou inconfort digestif avec constipation et finalement un cas de fissure anale. Dans une majorité des cas les nourrissons ne pleurent pas excessivement, du moins pas une fois à l'hôpital et cela surprend souvent les parents. Ce fut le cas des 3 nourrissons que j'ai vus et d'après les soignants, il en est ainsi en général. On constate beaucoup de ces cas lors desquels il est question de ce cercle vicieux entre la fatigue parentale et les pleurs du nourrisson en bonne santé.

« Souvent les parents sont à bout. La maman se sent incompétente, elle a des doutes sur son rôle de maman. Et les papas savent pas s'y prendre pour aider. » -Educatrice au CITE

D'ordinaire, l'enfant est hospitalisé pour une durée exacte non définie, l'idée étant de laisser le temps aux parents de se reposer et de se sentir prêts à rentrer avec leur enfant à domicile. Ils sont encouragés à laisser leur enfant une ou plusieurs nuits s'ils ressentent le besoin de se reposer. Il arrive que les parents le fassent une nuit mais cette séparation s'avère souvent difficile et un parent dort ensuite à l'hôpital. Par la suite, un entretien avec le pédopsychiatre est fréquemment proposé lorsqu'une problématique d'épuisement parental survient. Si cela ne convient pas aux parents, on peut être amené à proposer par exemple un rendez-vous en physiothérapie, le passage d'une infirmière de la petite enfance à domicile ou encore un rendez-vous avec des éducateurs de liaison au CITE (Centre d'Interventions Thérapeutiques pour Enfants). La solution proposée ou adoptée varie dans chaque cas mais elle est trouvée en fonction des besoins exprimés par la mère ou les parents.

« Il faut chercher quelles ressources existent déjà. Selon, on peut s'appuyer là-dessus chez ces parents pour les sortir de là. (...) Ensuite il y a une part de feeling de la situation du patient. Si c'est des gens qui ont besoin de concret, de quelque chose de manuel, c'est peut-être plutôt le physiothérapeute qui leur faudra. » - Médecin 5

Lors de ces hospitalisations, les différents professionnels remplissent des rôles différents. Plus spécifiquement dans un protocole de pleurs, les médecins et l'équipe infirmière apportent des aspects très différents aux parents et leur nourrisson. Comme nous l'avons vu dans la séquence de soins d'un nourrisson en pleurs, l'idée première est d'exclure un problème somatique. Cette tâche incombe aux médecins qui sont présents au début de la prise en charge pour l'exclusion de toute pathologie grave, d'un quelconque trouble somatique comme par exemple un trouble de la digestion, un reflux ou la détection d'une douleur physique. Cela a l'effet premier de soulager les parents face à une éventuelle urgence qu'ils auraient perçue.

« On est le garde-fou, on doit savoir s'il y a une raison médicale, un problème organique. Si c'est bon, on fait quoi de ces pleurs ? : c'est là que l'équipe infirmière est très utile. Elle a plus de compétences. Nous (les médecins) on est là surtout pour rassurer les parents. » – Médecin 5

Par la suite, tous les professionnels sont là pour discuter, faire part de leur ressenti et tenter de comprendre la situation globale et ses enjeux.

« La collaboration des infirmières est indispensable. Eux ils sont plus dans le ressenti. Après, souvent ça se corrèle bien entre leur ressenti et le nôtre quand on a vu les patients. C'est rare qu'une infirmière nous dise « je le sens pas » et que quand on y va nous, ce soit l'opposé. » – Médecin 1

Parallèlement à ce processus, l'équipe infirmière est là pour les soins quotidiens ; le « nursing de base ». Ils sont habituellement très en contact avec le nourrisson, les parents ou d'autres membres de la famille. Ils discutent passablement des divers soucis ou remarques des parents qui sont aussi

généralement demandeurs de conseils. Ils posent des questions sur les soins quotidiens, sur le développement de l'enfant, etc. Peut avoir lieu alors un partage de « trucs » et d'astuces (portage en écharpe, emmaillotage, tisanes etc) pour aider les parents et les remettre en confiance.

Le protocole lui-même remplit différents rôles. Selon son exploitation par les soignants, il peut être le troisième pilier de la prise en charge de l'enfant et ses parents. Au fil de mes observations et des entretiens, j'ai identifié trois rôles que peut jouer ce protocole.

- 1) Le premier rôle est celui **d'outil diagnostique** ou d'exclusion de diagnostic, dans les cas (rares) où les pleurs seraient en lien par exemple avec l'alimentation ou toute autre manifestation physique.

« Même lorsque parfois on sait déjà que par exemple c'est un souci avec son alimentation ou un épuisement maternel, je mets le protocole. Mais quand tu ne sais pas ce que c'est, ça aide...comme outil diagnostique à mon avis. Est-ce que c'est cyclique ou surtout le soir par exemple. » – Médecin 3

- 2) Une deuxième utilisation est celle **d'outil d'objectivation**. Ceci pour les soignants (les pleurs sont-ils réellement excessifs, ont-ils un rythme, sont-ils en relation avec les repas, etc) et pour les parents (mon bébé est surveillé, les soignants vont pouvoir constater d'eux-mêmes). Lorsqu'il est enseigné ou expliqué aux parents, cela permet de les rassurer sur le travail que les soignants effectuent et de voir concrètement que leur enfant ne pleure pas trop, comme c'est souvent le cas. Il est un des supports que les soignants utilisent initialement pour cerner la situation et comparer la vision des parents avec la réalité.

« On le regarde à la visite, c'est utile pour avoir une vue d'ensemble, pour confronter les parents parfois. Il est utile aussi avec le contexte autour, en échangeant quelques mots avec les parents par exemple. Mais au final, on l'utilise pas longtemps en général, c'est pour le départ, pour poser les choses. » - Médecin 5

- 3) Un autre rôle important, principalement pour l'équipe soignante, est celui **d'outil de transmission**. Ces derniers s'appuient sur le protocole et les notes inscrites pour passer les informations entre collègues ou lors du passage de l'équipe jour/nuit.

« Ça évite que certaines informations se perdent ou se modifient lors des transmissions aux médecins, aux infirmiers » - Inf 3

- 4) Finalement, le protocole peut être un **outil de liaison entre les parents et les soignants**. Lorsqu'il est montré aux parents, il permet parfois à l'équipe soignante d'entrer en relation avec les parents d'une autre manière. En rassurant ces derniers de la bonne prise en charge de leur bébé, le protocole peut permettre d'ouvrir la discussion entre soignants et parents et laisser émerger d'autres problématiques qui n'avaient pas été exprimées d'emblée.

Discussion

Gestion des pleurs

Les pleurs des nourrissons ont été étudiés, généralement quant à l'effet émotionnel ainsi que la réaction qu'ils provoquent chez les parents (34) ou des jeunes adultes sans enfants (37). Selon caractère de la personne (évaluée par des tests de personnalité) et ses croyances à propos de l'origine des pleurs, le parent ou celui qui s'occupe du nourrisson, répondra et consolera plus ou moins rapidement l'enfant (38) (28) (21). De plus, face à un bébé en pleurs, plusieurs études ont mis en évidence les différentes émotions provoquées chez l'adulte, que ce soit la mère ou un tiers. Ces

émotions font partie d'un spectre qui passe de l'empathie, à la frustration et allant jusqu'à l'angoisse (39) (40). Ils ont également tenté de quantifier la frustration engendrée par différents types de pleurs, de longueurs différentes (38) (39) (41). Sans surprise, le plus difficile à supporter sont des pleurs qui durent longtemps, qui ne sont pas consolables et qui sont inexplicables. Cela provoque principalement de la frustration voire même de la culpabilité chez les parents. Dans une étude sur la réponse de jeunes adultes aux pleurs de nourrissons (37), deux versants émotionnels et deux manières de répondre à un nourrisson en détresse sont mises en avant dans leurs résultats : la première réponse, orientée vers le nourrisson, montrant de l'empathie et provoquant une réponse rapide. La deuxième montrant de l'agacement, de la colère, et en conséquence, provoquant une réponse plus tardive et orientée vers l'adulte. Ces deux types de réactions peuvent s'expliquer grâce à une autre étude s'intéressant aux croyances quant à l'origine des pleurs de 87 couples de parents (28) : des adultes pensant que l'enfant pleure intentionnellement et qu'il les manipule laisseraient pleurer le nourrisson plus longtemps avant de le porter. Ces études s'orientent davantage vers la compréhension des parents et/ou futures parents ainsi que la prévention d'évènements négatifs dans ces familles. Du reste, de nombreux articles prouvent l'utilité d'approches éducationnelles chez les parents, sur l'origine des pleurs (42) (43) (44) ou sur les compétences de leur nouveau-né (29) (12) afin de remettre ces derniers en lien avec leur enfant, en améliorer sa compréhension et prévenir toute maltraitance ou effets négatifs sur le développement de l'enfant.

Dans mon étude le questionnement concernant la réponse émotionnelle face aux pleurs était adressé aux soignants. De par leur profession de soignant, on peut supposer évident qu'ils présentent une réponse orientée vers le bébé/patient. Cela fait partie de leur rôle que de répondre à la demande d'une personne dans le besoin. L'empathie et le soin font partie intégrante de leur métier, d'où aussi cette idée de conscience professionnelle et de travail bien fait apparue dans mes résultats. De plus, en pédiatrie, le climat affectif y est particulier par rapport à d'autres services adultes. La relation aux enfants autorise une tendre familiarité ainsi que l'expression d'une certaine affection (45).

Quant aux émotions négatives ressenties tout de même parfois par certains soignants, on peut les classer dans deux catégories différentes selon cette étude sur les ressentis négatifs des thérapeutes dans le milieu pédiatrique (21) : certaines émotions négatives s'installent dans un processus d'empathie avec le patient : la pression de trouver ce qui ne va pas et la pression de bien faire son travail. La deuxième catégorie d'émotions négatives serait celle qui met en difficulté la fonction de soignant, qui va empêcher de « prendre soin » comme par exemple la fatigue ou la charge de travail trop importante (21). Les soignants doivent alors trouver un moyen de faire la part des choses et limiter l'impact de ces émotions négatives qui diminueraient leur capacité à répondre à la demande du nourrisson (et ses parents) en détresse. Dans le cas des hospitalisations pour pleurs, à l'HEL, les soignants ont majoritairement exprimé les ressources qu'ils avaient, comme par exemple les collègues ou même les parents, qui empêchent les pleurs les déborder et d'avoir des effets négatifs dans leur pratique professionnelle.

De plus, face aux pleurs, les soignants ne sont pas dans la même position que les parents qui ont passé plusieurs jours voire semaines avec leur enfant sans réussir à solutionner sa détresse et la leur. Ils sont peut-être déjà allés voir le pédiatre à plusieurs reprises et se retrouvent dans l'impossibilité d'être objectif, de par leur fatigue, leur vulnérabilité et leur impuissance. Selon Myriam David (pédopsychiatre) (35), les soins maternels et les soins professionnels « soignants » diffèrent profondément. Que ce soit par leur nature mais également par leurs objectifs. Elle explique que la relation maternelle est continue (en général), elle est un système interactif spécifique à chaque couple mère-enfant. La relation du soignant avec le nourrisson est avant tout multiple puisque différents professionnels se relaient. Elle est donc provisoire, basée sur le moment présent. Ces différences

mettent en perspective la force de l'équipe soignante qui peut être alors un vrai soutien pour les parents. Inversément, les parents sont également un soutien pour les soignants dans leur tentative de compréhension du nourrisson. En somme, le soignant s'allie avec le/s parent/s comme partenaires de soin. Ce « couple » est réuni dans une attention commune vers l'enfant, dans la volonté de trouver une solution et aider le nourrisson.

La notion de multi-sensorialité qui nous permet de communiquer avec des nourrissons est un aspect marquant qui est ressorti des entretiens à propos de la gestion pratique d'un nourrisson en pleurs. Les soignants mettent en place un mélange de pratiques professionnelles émergeant du savoir « scientifique » (les mesures, les statistiques) et de pratiques personnelles, sensorielles ou habiletés « skills ». J'entends par là ces « trucs » ou astuces que les soignants utilisent pour consoler un nourrisson difficile à calmer. Les professionnels ont souvent eu de la difficulté à identifier l'origine de ces savoirs. Ils sont un mélange de pratiques locales et de pratiques personnelles, selon l'intuition, les interactions sensorielles, tactiles ou visuelles (46). Une multitude de signes sont perçus, consciemment ou non, par l'observateur, d'où l'importance de cette dimension sensorielle de la communication avec un bébé, dimension qui se traduit par des sensations corporelles ou émotionnelles (12) (46).

Ces pratiques sont également importantes dans la relation avec les parents. « *Malgré de grandes connaissances scientifiques d'une bonne partie de la population, cela n'empêche pas que chaque parent ait une conception personnelle, basée sur la combinaison d'éléments hérités du savoir de leurs mère et grand-mères, des livres de puériculture, et de leurs expériences propres. (...) La communication entre les mères et les pédiatres est souvent distordue par la présence dans l'esprit de chacun de ce qui lui semble des évidences, et qui n'en est pas pour l'autre* » (47).

Le protocole de pleurs

Un protocole de soins peut se définir comme suit : *Un protocole de soins est un document médical attestant d'une bonne pratique d'un acte médical ou paramédical, selon une bibliographie, une expérience clinique partagée, ou encore des recommandations d'un consensus de professionnels (wikipédia)*. Il est un descriptif des techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration d'un soin. Son but est de devenir un outil de référence pour rassembler les soignants dans un dispositif commun garantissant la continuité des soins au patient même dans le cas de changement d'équipe ou de service. Il pourrait même fournir de l'assurance ainsi qu'un contrepoids émotionnel voire même organisationnel contre les risques objectifs et subjectifs de l'activité concernée (45).

Lors de mon mois d'observation j'ai compris que le protocole des pleurs de l'HEL est davantage un outil d'observation qu'un protocole à proprement parler. Il ne fournit en soi pas de ligne de conduite à tenir. Dans ce sens également, il n'y a pas grand-chose de protocolé dans l'utilisation qu'en font les soignants. Ce document est un outil à usages multiples et son rôle est modulable en fonction des situations et surtout selon ses utilisateurs. Tant d'après les soignants qu'au travers de mes observations, nous pouvons affirmer qu'il ne possède pas cette idée de maîtriser des actes médicaux et les émotions de ceux qui l'utilisent.

Il possède cependant un potentiel important lors de la prise en charge de ces hospitalisations pour pleurs car il peut prendre le rôle d'un dispositif de co-attention entre les soignants et les parents et permettre un climat de confiance et d'écoute des préoccupations des parents. Il peut être une aide à l'alliance de soins avec la famille, un moyen de rencontre et de liaison entre les parents, les soignants et le bébé. Lorsque les parents se présentent pour des pleurs excessifs, ils ont cette idée qu'ils consultent pour un problème qui ne les concerne pas directement. C'est l'enfant qui est au centre de leurs préoccupations et non eux-mêmes. Ils sont parfois sujets de souffrance mais la demande d'aide

n'est pas directement pour eux, elle est pour leur nourrisson (48). Il est donc très important de marquer auprès des parents l'attention dirigée avant tout sur leur enfant avant de pouvoir, lorsque c'est le cas, leur proposer une aide dirigée vers leur parentalité.

Dans la littérature, il existe deux principaux outils utilisés de manière similaire au protocole des pleurs comme outil d'observation ou comme dispositif de co-attention. Ronald G. Barr a déjà utilisé un document, ressemblant au protocole des pleurs : le « Baby's Day Diary » (49). Il apparaît fréquemment dans plusieurs de ses études depuis la fin des années 80. Cet agenda était d'abord une aide pour définir si des pleurs étaient des coliques ou une simple agitation. Il a été utilisé aussi pour observer le comportement des « *caregivers* » en charge du nourrisson ou encore pour corrélérer le type de pleurs et la quantité de frustration engendrée chez le parent qui s'en occupait (40). Le deuxième exemple d'outil similaire au protocole des pleurs est l'échelle d'évaluation du développement du nouveau-né (NBAS) de Brazelton (12). Cette dernière est utilisée pour faire découvrir aux parents les capacités et la personnalité de leur bébé. Les travaux autour de cette échelle mettent en avant notamment l'impact positif des approches éducationnelles sur la relation entre les parents et leur nourrisson. Cette échelle et l'approche de Brazelton face aux nourrissons met en perspectives, d'après moi, le potentiel du protocole des pleurs à être utilisé dans ce même sens, voire même une amélioration de ce dernier en incluant d'avantage de paramètres observables. Ceci dans le but de pouvoir partager les observations avec les parents et soutenir leur relation avec leur bébé.

En plus du protocole, les soignants, particulièrement les infirmiers, ont un vrai rôle de tiers observateurs dans ces situations. L'équipe infirmière est en « première ligne » la majorité du temps. Ce sont eux qui passent le plus de temps avec les parents et le nourrisson hospitalisé. Comme dans beaucoup d'autres situations, ils doivent non seulement faire appel à leur compétences professionnelles « techniques » mais aussi à leur ressenti afin de se mettre en relation avec les parents et les laisser exprimer leurs angoisses, le stress, le problème parfois non exprimé en première instance lors de la consultation aux urgences. Comme l'expriment les médecins interrogés, l'équipe infirmière prend parfois ce rôle de senseur émotionnel, par le contact plus continu au nourrisson et ses parents au cours de l'hospitalisation. Ensuite de quoi, ils se réunissent et doivent, dans la mesure du possible, accompagner les parents et leur bébé vers le bon opérateur de relation. Celui-ci peut se trouver être par exemple de la physiothérapie, une réorganisation du quotidien familial, une astuce de portage ou encore un entretien pédopsychiatrique.

En somme, le vrai protocole consiste à retrouver la bonne relation entre le bébé et ses parents. Cela passe par la sensibilité des soignants, leur savoir propre et personnel. « *Leur disponibilité émotionnelle contribue à celle des parents. En les guidant et en mettant en place une observation partagée de l'enfant, le professionnel cherche à réduire le stress parental et à élargir la capacité des parents à accueillir et à comprendre les signaux que leur enfant transmet à travers son comportement* » (12). Une mission des soignants, entre autres, est de redonner confiance aux parents dans leur rôle de parent. On croyait pendant longtemps qu'afin de soigner les bébés, il était surtout nécessaire de soigner les parents. Même si fréquemment, la pathologie parentale est sur le devant de la scène, on sait maintenant que le nourrisson est un partenaire direct de soin qu'il est important de prendre en compte. Il s'agit donc de traiter l'enfant directement mais aussi les éventuels troubles de la parentalité ainsi que la pathologie interactive (50). Ce n'est sûrement pas à l'hôpital que l'on peut faire tout cela mais il faut chercher le chemin sur lequel la famille va pouvoir s'engager et soigner au mieux chaque membre et ses relations, ce qui permettra à l'enfant de se développer et vivre au mieux. Il y a une grande diversité de situations, de soignants et de ressources à proposer, comme le mentionne cette éducatrice qui suit certaines de ces situations à leur sortie de l'HEL :

« La prise en charge peut être très différente selon qui s'en occupe pendant l'hospitalisation. La manière dont on lit et on interprète la situation est propre à chacun. Le soignant y met de sa personnalité, de sa patte à lui. » - Educatrice

Limites de l'étude et nouvelles perspectives

Lors de cette étude j'ai eu peu d'échos de la part des parents. Ceux-ci étaient déjà inclus dans une précédente étude et je ne voulais pas interférer avec cette récolte de données. Il aurait été intéressant de connaître leur vision du protocole des pleurs ainsi que leur vécu des contacts qu'ils ont eu avec le personnel soignant. Deuxièmement, pour des raisons logistiques, peu de cas de protocoles de pleurs ont pu être observés en entier. Il aurait été plus riche de pouvoir être présent pour la durée complète de davantage d'hospitalisation avec protocole de pleurs. Finalement cette étude comprend uniquement des hospitalisations avec des parents francophones alors que l'HEL reçoit une grande population de migrants non francophones qui ne sont pas concernés par ce travail.

Quant aux nouvelles perspectives de recherche, il me semblerait intéressant de s'intéresser à des outils éducationnels, comme par exemple l'échelle de Brazelton, et évaluer son éventuelle utilité/apport pour les soignants dans un milieu hospitalier, ceci afin d'explorer davantage non seulement les compétences des nourrissons mais également celles des soignants dans leur compréhension des paroles des nourrissons. Dans cette triade avec les parents, il serait également intéressant de se pencher sur les interactions soignants-parents face au nourrisson dans ces situations d'hospitalisations pour pleurs, tout comme le rôle des pères et leur potentiel aidant, bien souvent peu mentionné et exploité dans les études s'intéressant à la périnatalité et ses problématiques.

Il serait également intéressant de se pencher sur la construction des savoirs personnels des soignants, sur ces pratiques, ces astuces et ces croyances qui sont mobilisées dans les soins aux nourrissons et leur famille. Il me semblerait intéressant d'explorer cette construction de savoir en fonction de leur expérience, professionnelle ou personnelle. En effet, cet aspect apparu dans mon étude mériterait davantage d'attention et de recherche afin de mieux comprendre les décisions prises, si différentes parfois selon les situations d'hospitalisations pour pleurs excessifs ou jugés excessifs.

Conclusion

Au cours de la discussion de ce travail, il est mis en avant que le protocole des pleurs utilisé à l'HEL lors d'hospitalisations pour pleurs excessifs ou jugés excessifs, peut remplir différentes fonctions. Ses multiples rôles dépendent principalement de l'utilisation qu'en font les médecins et/ou l'équipe infirmière. Le protocole possède un potentiel, pas toujours pleinement exploité, au sein de la triade soignants-parents-nourrisson : pour les soignants comme ressource supplémentaire et pour les parents comme outil d'accompagnement dans la recherche de solution face à leur enfant dans le besoin ou au sein de leur relation avec celui-ci.

Les résultats de cette étude ont montré que l'équipe soignante à l'HEL se sent peu souvent en difficulté face à des pleurs de nourrissons difficilement consolables. Leurs nombreuses ressources, comme les savoirs partagés entre collègues, les parents, leurs savoirs personnels, leur ressenti mais aussi la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et l'équipe infirmière leur permet de se positionner en vrai soutien pour les parents souvent épuisés et inquiets. La pluralité non seulement de leurs savoirs acquis mais aussi des nourrissons et de leur famille crée une grande diversité de prises en charge différentes.

Références bibliographiques

1. McCarthy PL, Sharpe MR, Spiesel SZ, Dolan TF, Forsyth BW, DeWitt TG, et al. Observation scales to identify serious illness in febrile children. *Pediatrics*. nov 1982;70(5):802-9.
2. de Melo GM, Lélis ALP de A, de Moura AF, Cardoso MVLML, da Silva VM. Pain assessment scales in newborns: integrative review. *Rev Paul Pediatr*. déc 2014;32(4):395-402.
3. Barr RG. *Crying as a sign, a symptom, and a signal: clinical, emotional and developmental aspects of infant and toddler crying*. London: Mac Keith Press : distributed by Cambridge University Press; 2000. viii+228. (Clinics in developmental medicine 152).
4. Hiscock H. The crying baby. *Aust Fam Physician*. sept 2006;35(9):680-4.
5. Bydlowski-Aidan S, Jousset C. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 août 2008;21(5):204-8.
6. Kurth E, Kennedy HP, Zemp Stutz E, Kesselring A, Fornaro I, Spichiger E. Responding to a crying infant - you do not learn it overnight: a phenomenological study. *Midwifery*. juin 2014;30(6):742-9.
7. Iacovou M, Ralston RA, Muir J, Walker KZ, Truby H. Dietary management of infantile colic: a systematic review. *Matern Child Health J*. août 2012;16(6):1319-31.
8. Calado CS, Pereira AG, Santos VN, Castro MJ, Maio JF. What brings newborns to the emergency department?: a 1-year study. *Pediatr Emerg Care*. avr 2009;25(4):244-8.
9. Kurth E, Kennedy HP, Spichiger E, Hösl I, Stutz EZ. Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*. avr 2011;27(2):187-94.
10. Israel J. *Bébé, dis-moi pourquoi tu pleures*. Toulouse: Erès; 2011. (Mille et un bébés 120).
11. Kurth E, Spichiger E, Zemp Stutz E, Biedermann J, Hösl I, Kennedy HP. Crying babies, tired mothers - challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13 mai 2010;10:21.
12. Candilis-Huisman D. *Rencontre avec T.Brazelton : ce que nous apprennent les bébés*. Toulouse : Erès; 2011. 222 p.
13. Oldbury S, Adams K. The impact of infant crying on the parent-infant relationship. *Community Pract J Community Pract Health Visit Assoc*. mars 2015;88(3):29-34.
14. Barr RG. Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants, Summary. *Devenir*. 1 juin 2010;22(2):163-74.
15. Barr RG. The normal crying curve: what do we really know? *Dev Med Child Neurol*. avr 1990;32(4):356-62.
16. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal Fussing in Infancy, Sometimes Called « Colic ». *Pediatrics*. 1 nov 1954;14(5):421-35.
17. Kheir AEM. Infantile colic, facts and fiction. *Ital J Pediatr*. 23 juill 2012;38:34.

18. Neu M, Robinson J. Infants with colic: their childhood characteristics. *J Pediatr Nurs.* févr 2003;18(1):12-20.
19. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. 15ème Congrès Natl Pédiatrie Ambul. 2007;
20. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique, Summary. *Devenir.* 1 juin 2007;19(2):151-88.
21. Hervé M-J, Guedeney N, Lamour M, Montclos M-OP de, Serpa SR, Visier J-P, et al. Les ressentis négatifs du thérapeute, Partie 1 : Un outils sémiologique? *Devenir.* 9 déc 2008;Vol. 20(4):293-318.
22. Akman I, Kuşçu K, Özdemir N, Yurdakul Z, Solakoglu M, Orhan L, et al. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child.* mai 2006;91(5):417-9.
23. Kurth E, Spichiger E, Cignacco E, Kennedy HP, Glanzmann R, Schmid M, et al. Predictors of Crying Problems in the Early Postpartum Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1 mai 2010;39(3):250-62.
24. Amar M, Garret-Gloanec N, Le Marchand-Cottenceau M. Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 sept 2009;57(6):542-7.
25. Sondergaard C, Skajaa E, Henriksen TB. Fetal growth and infantile colic. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* juill 2000;83(1):F44-7.
26. Barr RG. Changing Our Understanding of Infant Colic. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 déc 2002;156(12):1172-4.
27. Akhnikh S, Engelberts AC, Sleuwen BE van, Benninga MA. The Excessively Crying Infant: Etiology and Treatment. *Pediatr Ann.* 1 avr 2014;43(4):e69-75.
28. Leerkes EM, Parade SH, Burney RV. Origins of Mothers' and Fathers' Beliefs about Infant Crying. *J Appl Dev Psychol.* 1 nov 2010;31(6):467-74.
29. Wendland J. Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé. *Psychiatr Infant.* 2004;Vol. 47(1):183-228.
30. Fabre-Grenet M. L'échelle de Brazelton au quotidien dans un service de néonatalogie. Le point de vue du pédiatre. In: *Le monde relationnel du bébé.* Toulouse, France: ERES; 2001. p. 101-8.
31. Peter M. Mémoire de Maîtrise en médecine: Caractéristiques des enfants et des mères dans le cadre d'une hospitalisation de l'enfant pour pleurs jugés excessifs. 2015.
32. Megel ME, Wilson ME, Bravo K, McMahan N, Towne A. Baby lost and found: mothers' experiences of infants who cry persistently. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract.* juin 2011;25(3):144-52.
33. Rähä H, Lehtonen L, Huhtala V, Saleva K, Korvenranta H. Excessively crying infant in the family: mother-infant, father-infant and mother-father interaction. *Child Care Health Dev.* sept 2002;28(5):419-29.

34. Barr RG, Fairbrother N, Pauwels J, Green J, Chen M, Brant R. Maternal frustration, emotional and behavioural responses to prolonged infant crying. *Infant Behav Dev.* nov 2014;37(4):652-64.
35. David M. La parole est aux soignantes! In: *Le bébé, ses parents, leurs soignants*. ERES; 2008. p. 11-24. (Les Dossiers de Spirale).
36. Merighi MAB, de Jesus MCP, Santin KR, de Oliveira DM. Caring for newborns in the presence of their parents: the experience of nurses in the neonatal intensive care unit. *Rev Lat Am Enfermagem.* déc 2011;19(6):1398-404.
37. Cohen-Bendahan CCC, van Doornen LJP, de Weerth C. Young adults' reactions to infant crying. *Infant Behav Dev.* févr 2014;37(1):33-43.
38. Zeifman DM. Predicting adult responses to infant distress: Adult characteristics associated with perceptions, emotional reactions, and timing of intervention. *Infant Ment Health J.* 1 nov 2003;24(6):597-612.
39. Lin H-C, McFatter R. Empathy and distress: two distinct but related emotions in response to infant crying. *Infant Behav Dev.* déc 2012;35(4):887-97.
40. Fujiwara T, Barr RG, Brant R, Barr M. Infant Distress at Five Weeks of Age and Caregiver Frustration. *J Pediatr.* 1 sept 2011;159(3):425-430.e2.
41. Zeifman DM. Acoustic features of infant crying related to intended caregiving intervention. *Infant Child Dev.* 1 juin 2004;13(2):111-22.
42. Bechtel K, Le K, Martin KD, Shah N, Leventhal JM, Colson E. Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about infant crying and knowledge of shaken baby syndrome. *Acad Pediatr.* déc 2011;11(6):481-6.
43. Cook F, Seymour M, Giallo R, Cann W, Nicholson JM, Green J, et al. Comparison of methods for recruiting and engaging parents in online interventions: study protocol for the Cry Baby infant sleep and settling program. *BMC Pediatr.* 10 nov 2015;15:174.
44. Barr RG, Rajabali F, Aragon M, Colbourne M, Brant R. Education about crying in normal infants is associated with a reduction in pediatric emergency room visits for crying complaints. *J Dev Behav Pediatr JDBP.* mai 2015;36(4):252-7.
45. Mercadier C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital: le corps au coeur de l'interaction soignant-soigné*. Paris: Seli Arslan; 2002. 287 p. (Collection perspective soignante).
46. Burton-Jeangros C, Hammer R, Maffi I. *Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*. 2014. 203 p. (a contrario campus).
47. Tremblay J-M. *Jean Benoist, La pédiatrie, un cheminement entre biologie et culture*. 2005.
48. Serpa SR, Guedeney N, Hervé M-J, Lamour M, Tronier PL, Visier J-P, et al. Les ressentis négatifs du thérapeute, Partie 2 : Quelles stratégies thérapeutiques? *Devenir.* 23 mars 2009;21(1):7-29.
49. Barr RG, Kramer MS, Boisjoly C, McVey-White L, Pless IB. Parental diary of infant cry and fuss behaviour. *Arch Dis Child.* avr 1988;63(4):380-7.

50. Lamour M. Souffrances autour du berceau: des émotions au soin. Paris: Gaëtan Morin; 1998. x+277. (Interventions psycho-sociales).

