



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Gaëlle BLANDEAU - ABID

Le 21 octobre 2014

**Perception et ressenti du comportement du nourrisson et de ses troubles par ses parents
et rôle professionnel du médecin généraliste.**

Examineurs de la thèse :

M. E. RAFFO

Professeur

Président

M. D. SIBERTIN-BLANC

Professeur

Juge

Mme E. STEYER

Maitre de conférence

Juge

Mme F. POPELARD

Docteur en médecine

Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**
Vice-Doyen « Formation permanente » : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
Vice-Doyen « Vie étudiante » : **M. Pierre-Olivier BRICE**

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre

LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -

Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-

Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT -

Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ -

Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline

HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

**A Monsieur le Professeur Emmanuel RAFFO,
Professeur de Pédiatrie**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie.
Je vous prie de croire en l'expression de ma sincère considération et de ma
profonde gratitude.

**A Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC,
Professeur de Pédopsychiatrie**

Je sais qu'il s'agit de l'une des dernières thèses à laquelle vous siégez en tant que PU-PH et vous me faites un très grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Que ce travail témoigne de mon profond respect.

**A Madame le Docteur Elisabeth STEYER,
Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale**

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse.

Merci pour votre aide précieuse tout au long de ce travail et pour le temps que vous m'avez consacré.

Veillez recevoir ici l'assurance de ma sincère reconnaissance pour votre écoute, vos conseils et votre patience.

Soyez assurée de mon profond respect.

A Madame le Docteur Françoise POPELARD,

C'est un grand plaisir de vous compter parmi les membres de ce jury.

Vous m'avez fait découvrir la pédiatrie, et travailler dans votre service a été très agréable et formateur. J'ai aimé apprendre à vos côtés et j'en garde des enseignements précieux.

Soyez assurée de ma profonde estime.

A Madame le Docteur Brigitte DERLON et à toute son équipe de PMI,

Vous m'avez ouvert l'esprit sur le monde de la petite enfance, et vous avez fait évoluer ma pratique pédiatrique vers une approche plus globale de l'enfant dans sa famille. Vous êtes sans aucun doute à l'origine de ce travail.

Je vous remercie pour votre enseignement et regrette votre absence parmi ce jury.

Veillez trouver à travers ce travail le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A ma famille :

A Mamie Fleur, tu es et tu as toujours été un modèle pour moi. Tu nous as offert de merveilleux souvenirs d'enfance, et maintenant que je suis adulte, tes conseils sont précieux !

A Papy Fleur, qui nous a quitté, tu étais un homme remarquable et un grand père formidable !

A Mamie Jacqueline, à 95 ans tu m'épates avec ta forme, ta joie de vivre et ta dignité. Tu es aimante et toujours attentionnée envers moi et je t'en remercie. Surtout reste comme tu es !!

A tous mes oncles et tantes, cousins et cousines que j'adore !

A mes parents, merci de croire en moi et de m'avoir soutenu tout au long de mes études. Vous êtes des grands parents formidables.

A mon frère, tu es un garçon attentionné et sensible, des qualités que bien des filles s'arracheraient ! Merci pour ton soutien et ton amour, je crois en toi et je sais que tu vas réussir à dépasser tes craintes pour avancer dans la vie.

A Manelle, ta force de caractère et ta gentillesse te mèneront loin, j'en suis sûre ! Du haut de tes 1 an ½ tu m'as déjà fait vivre tant de moments extraordinaires ! Chaque jour à tes côtés est un émerveillement, tu es un vrai rayon de soleil !

A mon mari, je t'admire pour ce que tu es, à la fois fort et fragile, un père aimant et un mari extraordinaire ! Tu lis en moi comme dans un livre ouvert ! Tu as des rêves et des projets plein la tête, et même si j'essaie souvent de te remettre les pieds sur terre, tu avances et tu vas au bout de ce que tu entreprends ! Les personnes comme toi sont rares et je suis la plus heureuse des femmes de t'avoir rencontrée ! Avec toi la vie est plus simple et plus douce.

A ma belle famille, vous m'avez accueillis dans votre famille à bras ouverts sans même me connaître ! Je vous remercie pour votre gentillesse et j'ai hâte de venir en Algérie pour vous voir, découvrir votre pays et vous présenter notre petite Manelle en chair et en os !

A mes amis :

A Caroline, mon amie, ma confidente et l'épaule sur laquelle je peux m'appuyer en toutes circonstances ! Tu es toujours là pour moi, et je ne serais sûrement pas devenue la mère que je suis aujourd'hui sans tes conseils avisés et ton bon sens. Tu n'as jamais ouvert un bouquin de pédopsy, et pourtant tu as tout compris !

A Pelin, on n'a jamais eu besoin de beaucoup communiquer toutes les deux pour savoir que l'autre était là, et que notre amitié est solide ! Malgré tout ce que tu as traversé, tu restes forte et je t'admire pour ça !

A Laurence, ma sœur de fac, la vie nous a un peu éloignée mais notre amitié perdure ! Nous avons partagé pleins de bons moments et j'espère que nous en partagerons encore beaucoup !

Aux amis et voisins rencontrés en Lorraine, merci pour tous les bons moments partagés ensemble.

Au Dr Lecoanet, à sa femme et à ses fils, vous m'avez donné ma chance en tant que médecin depuis le tout début de ma jeune carrière. Vous m'avez transmis une partie de votre expérience et je vous en remercie ! Merci également pour toutes les attentions que vous avez eu envers moi et ma famille. J'ai une profonde amitié pour vous.

A Tata Martine, Jo et Amélia pour s'être occupé de ma fille avec tant de gentillesse, de bonne humeur et d'amour.

A Tata « poule », pour s'être occupé de ma fille avec à la fois douceur, fermeté et affection et pour lui avoir fait découvrir les joies de la campagne.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION :	18
II. PATIENTS ET METHODE	19
1. CHOIX DU TYPE D'ETUDE	19
2. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	20
3. RECRUTEMENT	20
4. RECUEIL DE DONNÉES	20
5. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	21
6. METHODE D'ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES	21
III. RESULTATS	22
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION RECUEILLIE	22
2. ANALYSE DES RESULTATS	25
2.1. PERCEPTIONS PARENTALES DU COMPORTEMENT DE LEUR NOURRISSON	25
2.1.1. PERCEPTION DES EXPRESSIONS ORALES DU NOURRISSON	25
2.1.2. PERCEPTION DES EXPRESSIONS NON VERBALES DU NOURRISSON	28
2.1.3. PERCEPTION DU TEMPÉRAMENT DU NOURRISSON	30
2.2. RESSENTI PARENTAL DU COMPORTEMENT DE LEUR NOURRISSON	33
2.2.1. MOMENTS RESSENTIS COMME AGRÉABLE PAR LES PARENTS	33
2.2.2. COMPORTEMENTS RESSENTIS COMME ÉTONNANT	34
2.2.3. MOMENTS RESSENTIS COMME MOINS AGRÉABLES PAR LES PARENTS	37
2.2.4. RESSENTI PARENTAL DES PLEURS	39
2.3. ATTITUDES PARENTALES VIS À VIS DE CES COMPORTEMENTS	42
2.3.1. COMMUNICATION DES PARENTS AVEC LEUR NOURRISSON	42
2.3.1.1. COMMUNICATION ORALE	42
2.3.1.2. COMMUNICATION NON VERBALE	43
2.3.2. GESTION DES PLEURS	44
2.4. BESOINS D'AIDE EXTÉRIEURE	47
2.4.1. INQUIÉTUDES / PRÉOCCUPATIONS PARENTALES	47
2.4.2. PERSONNES RESSOURCES	48
2.5. ATTENTES DES PARENTS DE LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE CONCERNANT LE COMPORTEMENT DU NOURRISSON	51
2.6. SYNTHÈSE	52
IV. DISCUSSION	54
1. Limites et biais de l'étude	54
1.1. Biais lié à la composition de l'échantillon	54
1.2. Biais liés à l'expression des participants	54
1.3. Biais liés à l'enquêteur	54
1.4. Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation	55
2. Discussion concernant les résultats	55
2.1. Les interactions mère-enfant	55
2.2. Le ressenti parental du comportement du nourrisson	61

2.3. Les pleurs : un moyen de communication pour le nourrisson et une préoccupation parentale.....	62
2.4. Le tempérament du nourrisson perçu par sa mère	66
2.5. Impact des pleurs et du tempérament de l'enfant sur son développement psychosocial	67
2.6. Les aides extérieures : un soutien non négligeable.....	68
2.7. Rôle du médecin généraliste dans les problèmes de comportement du nourrisson ..	69
V. CONCLUSION.....	72
VI. BIBLIOGRAPHIE	73
VII. ANNEXES.....	77

Les retranscriptions sont jointes sur cédérom.

I. INTRODUCTION :

Dans les premières années de la vie, préserver la santé, c'est en grande partie surveiller le développement de l'enfant avec une approche biomédicale, mais également psychologique et sociale, individuelle, dans son contexte familial et communautaire. Cette démarche globale est un des fondements de la médecine générale conduisant à s'intéresser naturellement, pour favoriser un bon développement de l'enfant, aux interrelations entre les parents et leurs enfants (1).

Avant 9 mois, les médecins généralistes assurent 50 % des actes de suivi du nourrisson (2). 40% des enfants de moins de 2 ans sont suivis exclusivement par un médecin généraliste (avec en moyenne 16 actes par an), et 55% sont suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre.

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

Le médecin généraliste fait donc partie des contacts de référence pour les parents de jeunes enfants. Sa connaissance de la famille en fait d'autant plus un interlocuteur privilégié.

Etant en première ligne, son rôle de dépistage est primordial. Il concerne, entre autres, le dépistage précoce des troubles du comportement et des interactions parents-enfants. Ces troubles peuvent être légers et relever d'une guidance parentale que le médecin généraliste peut effectuer, mais ils peuvent aussi être le reflet de pathologies somatiques ou psychologiques graves, pour lesquelles le médecin doit pouvoir initier rapidement une prise en charge spécialisée. Par exemple, le retrait relationnel, s'il s'installe dans le temps, est un signe d'alarme qui doit faire rechercher une étiologie organique (douleur, troubles sensoriels...) ou psychologique (autisme, dépression...) (3). Le recours rapide à un pédiatre, un ophtalmologiste, un ORL ou à un pédopsychiatre, en fonction de l'étiologie supposée, est donc nécessaire.

L'étude des interactions du nourrisson avec son entourage a été entreprise dans les années 70 afin d'apporter un éclairage sur les interactions humaines, la communication non verbale, le développement communicatif et langagier et afin de prévenir les désordres relationnels précoces reconnus comme prédictors du mal être psychique ultérieur.

Actuellement la relation entre le nourrisson et son entourage est conçue comme un ensemble de processus bidirectionnels, le nourrisson n'étant pas seulement soumis aux influences de cet entourage mais contribuant activement à façonner et modifier son environnement. (4)

Brazelton TB dans les années 70 introduit la notion de variations inter-individuelles entre les nourrissons (5). Les travaux de Stern D ont contribué à une meilleure connaissance des interactions précoces mère-enfant par l'étude des comportements relationnels de la mère et du nourrisson (6). Les troubles du comportement du nourrisson comme les pleurs excessifs (7) et les troubles autistiques ont fait l'objet de nombreuses études dont certaines se sont intéressées à la perception des parents de ces troubles (8)(9).

La plupart des études, notamment celles citées ci dessus, concernant les interactions parents-enfants et leurs troubles ont été réalisées par des médecins spécialistes, pour la plupart des pédopsychiatres. Il nous semble que peu de travaux aient exploré le vécu des parents du comportement de leur enfant. Enfin peu de travaux ont été réalisés dans le cadre de l'exercice de la médecine générale et notamment explorant les attentes des parents vis à vis du médecin généraliste par rapport aux problèmes de comportement de leur nourrisson. Nous nous sommes donc proposés de réaliser une recherche qualitative sur le ressenti du comportement du nourrisson et de ses troubles par leurs parents et leurs attentes concernant le médecin généraliste.

Notre objectif, à travers cette étude, est donc de permettre aux médecins généralistes de mieux comprendre ce que ressentent les parents dans les interactions parents-nourrisson afin d'effectuer une guidance parentale adaptée dans les troubles mineurs et de déceler et adresser les troubles plus graves à un recours spécialisé.

II. PATIENTS ET METHODE

1. CHOIX DU TYPE D'ETUDE

Pour explorer la perception du comportement du nourrisson par ses parents, nous avons choisi de mener une enquête qualitative en région Lorraine par entretiens individuels semi-dirigés auprès de parents de nourrissons.

L'intérêt de ces entretiens individuels semi-directifs était de permettre à chaque parent de s'exprimer sans entrave et ainsi de recueillir ses perceptions et ressentis vis à vis du comportement de son nourrisson, ses difficultés et ses besoins d'aide.

L'entretien était mené selon une grille d'entretiens prévoyant les thèmes que nous souhaitions aborder. Les questions ouvertes ont permis à chaque parent de s'exprimer librement sur les différents thèmes retenus.

2. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Les critères d'inclusion dans cette étude étaient d'être parents de nourrissons âgés de 0 à 9 mois dont le suivi était assuré tout ou partie par un médecin généraliste et d'accepter l'entretien.

Etaient exclus les parents de nourrissons nés avant 37 SA et les parents de nourrissons ayant nécessité une hospitalisation en néonatalogie à la naissance. En effet ces facteurs interfèrent généralement sur les liens parents-enfants et ont fait l'objet d'études spécifiques.

L'échantillon a été construit en respectant des critères de diversité selon les caractéristiques qui apparaissaient susceptibles d'influencer les réponses (nombre d'enfants dans la fratrie, famille mono ou biparentale, lieu de vie rural ou urbain, niveaux socioéconomiques, origines des parents)

Au total 19 familles ont été incluses dans cette étude. Seules les mamans ont souhaité répondre à notre étude.

3. RECRUTEMENT

La participation à cette étude a été proposée aux parents soit lors de consultations au cours de remplacements que j'ai effectués chez des médecins généralistes, soit par l'intermédiaire de médecins généralistes installés que j'ai sollicités par téléphone ou par mail.

Au total 10 médecins généralistes lorrains ont participé à la proposition de cette étude. Deux médecins exerçaient en milieu rural, 1 médecin exerçait en milieu semi rural et 7 médecins exerçaient en milieu urbain.

4. RECUEIL DE DONNÉES

Les entretiens ont eu lieu de mai 2012 à janvier 2013.

Nous avons interrogé la mère du nourrisson dans le cadre d'entretiens individuels semi-dirigés.

Les entretiens ont eu lieu au domicile des parents et ont été enregistrés après avoir obtenu l'accord des participants.

La transcription de l'entretien en verbatim, mot-à-mot et fidèle à l'enregistrement, a ensuite été réalisée. Chaque verbatim a été anonymisé. L'ensemble des verbatims se trouve sur cédérom.

L'inclusion des participants a été réalisée jusqu'à saturation des données. Celle-ci a été considérée comme atteinte lorsque les deux derniers entretiens n'ont pas apporté d'informations supplémentaires par rapport à celles recueillies au cours des précédents entretiens.

5. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Cette grille est divisée en six grandes parties. Chaque partie est développée dans des questions rédigées. (Annexe 1)

Dans un premier temps nous avons exploré la façon dont les parents percevaient les comportements de leur nourrisson et la façon dont ils interagissaient avec eux.

La première question concernant le tempérament du nourrisson nous a permis d'entrer en matière en obtenant une perception globale du comportement du nourrisson par ses parents. Par la suite les questions étaient plus ciblées sur les domaines de la communication entre les parents et leur nourrisson.

Nous avons ensuite exploré la manière dont les parents ressentaient les comportements de leur nourrisson : les moments qui leur paraissaient agréables avec leur nourrisson et ceux qui le paraissaient moins ainsi que ce qui les a étonné chez leur nourrisson. Nous nous sommes attardés notamment sur la question des pleurs de leur enfant, leur ressenti face aux pleurs et leurs comportements générés par ces pleurs.

Enfin dans un troisième temps nous avons exploré les inquiétudes des parents vis à vis des comportements de leur nourrisson, les recours habituels utilisés par les parents et leurs attentes par rapport au médecin généraliste.

Nous avons, par ailleurs, veillé à laisser les parents s'exprimer librement afin de permettre l'émergence de thèmes que nous n'aurions pas eu l'idée préalable d'aborder.

6. METHODE D'ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES

Les entretiens ont été analysés de façon thématique et relus de façon indépendante par mon directeur de thèse afin d'avoir une triangulation et un regard extérieur.

III. RESULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION RECUEILLIE

Dix-neuf mères ont participé à notre étude.

Les entretiens ont duré en moyenne 29 minutes.

CARACTÉRISTIQUES DES NOURRISSONS : (cf. tableau 1)

Les nourrissons étaient âgés de 1 mois à 9 mois.

Leur moyenne d'âge était de 4,89 mois.

Il y avait 9 garçons et 10 filles.

Dix-huit nourrissons étaient suivis uniquement par leur généraliste et un était suivi conjointement par un pédiatre mais vu régulièrement par le médecin généraliste (E8).

CARACTÉRIQUES DES PARENTS ET COMPOSITIONS FAMILIALES : (cf. tableau 2)

La moyenne d'âge des mères était de 29,53 ans (de 21 à 43 ans).

La moyenne d'âge des pères était de 32,89 ans (de 24 à 47 ans).

Dix mères ne travaillaient pas au moment de l'entretien : 5 d'entre elles étaient en congé parental total, 1 mère était en disponibilité, et 4 mères étaient sans emploi.

Une mère était en congé parental partiel (travail à 80%)

Huit mères étaient en activité à temps complet.

Tous les pères étaient en activité professionnelle : l'un d'eux était en arrêt maladie de longue durée.

Pour 8 couples il s'agissait du premier enfant, pour 6 couples il s'agissait du deuxième enfant et pour 5 couples il s'agissait du troisième enfant ou plus.

Les familles vivaient pour 11 d'entre elles en milieu rural ou semi rural (dont 10 en maison et 1 en appartement) et 8 en milieu urbain (dont 7 en appartement et 1 en maison).

Une famille était recomposée. (E5)

Trois familles étaient monoparentales. Parmi ces 3 familles, 2 couples s'étaient séparés pendant la grossesse et un durant le premier mois de vie de l'enfant. Deux des pères voyaient régulièrement leur enfant et un père n'avait jamais revu son enfant (E11)

Une famille était composée de parents de nationalité algérienne (E3). Les 18 autres familles étaient composées des 2 parents de nationalité française.

Tableau 1 : caractéristiques des nourrissons

	Age de l'enfant (mois)	Sexe de l'enfant	
		Fille	Garçon
E1	1		+
E2	5		+
E3	3	+	
E4	8	+	
E5	7		+
E6	3		+
E7	6	+	
E8	7		+
E9	9	+	
E10	7		+
E11	2	+	
E12	3	+	
E13	4	+	
E14	4		+
E15	1		+
E16	5	+	
E17	5		+
E18	5	+	
E19	8	+	

Tableau 2 : caractéristiques des parents

	Age des parents (années)		Profession des parents		Congé parental	Nombre d'enfants	Situation du couple	Milieu de vie
	père	mère	père	mère				
E1	30	27	Technico commercial	Assistante administrative	+	1	E	U
E2	25	28	Serveur	Serveuse	+	2	E	U
E3	42	32	Ouvrier BTP	Hôtesse de caisse	+	4	E	U
E4	31	26	Maçon	Ouvrière	+	2	E	R
E5	45	30	Chef de projet informatique	Assistante maternelle		5	E	SR
E6	39	43	Technicien	Attachée administrative		3	E	SR
E7	28	24	Agent d'entretien	Secrétaire		1	E	R
E8	24	21	Aide livreur	Sans emploi		1	S	U
E9	32	32	Cuisinier	Pharmacienne		1	E	U
E10	27	26	Agriculteur	Fromagère	+	2	E	R
E11	27	22	Charpentier métallique	Sans emploi		2	S	R
E12	32	31	Chef d'équipe maçonnerie	Auxiliaire de vie		5	E	R
E13	26	25	Chauffeur livreur	Assistante maternelle		1	E	U
E14	40	33	Commercial	Secrétaire médicale		2	E	SR
E15	35	33	Militaire	Sans emploi/CAP petite enfance		5	E	R
E16	35	29	Ingénieur	Assistante commerciale	partiel	2	E	SR
E17	47	41	Caviste	Sans emploi		1	S	U
E18	27	25	Aide mécanicien	Vendeuse		1	E	U
E19	33	33	Ingénieur	Professeur		1	E	SR

Légendes : E : Ensemble ; S : Séparé ; U : urbain ; SR : Semi Rural ; R : Rura

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. PERCEPTIONS PARENTALES DU COMPORTEMENT DE LEUR NOURRISSON

2.1.1. PERCEPTION DES EXPRESSIONS ORALES DU NOURRISSON

➤ Les pleurs :

Une grande partie de l'expression du nourrisson passe par ses pleurs « *Tout est dans ses pleurs pour l'instant en fait* » (E2)).

Les mères identifient différents types de pleurs et leur attribuent une signification : « *on arrive maintenant à reconnaître ses pleurs en fait, elle pleure différemment si c'est des pleurs, bah, qu'elle a faim ou qu'elle en a marre ou alors que c'est des pleurs que là, y a vraiment quelque chose qui lui fait peur ou qu'elle a mal ou...* » (E9) ; « *Il a envie de dormir il va pleurer, il aura faim, là par contre il aura un autre pleur* » (E2)).

Elles les différencient par leur intensité (« *quand elle a faim, elle réclame, elle pleure, elle hurle. Euh quand elle fait caca pareil* » (E3) ; « *dès qu'elle pleure, qu'elle braille vraiment c'est qu'elle a faim, si c'est un autre pleur où c'est que c'est moins terrible, on sait qu'elle a besoin d'un câlin ou envie de nous voir.* » (E7)) et par leur tonalité (« *il y a une différence de tonalité moi je trouve* » (E6) ; « *quand ça part vers les aigus généralement c'est qu'il a mal* » (E1)).

Parfois la perception de certains types de pleurs fait suspecter une cause inhabituelle : « *elle avait des pleurs un peu... je savais qu'il y avait quelque chose* » (E18)).

Certains pleurs sont attribués à la colère (« *c'est un bébé qui tape des colères aussi, hein ! Il a des colères.* » (E17) ; « *par exemple si elle pleure et que j'y vais pas tout de suite, elle se met à devenir toute bleue, quoi. À vraiment à pleurer, une colère quoi.* » (E11)). Certaines mères parlent plutôt de crises (« *en ce moment elle est beaucoup dans le fait de vouloir être portée sinon c'est des crises. Des crises, euh, elle pleure, elle pleure, elle pleure* » (E4) ; « *quand il a besoin de s'exprimer vraiment il fait une bonne crise, il pleure ça dure ¼ d'heure/20 min où il pleure vraiment beaucoup et puis après c'est fini.* » (E15))

Il faut parfois un élément supplémentaire pour discriminer les pleurs (« *il faut toujours un élément en plus pour savoir de quoi il s'agit* » (E1)) comme la succion du doigt « *je vais lui présenter mon doigt et selon la vitesse où il va le prendre je pense que là je saurai qu'il a faim* » (E1) ou les rythmes de l'enfant « *selon les heures, vu qu'elle est réglée vraiment comme une horloge* » (E18) ; « *c'est quasiment toujours aux mêmes heures* » (E15)).

Le comportement du bébé est également important dans la compréhension des pleurs : *« il fait pas que pleurer. Il y a aussi il gesticule, il y a son regard qui est différent »* (E17) ; *« des fois je la sens qu'elle a mal au ventre parce qu'elle pousse vraiment, ça se voit ! »* (E3)

La majorité des mères identifient la cause de la plupart des pleurs de leur nourrisson : *« on arrive souvent à... on sait pourquoi elle pleure »* (E18) ; *« généralement oui on comprend »* (E19) ; *« la plupart du temps oui, je sais ce qu'elle veut »* (E4)), mais pour certaines cela paraît moins évident (*« des fois oui »* (E11)).

Lorsque les mères réussissent à décoder les pleurs, certaines d'entre elles le font avec facilité (*« facilement ouais parce que c'est vraiment pas un bébé compliqué »* (E14)) et ce d'autant plus qu'elles considèrent que leur bébé pleure peu (*« Franchement c'est pas un bébé qui pleure beaucoup donc du coup dès qu'il pleure on sait qu'il y a une raison derrière et on la trouve assez facilement »* (E15) ; *« en général, comme elle pleure pas beaucoup, en général c'est qu'elle a faim »* (E16)).

Malgré tout, à certains moments, les pleurs restent encore difficiles à comprendre pour la plupart des mères (*« des fois elle pleure et je sais pas »* (E4) ; *« y a encore des moments où c'est un petit peu ambigu »* (E1) ; *« C'est vrai que là en ce moment je sais pas trop parce qu'il change »* (E8)).

D'autres termes que les pleurs sont régulièrement employés par les mères comme râler, chouiner, ronchonner... (*« elle râle mais elle pleure pas franchement »* (E19) ; *« quand il est énervé bah là voilà ça chouine »* (E14) ; *« quand il est fatigué il commence à ronchonner »* (E9)) ou encore crier (*« il crie, d'ailleurs il a appris un nouveau cri, c'est hey hey, alors ça il nous le dit au moins 30 fois dans la journée »* (E8) ; *« il pousse quelques cris, mais pas des cris de pleur, des fois je sens que c'est des "viens ici" quoi »* (E17))

Plusieurs mères estiment que le nourrisson pleure peu (*« elle pleure vraiment très très peu »* (E16) ; *« un bébé qui pleure pas beaucoup, qui pleure même presque jamais »* (E15) ; *« il râle pas ou très peu »* (E5)) ou uniquement pour une cause précise (*« en ce moment elle pleure beaucoup parce qu'elle a mal au niveau des gencives »* (E13)), d'autres beaucoup : une des mères considère que son bébé *« râle souvent »* (E2) et enfin une des mères parle d'une évolution dans la quantité des pleurs puisque qu'elle considère que *« les 2 premiers mois c'est vrai qu'il a plus pleuré (...) maintenant il est plus posé »* (E14)

Un autre aspect important des pleurs concerne la possibilité de consoler le nourrisson. Certaines mères parlent d'un arrêt quasi immédiat des pleurs (*« quand je le prends dans les bras c'est quasi immédiat »* (E1) ; *« On commence à jouer avec elle ou bien lui parler ou bien la porter, c'est bon elle se calme tout de suite »* (E3) ; *« juste 2 secondes dans les bras et puis c'est bon c'est fini »* (E7)), pour d'autres cela peut prendre 10 à 20 min (*« quand je l'ai, en 10 min c'est bon. »* (E18) ; *« généralement un petit ¼ d'heure - 20 min »* (E14)) sans que cela paraisse anormal. Une mère a rapporté que son nourrisson se calmait plus rapidement avec elle qu'avec le père. (*« Quand c'est papa c'est plus long »* (E18))

Dans certaines situations, les mères perçoivent les pleurs de leur nourrisson comme étant anormalement longs et difficilement consolables. Cela se produit surtout lorsque les pleurs semblent incompréhensibles. (*« il a pleuré pendant un bon quart d'heure et je savais pas ce que c'était. »* (E2) ; *« Il s'est calmé tout seul parce que je savais pas ce qu'il avait (...) il a crié, crié, crié pendant au moins une heure »* (E8) ; *« l'autre jour pendant 1 heure ½ elle hurlait, elle hurlait, elle hurlait. Donc là c'était très très long, même pour la maman »* (E13))

À côté des pleurs, les parents perçoivent d'autres modes d'expression orale de leur bébé :

➤ Les productions verbales :

Les mères parlent de gazouillis (*« elle s'exprime en faisant des A, des B, des... (...) c'est des gazouillis quoi »* (E7) ; *« il commence un peu à gazouiller (...) des fois il dit des euh des ah... »* (E1)) mais aussi du fait que leur bébé parle, raconte, papote, discute (*« des fois aussi elle nous parle. Bla bla bla quand elle revient de sa nounou »* (E19) ; *« Elle raconte »* (E12) ; *« on l'entend elle papote, elle papote à sa façon »* (E13) ; *« c'est une fois qu'il a capté notre attention qu'il commence à discuter »* (E6)). Certaines mères parlent même de mots (*« elle essaye de parler, de sortir des mots »* (E11) ; *« ses petits mots à lui »* (E14))

➤ Les bruitages :

Les nourrissons utilisent parfois des bruitages pour se faire comprendre comme le bruit de téter ou de manger (*« la nuit quand il réclame (...) il fait ce claquement là qui est très fort, qui me réveille moi, qui suffit à me réveiller, et donc voilà il arrive rarement aux pleurs »* (E6) ; *« quand elle a faim, maintenant, elle fait le bruit de manger »* (E19)) ou pour interpeler (*« Il fait un petit roulement et quand je lui réponds il me regarde et il fait un sourire (...) et c'est vrai qu'il m'interpelle souvent en faisant ça »* (E17)).

Ils font également des bruitages dans certaines circonstances (*« quand elle voit le chat elle fait un bruit spécifique par exemple, quand elle sort de chez son grand père elle fait brrr toute la journée »* (E19))

➤ Le rire :

Les nourrissons communiquent également par le rire (*« en rigolant »* (E7) ; *« elle rigole. Toujours en train de rigoler »* (E11))

2.1.2. PERCEPTION DES EXPRESSIONS NON VERBALES DU NOURRISSON

Il existe d'autres canaux de communication très bien perçus par les mères qui viennent encore enrichir la communication du nourrisson avec son entourage.

➤ Le regard :

Le regard sert à capter, attirer l'attention (*« attirer l'attention par le regard »* (E16) ; *« par le regard ouais. Beaucoup, c'est beaucoup, c'est une fois qu'il a capté notre attention que il commence à discuter »* (E6)) et à véhiculer un message (*« moi c'est dès que je le regarde, ouais j'ai l'impression qu'il y a tout le message qui passe dedans quoi »* (E14)).

Il sert aussi à observer et appréhender son environnement et son entourage (*« quand elle arrive dans un nouvel endroit (...) Elle regarde en fait son environnement et une fois qu'elle a compris où elle était, voilà qui étaient à peu près les personnes et ben là elle commence à se détendre »* (E9) ; *« il regarde tout autour comme ça, je sais que si je le pose dans le transat bah il va être calme et il va observer un peu son entourage, tout son environnement. »* (E1) ; *« quand on parle elle nous suit du regard, donc on voit qu'elle sait qu'on est là et qu'elle remarque une présence, je pense qu'elle commence à bien voir, à connaître son entourage. »* (E16))

➤ Les sourires :

Les mères sont très réceptives aux sourires de leur nourrisson (*« Hier il a fait un petit sourire, j'ai l'impression que c'était un sourire en tout cas »* (E1)), c'est en effet un moyen de communication cité par la plupart des mères (*« elle c'est avec son sourire »* (E3) ; *« elle nous fait plein de sourires »* (E16) ; *« quand on lui parle elle répond en général, ou elle sourit »* (E12))

➤ Les expressions faciales :

Les expressions du visage des bébés expriment différentes choses (*« toutes les mimiques »* (E5) ; *« elle sait bien se faire comprendre au niveau du visage »* (E4)) comme l'inconfort (*« elle fait des grimaces »* (E19)) ou la frustration (*« il fait sa petite moue »* (E2))

➤ Le toucher :

Les nourrissons recherchent le contact et le toucher est une dimension importante de la communication (*« il se frotte il nous cherche voilà pour faire du contact en fait avec la peau »* (E15) ; *« c'est vrai que là il touche bien »* (E14)). Ils s'agrippent (*« Il commence beaucoup à agripper »* (E14)) et attrapent (*« elle nous attrape »* (E19) ; *« dès qu'on lui donne la main il nous attrape tout de suite le doigt, même quand on lui donne le biberon souvent il*

nous tient la main » (E15)) comme pour dire « tu lâches pas le bibi ! Peut être ça. M'abandonne pas. » (E14)

Ils peuvent demander quelque chose en tirant (*« elle tire, elle attrape les bras pour pouvoir avoir quelque chose qui est trop loin » (E4)*)

Les mères décrivent également des marques d'affection que leur apporte leur enfant à travers des ébauches de câlins et de bisous (*« maintenant il arrive à faire des câlins, des bisous, c'est plus du léchage, mais c'est des bisous » (E8) ; « elle commence les bisous donc elle m'attrape et on voit qu'elle veut des câlins » (E18)*)

➤ La gestuelle :

Les nourrissons communiquent également grâce à leur gestuelle :

Ils peuvent exprimer de la satisfaction, de la faim, de la douleur, un inconfort ou de la nervosité (*« le matin quand je vais la réveiller, elle est toute contente elle bouge dans tous les sens, les bras, les jambes » (E9) ; « elle s'agite des fois quand elle a faim » (E16) ; « elle devait avoir mal au ventre parce qu'elle se tortillait » (E18) ; « si elle est dans son transat et puis ben j'entends qu'elle bouge, qu'elle essaie de taper un peu avec les pieds ou comme ça je vois que soit elle veut changer de place ou c'est qu'il y a autre chose » (E16) ; « nerveuse toujours en train de gesticuler » (E18)*)

Pour être portés, certains nourrissons tendent les bras (*« si elle veut être portée, bah, elle sait, hein, elle tend les bras tout de suite, on sait » (E4)*)

Ils peuvent communiquer leur intérêt pour quelque chose en montrant du doigt (*« on a regardé les poissons par exemple elle montre avec ses doigts » (E9)*) ou leur envie en tendant les bras (*« pour boire, il met ses deux mains comme ça, il vise ma poitrine, et là il force » (E17)*) ou au contraire leur désintérêt pour quelque chose en jetant (*« quand elle aime pas quelque chose elle le jette » (E4)*) en repoussant le biberon ou en fermant la bouche pour ne plus manger (*« quand on lui donne à manger et qu'elle en veut plus et ben par exemple, soit elle ferme sa bouche (...) ou alors quand on a le biberon et qu'elle en veut plus, pareil elle le repousse avec sa main » (E9)*)

Enfin une grande partie de la gestuelle décrite par les mères concerne les signes de fatigue de leur bébé (*« il se contorsionne aussi quand je le prends » (E17) ; « elle frotte ses yeux » (E9) ; « elle a les yeux qui vont commencer à se fermer tout seuls, on voit qu'il y a les paupières qui... qu'elle commence à lutter » (E16) ; « elle va beaucoup bailler » (E13) ; « elle s'étire dans tous les sens » (E19) ; « il va mettre ses doigts en bouche » (E5)*)

Nous avons décrit la façon dont les mères percevaient les différents modes d'expression de leur nourrisson à un moment donné de leur vie.

Nous constatons que les pleurs ont une grande place dans l'expression du nourrisson mais que les mères expriment aussi une variété importante d'autres moyens de communication.

Toutes ces expressions font partie d'un style de fonctionnement particulier à chaque enfant qui est ce qu'on pourrait appeler son tempérament.

2.1.3. PERCEPTION DU TEMPÉRAMENT DU NOURRISSON

➤ Calme :

La majorité des mères des nourrissons de l'étude perçoivent le tempérament de leur nourrisson comme calme (« *Elle est vraiment toute calme. Toute posée* » (E16) ; « *Elle est assez calme.* » (E12)), serein (« *globalement il est calme et serein* » (E6), zen (« *plutôt zen* » (E19)).

Les mères relient cet aspect du tempérament de leur bébé au fait qu'elles considèrent que leur nourrisson pleure peu (« *elle pleure vraiment très très peu* » (E16), bouge peu (« *Elle bouge pas en général elle.* » (E12) ; « *elle est pas turbulente* » (E7) ; « *Très détendu* » (E14)), est patient (« *il attend patiemment pour les biberons* » (E14) ; « *il est d'une patience sans nom* » (E17))

➤ Agréable :

La majorité des mères trouve également que leur nourrisson est agréable (« *il est très agréable* » (E2) ; « *je le trouve très agréable comme bébé* » (E17))

Ces nourrissons sont perçus par leur mère comme souriants (« *il est souriant* » (E10)), rieurs (« *il rigole tout le temps* » (E2)), de bonne humeur et ce dès le réveil (« *même quand il se réveille il est de bonne humeur* » (E5) ; « *il est très souriant, dès le matin* » (E17))

➤ Facile :

Le terme facile revient également souvent pour désigner le tempérament de l'enfant (« *C'est aussi un bébé facile* » (E17) ; « *je trouve qu'il est facile à vivre* » (E5))

On retrouve associé à ce tempérament les comportements suivants : le fait de pleurer peu ou quand il faut (« *il râle pas ou très peu* » (E5) ; « *elle pleure quand il faut* » (E9)) ; d'avoir un bon sommeil (« *au bout d'un mois elle faisait déjà ses nuits* » (E9) ; « *il dort bien* » (E10)), de ne pas avoir de problème d'alimentation (« *il a pas de problème de digestion* » (E14) ; « *elle*

boit normal » (E3)), d'être facile à confier en garde (« facile à faire garder » (E10) ; « on la laisse à qui on veut » (E7)), de bien accepter les sorties (« on peut s'en aller 3-4 heures avec elle, y a aucun problème » (E7)) ; d'être souriant (« le fait qu'il soit souriant, toujours sympa » (E5).

➤ Vivante :

Une mère a employé le terme vivante pour décrire sa fille (*« vivante (...) parce que elle est très énergique, elle court partout, enfin quand je la change elle gigote à fond, elle nous escalade, elle rigole volontiers euh elle tient longtemps, nous on est fatigué avant elle donc voilà. Donc elle est énergique mais elle est pas stressée quoi » (E19)*)

➤ Sociable :

On retrouve également la notion de sociabilité dans la description des mères (*« elle est très sociable » (E9), « Elle est pas sauvage » (E7) ; « c'est un bébé aussi agréable avec les autres » (E17)*)

➤ Nerveux :

Certaines mères trouvent que leur nourrisson est nerveux par moment (*« le soir elle est plus nerveuse » (E4) ; « y a des moments qu'elle est infernale » (E12) ; « c'est un bébé qui tape des colères aussi » (E17)*) alors qu'il peuvent être calmes par ailleurs (*« c'est bizarre parce qu'il a des côtés sereins et un peu nerveux » (E6) « Comme si il y avait un excès de nervosité » (E6)*

D'autres mères perçoivent le côté nerveux comme prédominant dans le tempérament de leur enfant (*« Il est beaucoup nerveux en fait » (E8)*). Ces mères qualifient également le tempérament de leur enfant d'impulsif (*« je pense qu'elle aura quand même un tempérament assez impulsive (...) speed tout le temps, nerveuse » (E18)*) ou d'hyperactif (*« elle est hyperactif » (E11) ; « à mon avis ça va être un hyperactif je pense » (E2)*

Cela se traduit au niveau du comportement par de l'énervement (*« quand il arrive pas à faire quelque chose il s'énervé déjà » (E2) ; « il s'énervé tout de suite il crie, des fois il se tire les cheveux, il s'énervé en fait il devient tout rouge et il s'énervé » (E8)*), de l'agitation (*« dès que sa sœur elle s'approche d'elle, elle s'énervé, elle bouge » (E11) ; « toujours en train de gesticuler » (E18) ; « il gigote dans tous les sens » (E2)*) et de l'impatience (*« Il veut tout, tout de suite (...) il a pas de patience » (E8)*)

➤ Déterminé / persévérant :

Certaines mères trouvent que leur bébé a du caractère ou qu'il sait ce qu'il veut (*« elle a un bon petit caractère déjà ! » (E12) ; « il sait ce qu'il veut aussi (...) il sait se faire comprendre » (E5)* ou qu'il est persévérant, têtue (*« têtue (...) elle veut faire quelque chose,*

elle s'obstinera jusqu'à ce qu'elle y arrive » (E4) ; « Il essaie d'attraper le jouet souvent le plus loin et il est d'une persévérance » (E17))

➤ **Demandeur de contact :**

On retrouve une notion similaire exprimée différemment par les mères. Certaines disent que leur nourrisson est demandeur de contact (*« je pense qu'il est très demandeur de contact (...) ce qui me fait penser ça, c'est que dès que je le pose, il pleure un peu, il me fait bien comprendre que ça lui plait pas du tout. » (E1)*), d'autres disent qu'il n'aime pas être seul (*« Alors il y a ça aussi que j'ai remarqué c'est euh le matin dès que je me lève, au bout de 10 minutes lui il se réveille. Donc, j'ai l'impression qu'il aime pas être seul. » (E6) ; « dès qu'on s'occupe plus de lui là par contre il va râler. C'est un bébé qui réclame beaucoup d'attention (...) En fait il aime pas être tout seul quoi c'est tout » (E2)*), enfin une autre dit qu'il est malin / filou (*« il va pleurer à grosses larmes et puis on va le prendre et puis il va nous sourire, il va être tout joyeux donc euh voilà. C'est ça qui fait dire aussi que c'est un petit filou. » (E5)*)

➤ **Eveillé :**

On retrouve également le terme éveillé (*« très éveillée, très en avance » (E13) ; « je trouve qu'il est beaucoup éveillé par rapport à d'autres bébés » (E8)*)

➤ **Curieux :**

Des mères parlent de la curiosité de leur enfant (*« elle est très curieuse! » (E9) ; « il vient faire son petit curieux, quand il y a du monde aussi maintenant » (E8)*)

Certaines mères parlent également de leur nourrisson comme étant :

- **Affectueux :** (*« c'est lui il va nous attraper nous faire un câlin, nous lécher la joue, enfin je trouve qu'il est vraiment câlin, affectueux » (E8)*)
- **Gourmand :** (*« ça sera un gourmand celui ci. Tout ce qui est sucré il adore ça. Enfin sucré euh, tout ce qui est pas légume. Il adore! » (E2)*)
- **Râleur :** (*« C'est un gros râleur, dès que y a quelque chose qui lui plait pas, de toute façon il râle » (E2)*)
- **Feignant :** (*« maintenant (...) il est un peu feignant » (E8)*)

Nous nous apercevons que les mères utilisent une large gamme de vocabulaire pour décrire le tempérament de leur enfant et pour essayer d'en faire ressortir les différentes facettes.

2.2. RESENTI PARENTAL DU COMPORTEMENT DE LEUR NOURRISSON

2.2.1. MOMENTS RESENTIS COMME AGRÉABLE PAR LES PARENTS

➤ Moments privilégiés :

Les moments agréables pour les mères correspondent souvent à des moments privilégiés avec leur nourrisson (*« juste la mère et la fille »* (E16) ; *« c'est un moment vraiment rien qu'à nous »* (E1)) où elles peuvent se consacrer uniquement à leur nourrisson (*« J'ai un moment vraiment spécialement pour lui »* (E2))

➤ Moments d'éveil :

Il s'agit la plupart du temps de moments où le nourrisson est éveillé (*« la période où il est éveillé »* (E14) ; *« la journée, l'après midi, elle est réveillée donc euh on est ensemble »* (E11))

➤ Moments d'interactions :

Les temps d'interaction entre la mère et son bébé sont des moments agréables pour les mères (*« soit c'est elle, soit c'est l'interaction, mais les moments sont plutôt agréables, sont même très agréables »* (E19)).

On retrouve des moments de grande proximité physique avec des interactions plutôt tactiles. Certaines mères parlent du plaisir qu'elles ressentent à toucher ou être touchées par leur bébé. Certains moments permettent particulièrement ce type d'interaction comme l'allaitement (*« J'aime bien le fait qu'il s'agrippe en plus, enfin c'est vraiment... ce que j'aime bien c'est de sentir ses mains qui font comme ça pendant qu'il tète »* (E1) ; *« la nuit quand je le prends pour la tétée. Parce que il est collé contre moi, on est allongés tous les deux (...) c'est des moments (...) un peu fusionnels quoi »* (E6)) et les câlins (*« un petit moment de câlin toutes les deux (...) de la sentir c'est agréable, de la toucher »* (E16))

Il y a aussi les moments où d'autres échanges avec leur nourrisson sont possibles :

Certaines mères parlent d'échanges de regards lors notamment des repas (*« les moments du biberon avec les regards »* (E13) ; *« le repas (...) Il y a plein d'échanges (...) je l'ai bien en face de moi et j'aime bien le regarder »* (E17))

Des moments de jeu avec leur bébé (*« j'aime bien les moments bah d'activité, là où j'essaie de jouer un peu avec elle »* (E13)) avec notamment les gazouillis (*« quand on joue avec elle, quand elle gazouille comme ça »* (E9)) et les rires (*« je me mets à genoux en face de lui à faire des papouilles et il rit aux éclats, c'est un pur moment de bonheur »* (E17))

➤ Moments de manifestation de joie :

Comme les sourires de leur bébé (*« ses grands sourires »* (M5)) notamment au moment du réveil (*« le matin à son réveil ! Quand il me voit et qu'il nous fait un beau sourire et qu'il est content de nous voir, là c'est les meilleurs moments »* (E8)) et du coucher (*« quand on va la réveiller, ou quand on va la coucher, elle nous sourit, c'est que des moments de bonheur »* (E7)) et leur agitation psychomotrice (*« le matin quand je vais la réveiller, elle est toute contente elle bouge dans tous les sens, les bras, les jambes, ça c'est agréable »* (E9))

➤ Le bain :

Le bain est un moment très apprécié par les mères puisqu'il s'agit à la fois d'un moment privilégié (*« le bain tout ça, c'est des temps que je consacre qu'à lui »* (E15)), d'un moment de jeu (*« maintenant il peut être assis donc je peux aller avec lui dans le bain et jouer avec lui »* (E8)) et d'un moment de bien être pour leur bébé (*« elle aime bien, ça la masse, ouais ça elle aime bien la douche ! »* (E9)) ; *« il adore le bain »* (E8))

➤ La promenade :

La promenade a également été citée comme un moment agréable (*« Quand on se promène aussi, parce qu'elle aime bien la poussette »* (E9))

➤ Moments de calme :

On retrouve également les moments où tous les besoins de l'enfant sont satisfaits et que le bébé est calme (*« les moments agréables c'est quand elle est propre, elle a le ventre rempli, elle dit plus rien ! »* (E3))

➤ Moments d'interactions avec la fratrie :

Enfin des moments agréables pour certaines mères sont les moments où elles peuvent observer les interactions entre leur nourrisson et sa fratrie (*« le plus grand a 3 ans, quand ils communiquent ensemble, qu'ils rigolent, qu'il le fait rire, tout ça, c'est intéressant »* (E10)) ; *« il est très réceptif à son frère et il rigole à ses trucs à son frère (...) il y a le lien aussi qui se fait entre eux, donc c'est vrai que c'est sympa aussi »* (E14))

2.2.2. COMPORTEMENTS RESSENTIS COMME ÉTONNANT

➤ La tonicité :

Certaines mères parlent de la tonicité de leur nourrisson et ce dès leur naissance. (*« Je le trouve très tonique, il tient bien sa tête, il tient beaucoup sur ses jambes aussi (...) c'est pour*

ça que ça m'a assez surpris que... et depuis la naissance quoi. Et sur le ventre c'est vrai qu'il relève déjà sa tête énormément. » (E15) ; « dès la naissance d'ailleurs. Il levait déjà sa tête » (E2)).

➤ L'éveil :

L'éveil de leur bébé a étonné beaucoup de mères (*« qu'elle soit super éveillée » (E18) ; « je le trouve encore plus éveillé que les deux premières » (E6))* d'autant plus qu'il a été perçu comme précoce (*« je suis étonnée qu'elle soit aussi éveillée. Oui assez vite en plus » (E12) ; « j'ai l'impression qu'il est éveillé plus tôt » (E14))*

➤ L'attention :

Certaines mères sont étonnées que leur nourrisson soit attentif à leur environnement au point de s'arrêter de manger lorsqu'il se passe quelque chose (*« elle regarde son frère, si il parle un peu, elle s'arrête de manger pour le regarder. Ça ça m'étonnait un petit peu qu'elle fasse vraiment attention au moindre bruit » (E16) ; « je lui donne à manger, il y a un bruit de l'autre côté il va arrêter, il va regarder ce qu'il se passe hein! Et il a que 5 mois hein » (E2)).*

➤ L'acquisition du rythme nyctéméral :

Plusieurs mères ne pensaient pas que leur bébé ferait ses nuits aussi rapidement (*« au bout d'un mois, bah elle a fait une nuit de 8 heures » (E9) ; « qu'elle fasse quasi les nuits tout de suite, ça je pensais pas » (E16))*

➤ Se sentir sale :

Une mère s'étonne que sa fille se sente au sale *« qu'elle sent qu'elle est au sale, elle dort pas. C'est fou, franchement c'est pas... elle est petite aussi, je sais pas, elle le comprend. Elle aime pas »*

➤ Certains traits de caractère :

Certains traits de caractère de leur nourrisson ont étonné les mères comme le fait :

- D'être très souriant (*« le fait qu'il soit vraiment si souriant » (E5) ; « super souriante » (E18))*
- D'avoir de l'humour (*« Je savais pas que les bébés aussi petits avaient autant d'humour. Parce que c'est des petits sourires malicieux, des petits regards » (E17))*
- De pouvoir être sérieuse (*« quand elle est sérieuse ça nous étonne aussi parce que on a pas trop l'habitude de la voir comme ça » (E9))*
- D'être sociable (*« ce qui nous a surpris c'est le fait qu'en étant bébé on la mettait dans les bras d'autres personnes et elle disait rien » (E9))*

- D'être aussi calme (*« elle est vraiment calme »* (E16)) ou pas si nerveuse qu'attendu (*« ben on m'avait dit que pendant la grossesse quand on est nerveuse en général, ça se répercute sur la naissance en fait sur après, et franchement... (...) je pensais que ça serait vraiment plus »* (E18))
- D'être aussi affectueux (*« je savais pas qu'un bébé à même pas encore 8 mois ça pouvait donner autant d'a... Enfin d'être aussi câlin affectueux tout ça, je savais pas »* (E8))
- D'être curieux (*« le fait de sa curiosité »* (E9) ; *« il s'intéresse à tout ! »* (E2))

➤ Communication :

La capacité de communication des bébés a surpris quelques mères de par sa précocité (*« j'ai été étonné c'est le langage ! (...) je l'avais dans les bras, je regardais la télé, et j'ai senti qu'on me regardait avec insistance, je l'ai regardé et dès qu'il m'a vu il m'a fait areuh ! alors la je me suis dit quand même, pour un mois et demi c'est pas mal. »* (E6)), sa qualité (*« je pensais pas que si petit quand même ça pouvait comment dire, pouvait réagir avec l'entourage comme ça en fait. »* (E16)) et sa quantité (*« Je pensais pas que ça cherchait à communiquer en fait. Autant »* (E16))

➤ Précocité et rapidité d'évolution :

La plupart des mères ont été surprises par la rapidité d'évolution de leur nourrisson (*« Je pensais pas que ça évoluait aussi vite »* (E7) ; *« j'ai l'impression qu'il évolue... ouais c'est rapide quoi »* (E14) ; *« C'est impressionnant. Ça grandit trop vite. Déjà que ça grandit vite, alors si ça évolue encore plus vite alors... »* (E2))
« Pour être honnête, ça évolue même trop vite pour nous quoi » (E7)

Par la précocité de leurs acquisitions (*« elle est bien avancée on va dire. Elle sait déjà tenir bien sa tête droite, elle rigole presque aux éclats, elle essaie de parler, de sortir 2-3 gazouilles alors qu'elle a que 2 mois »* (E11) ; *« je trouve qu'elle est très... très précoce »* (E13)) ou par la précocité de leurs intérêts (*« Il essaie de faire les choses un peu trop vite je trouve »* (E2) ; *« on dirait qu'elle a envie de faire les choses plus vite que son âge en fait »* (E4))

Elles sont étonnées par leur capacité d'apprentissage (*« quand il essaie une fois et voilà ça l'énerve mais euh la deuxième fois il va y arriver, alors je sais pas peut être qu'il s'entraîne la nuit j'en sais rien mais c'est vrai que c'est le coté, enfin moi c'est l'apprentissage que... »* (E14))

➤ Tout et rien ! :

Certaines mères sont étonnées par beaucoup de choses (*« c'est vrai que y a beaucoup de choses qu'il fait et qui m'étonnent »* (E2) ; *« tout m'étonne un peu parce que c'est notre*

premier bébé » (E19)) et une mère n'a rien trouvé qui l'aurait étonnée chez son bébé (« non je sais pas il y a rien qui me vient » (E10))

2.2.3. MOMENTS RESSENTIS COMME MOINS AGRÉABLES PAR LES PARENTS

➤ Peu de moments :

La plupart des mères trouvent qu'il y a assez peu de moments désagréables avec leur nourrisson (« *des moments désagréables ? Euh, j'en ai pas compté beaucoup pour l'instant parce que c'est voilà quoi tout petit tout mignon* » (E1) ; « *les choses désagréables... non pas trop quand même* » (E2) ; « *pas beaucoup de moments désagréables* » (E17))

➤ Troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil sont perçus comme particulièrement désagréables :

On retrouve les difficultés d'endormissement et ce même lorsqu'il s'agit de troubles occasionnels (« *Des moments où il arrive pas à s'endormir je dirais c'est (...) assez rare (...) Mais c'est justement le fait que ce soit rare que ça me surprend* » (E17) ; « *quand elle décide de pas faire sa nuit, parce qu'elle les a fait super tôt donc c'est vrai qu'on s'y habitue vite à dormir* » (E18))

Et les réveils nocturnes, notamment lorsque cela s'inscrit dans la durée (« *Les moments moins agréables c'est que le petit coquin ne fait pas ses nuits ! (...) Il se réveille sur les coups de 2 heures, et il me fait la java jusque 4 heures. Alors c'est pas en continu mais il va se réveiller, il va se rendormir, du coup c'est pas forcément évident* » (E5) ; « *désagréables, la nuit, comme elle fait pas ses nuits encore (...) elle se réveille toutes les heures pour demander à boire. Donc elle dort pas. Des fois c'est même pas pour boire, c'est pour être portée c'est tout* » (E11))

➤ Alimentation :

Les moments d'alimentation peuvent être perçus comme désagréables par certaines mères quelque soit le type d'alimentation, à cause de leur fréquence, de leur durée ou du comportement du bébé.

L'allaitement maternel peut être perturbant par des tétées très fréquentes (« *Moi je prenais pas son rythme hein faut être honnête, toutes les 5 min moi ça m'embêtait* » (E7)) ou des difficultés d'accordage avec le bébé (« *il était super impatient donc euh ça n'allait pas assez vite donc euh le temps que je le positionne bien pour qu'il soit bien bah une fois qu'on y était bah il s'énervait donc il rebougeait (...) on avait du mal à se caler tous les deux* » (E14))

Les prises alimentaires trop longues sont parfois ressenties péniblement par la mère (*« des fois elle est un petit lente, très très lente, ça ça m'agace un peu, elle joue en mangeant le biberon et du coup elle, du coup c'est assez long »* (E16))

L'agitation du bébé peut rendre désagréable le temps du repas (*« quand elle veut pas vraiment manger, qu'elle est pas concentrée pour manger, qu'elle en met partout, c'est un peu moins agréable pour moi »* (E9) ; *« pour lui donner à manger c'est souvent pareil une bataille pour que... Parce qu'il l'enlève, il le reprend, il se retourne, il joue... »* (E8))

➤ Moments d'indisponibilité des parents :

Certains moments perçus comme désagréables sont les moments où le nourrisson réclame de l'attention alors que la mère est occupée à autre chose (*« quand on a des choses à faire et qu'elle décide qu'elle veut être avec nous ouais c'est (soupir)... des fois on se dit laisse nous 5 min quand même »* (E18) ; *« ça va être un moment désagréable pour lui comme pour moi parce que je vais me presser, je vais faire quelque chose, je vais tout fiche en l'air ou je ne sais pas »* (E17))

➤ Moments supposés désagréables pour l'enfant :

Les moments qui paraissent également désagréable pour les mères sont ceux qu'elles s'imaginent être désagréables pour leur bébé (*« c'est désagréable pour moi surtout parce que ça peut être désagréable pour lui. »* (E1) ; *« les moments désagréables, c'est les moments qu'il passe lui désagréables surtout »* (E17)).

On retrouve notamment le lavage de nez (*« si on doit lui faire des petits soins ou des gouttes dans le nez (...) de la voir pleurer ou de la voir réagir c'est plus désagréable »* (E16) ; *« les moments désagréables, elle aime pas, bah ça c'est quand on lui lave le nez »* (E9))

Certaines situations d'inconfort pour le bébé comme le fait d'avoir froid lors des changes (*« quand je le change bah il aime pas ça non plus parce qu'il aime pas avoir froid »* (E1)), de se sentir sale ou d'avoir faim (*« moments désagréables c'est quand elle a faim ! Quand elle faim là ça va pas du tout ! Et si elle est pas propre, là aussi c'est pas... non ! ça lui dérange, j'sais pas je sens que ça lui dérange ! »* (E3))

Ou encore le fait de réveiller son bébé pendant la tétée afin qu'elle soit plus efficace (*« ce qui me paraîtrait désagréable c'est de devoir le réveiller à chaque fois qu'il s'endort au sein pour qu'il prenne vraiment une bonne tétée (...) Parce que je m'imagine que c'est désagréable pour lui d'être réveillé »* (E1))

➤ Moments de nervosité de l'enfant :

Certains nourrissons ont des moments de plus grande nervosité. Ce comportement est perçu comme désagréable pour les mères (*« y a des moments qu'elle est infernale, elle fait que de*

pleurer, tout le temps la porter (...) c'est surtout quand les frères et sœurs sont pas là (...) elle bouge un peu plus. Oui. Elle demande plus d'attention » (E12)).

On retrouve parfois cette nervosité en soirée (*« le soir elle est plus nerveuse (...) Elle a vraiment besoin de toute l'attention vers 8 heures du soir » (E4) ; « le soir à partir de cinq heures, il est énervé tout le temps, je sais pas pourquoi. Ah là c'est dur. » (E8))*

➤ Pleurs de cause indéterminée :

Certaines mères trouvent désagréables les moments où leur nourrisson pleure et qu'elles n'arrivent pas à en déterminer la cause (*« désagréable, c'est quand il pleure et on sait pas ce qu'il y a à faire » (E6) ; « Ce qui est désagréable c'est de pas savoir ce qu'elle a en fait. Parce qu'à partir du moment où elle a mangé et qu'elle a les fesses propres pourquoi elle pleure ? » (E18))*

➤ Les éruptions dentaires :

La période où les enfants font leurs dents est désagréable pour certaines mères (*« C'est quand elle a fait ses dents » (E7))* notamment parce que le comportement du nourrisson peut en être provisoirement affecté (*« il dort moins bien, il mange moins bien, c'est... Un peu plus grognon » (E10))*

2.2.4. RESSENTI PARENTAL DES PLEURS

Les mères n'ont pas le même ressenti lorsque les pleurs sont de cause indéterminée, lorsqu'il s'agit de pleurs présumés de douleur ou lorsque la cause des pleurs est clairement identifiée. (*« c'est pas pareil que quand on sait pas pourquoi est ce qu'elle pleure. » (E13) ; « si il pleure parce qu'il a mal, c'est pas pareil que quand il pleure de.. (...) quand c'est la fièvre quand c'est les dents, c'est plus... » (E10))*

Lorsque la cause est identifiée, les pleurs génèrent peu d'affects chez la plupart des mères (*« quand c'est la faim, ça dure pas longtemps donc ça me fait rien » (E15) ; « les pleurs du soir me font plus rien ! Parce que je le sais, je sais que c'est des pleurs, je sais que c'est un besoin qu'il a et que aujourd'hui je le comprends » (E15) ; « quand c'est un pleur de fatigue je me dis bon bah voilà c'est le moment » (E14) ; « quand il râle et je sais c'est quoi (...) je gère facilement la situation » (E2)).*

Le fait d'identifier la cause des pleurs rassure même certaines mères (*« je suis plus sereine, parce que je sais pourquoi elle pleure » (E9) ; « Tout de suite, moi ça me calme. Lui je sais pas, mais moi ça me calme ! » (E6))*

De manière générale quelques mères semblent peu affectées par les pleurs de leur bébé (« *moi ça me dérange pas du tout* » (E3) ; « *si j'ai quelque chose à faire, elle peut pleurer c'est pas grave, c'est pas pour ça qu'elle est pas bien. (...) je culpabilise pas du tout* » (E18) ; « *moi je suis pas plus énervée que ça, un bébé qui pleure, un bébé qui chigne ça ne me dérange pas plus que ça* » (E17))

Cependant la plupart des mères n'aiment pas que leur bébé pleure (« *c'est embêtant, enfin ça nous, on aime pas quand il pleure* » (E10) ; « *je peux pas entendre un bébé pleurer trop longtemps* » (E17) ; « *Le pauvre ! J'aime pas le laisser pleurer, j'ai horreur de ça* » (E8)).

➤ Manifestations physiques :

Quand les pleurs sont d'origine indéterminée l'angoisse générée par les pleurs provoque un mal être physique chez certaines mères (« *j'en ai une boule au ventre. De pas savoir ce qu'il a ou de pas comprendre pourquoi il fait ça, je me sens un peu mal moi, personnellement* » (E2) ; « *Ça me fait un pincement* » (E4) ; « *on est pas bien* » (E12))

On retrouve également des manifestations physiques lorsqu'il s'agit de pleurs présumés de douleur (« *Ça fait mal aux tripes quand on sent que c'est douloureux pour eux* » (E6) ; « *Quand il a des gaz, enfin des coliques, là ça m'embête pour lui quoi parce que j'ai mal au ventre pour lui* » (E15) ; « *si c'est un pleur parce qu'elle a peut être mal (...) des fois ça fait un petit peu mal dans l'estomac* » (E16))

➤ Peine :

La plupart des mères éprouvent de la peine lorsque leur enfant pleure (« *j'ai de la peine parce que je ne sais pas toujours pourquoi il se met à pleurer* » (E17) ; « *quand je sais pas pourquoi ça me fait un peu mal au cœur* » (E13))

Certaines mères attribuent certains pleurs de leurs enfants à de la peine ou de la tristesse et éprouvent alors elles même de la peine (« *j'ai l'impression qu'ils sont tristes et du coup c'est vrai que j'aime pas, ouais ça me fait un peu de la peine* » (E16) ; « *j'ai l'impression qu'il a envie d'être avec moi, ça lui fait mal au coeur alors moi ça me fait mal au coeur qu'il ai pas envie de dormir et que je le force en fait* » (E8))

Enfin certaines mères ressentent jusqu'à une envie de pleurer (« *les larmes elles sont aussi presque là* » (E5) ; « *des fois quand j'arrive pas du tout j'en pleurerais presque* » (E12))

➤ Impuissance :

Le sentiment d'impuissance prédomine lorsqu'il s'agit de pleurs de douleur et que les mères ont l'impression de n'avoir aucun moyen de soulager leur bébé (« *on se sentait pas mal impuissant parce que c'est pour le coup là une douleur qu'on peut pas lui enlever comme ça quoi je veux dire, on peut pas la prendre pour elle* » (E19) ; « *Quand il a des gaz, enfin des*

coliques (...) je suis presque impuissante parce que je peux rien faire, il y a que lui qui peut se soulager » (E15) ; « On se sent un petit peu impuissant face aux coliques » (E1)

➤ Questionnement :

Les difficultés qu'éprouvent les mères à comprendre certains pleurs les amènent à se poser des questions aussi bien sur la cause des pleurs (*« on se demande pourquoi qu'elle pleure, surtout quand on arrive pas à la calmer » (E12) ; « je me dis merde qu'est ce qui se passe ? Qu'est ce qu'il a ? Pourquoi il me fait ça ? » (E2)*), sur la conduite à tenir face à ces pleurs (*« Des fois elle pleure on sait pas, et là je me dis que ben quoi faire ? » (E4)*), que sur leur compétence parentale (*« au bout du compte on s'est dit est ce qu'on fait bien les choses, est ce que... on se pose plein de questions en fait » (E13) ; « je me demande toujours si je fais bien les choses ou... » (E7)*)

Lorsqu'il s'agit de pleurs présumés de douleur certaines mères se demandent comment aider leur bébé (*« si c'est un pleur parce qu'elle a peut être mal (...) On se dit mince qu'est ce qu'on peut faire pour l'aider. » (E16)*)

➤ Culpabilité :

Une mère décrit de la culpabilité lorsque son bébé pleure (*« de la culpabilité ! (...) J'me dis j'aurais pu penser à ci » (E7)*)

➤ Enervement / stress :

Dans certains cas les pleurs du nourrisson génèrent de l'énervement, du stress ou de l'agacement (*« Ça dépend des fois j'ai du stress, je m'énervé » (E3) ; « je m'énervé et puis après j'arrive pas non plus à me calmer moi ! » (E12) ; « au bout d'un moment bah on fatigue aussi et là ça nous agace » (E5)*)

Parfois le pleur provoque de l'énervement lorsque la réponse ne peut être immédiate comme préparer un biberon (*« ça peut être un peu de l'énervement parce qu'on essaie d'aller vite, en même temps elle pleure, on sait ce qu'elle veut donc euh il y a juste à le préparer mais c'est le temps d'attendre, elle comprend pas donc des fois on lui dit bah je sais, donc c'est plus de l'énervement pour de la faim » (E16)*)

➤ Inquiétude :

Les mères décrivent parfois de l'angoisse, de l'inquiétude ou de la frayeur devant certains pleurs de leur nourrisson (*« un peu d'angoisse, un peu de peur bah qu'elle aille pas bien en fait » (E9) ; « je me suis un peu inquiétée » (E13) ; « Parfois il se met un petit peu à pleurer et ça m'effraie un petit peu » (E17)*)

➤ Frustration :

Une mère décrit de la frustration lorsqu'elle ne comprend pas les pleurs de son bébé (« *c'est un peu frustrant de pas savoir* » (E18))

2.3. ATTITUDES PARENTALES VIS À VIS DE CES COMPORTEMENTS

2.3.1. COMMUNICATION DES PARENTS AVEC LEUR NOURRISSON

2.3.1.1. COMMUNICATION ORALE

➤ Parole :

Les mères communiquent beaucoup avec leur nourrisson par la parole. (« *je lui parle beaucoup déjà* » ; « *Je suis tout le temps en train de lui parler* » (E1) ; « *je lui ai pas beaucoup parlé dans mon ventre mais je lui parle beaucoup plus maintenant* » (E15)).

Certaines mères précisent le type de langage qu'elles utilisent avec leur bébé. Il y a celles qui parlent bébé (« *j'ai commencé à lui parler un peu bébé, vraiment très areuh areuh* » (E17) ; « *un peu plus gaga* » (E18)) et d'autres qui utilisent un langage d'adulte ou un langage normal (« *je lui parle beaucoup, on va dire normalement, pas des ah euh, pas bébé* » (E14) ; « *je lui parle pas en coupant des mots ou des phrases je lui parle comme je vous parle à vous en fait* » (E8) ; « *je lui parle normalement* » (E11)).

Les mères expliquent ce qu'elles font à leur bébé (« *j'essaie de lui expliquer ce qu'on fait quand je la change, quand je la couche, lui expliquer qu'on est là* » (E18) ; « *Quand je fais quelque chose et qu'il veut pas attendre que je termine ben je lui explique* » (E8)) et les rassurent par la parole (« *j'essaie de le rassurer, lui dire que c'est bientôt fini, tout ça* » (E1)).

Le ton de la voix est également important (« *il sait quand je suis fâchée, il le sait, dès fois j'hausse un peu le ton* » (E2) ; « *Je sais bien que le fait de lui dire que c'est froid il comprend peut être pas mais c'est le ton de ma voix pour lui expliquer que ça, ça va être comme ça* » (E17)).

Les mères perçoivent que leur nourrisson les écoute lorsqu'elles parlent (« *elle écoute qu'est ce qu'on lui dit* » (E3) ; « *il m'écoute. Il me regarde et il m'écoute* » (E17)) et elles ont l'impression qu'ils comprennent ce qu'on leur dit, tout du moins en partie (« *c'est sûr qu'elle comprend pas tout* » (E16) ; « *je pense qu'elle commence à comprendre* » (E13) ; « *ça se voit qu'elle est contente, qu'elle comprend* » (E3)).

Les mères perçoivent également certains comportements de leur bébé comme étant une réponse lorsqu'elles leur parle (« *Quand on lui parle il répond par des areuh ou par des*

sourires » (E6) ; « *il me regarde dans les yeux, des fois il dit des euh des ahh. Voilà ça commence à être bien interactif* » (E1)).

➤ Chant :

Certaines mères communiquent avec leur nourrisson à travers le chant (« *en chantant* » (E12) ; « *on chante* » (E19)).

➤ Bruitages :

D'autres mères utilisent également les bruitages (« *je fais un peu des bruitages avec ma bouche* » (E14) ; « *Tout petit déjà je faisais des petits sons dans les oreilles (...) j'aimais bien faire du bruitage dans ses oreilles* » (E17)).

2.3.1.2. COMMUNICATION NON VERBALE

➤ Contact physique :

Les mères entrent en relation avec leur nourrisson par le contact physique comme les câlins, les bisous, les massages (« *je touche mes bébés ! c'est très fusionnel, il faut toujours que je les touche, que je leur face des bisous* » (E14) ; « *Beaucoup dans le toucher aussi* » (E4) ; « *par les caresses, les bisous* » (E15) ; « *y a les câlins, les massages* » (E5)).

Il y a aussi les chatouilles (« *des chatouilles, je sais pas je pense que c'est un genre de communication* » (E10) ; « *là on commence un petit peu les chatouilles* » (E14)).

➤ Jeu :

Une grande partie de la communication des mères avec leur nourrisson passe par le jeu (« *je communique oui bah dans le fait de jouer* » (E9) ; « *je joue, je lui fais rigoler* » (E3) ; « *on est beaucoup oui dans le jeu...* » (E4)).

➤ Gestuelle :

Quelques mères citent la communication par les gestes notamment le fait de montrer quelque chose pour que le nourrisson apprenne (« *par les gestes* » (E5) ; « *j'essaie de lui apprendre les choses (...). Je lui montre comment tendre les bras, quand je lui montre les mains, un air de dire viens, allez..* » (E2)).

➤ Regard :

Le regard constitue également une importante de la communication entre la mère et le nourrisson (« *les regards que moi je donne, lui me renvoie pas spécialement encore* » (E15) ; « *on a l'impression que tout se passe dans le regard quoi. Des fois il suffit juste de se regarder, c'est vrai qu'après des fois on rigole au même moment* » (E14)).

➤ Sourires :

Enfin il y a les sourires (« *par les sourires* » (E16)).

2.3.2. GESTION DES PLEURS

➤ Répondre aux besoins :

Les mères essaient d'abord de palier aux besoins de leur nourrisson (« *ce qui le calme c'est le fait de répondre à ce qui le gêne* » (E6) ; « *j'essaie quand je sais de palier à ses besoins et de enfin voilà de trouver la solution à ses pleurs* » (E9)).

Parfois cette tâche peut s'avérer complexe quand le besoin n'est pas clairement identifié (« *j'essaie tout ! j'essaie tout, t'as soif, t'as faim ? dis moi ! voilà j'essaie un peu tout et j'attends qu'il se calme* » (E8) ; « *j'essaie de la calmer, de trouver ce qui lui faut mais sans vraiment savoir. Des fois je lui donne peut être à boire alors que peut être c'est pas ça, je la porte c'est peut être pas ça qu'elle veut, je sais pas donc...* » (E11))

➤ Contact physique :

Prendre le nourrisson dans ses bras, le porter et le câliner constituent les moyens les plus cités par les mères pour calmer les pleurs (« *je le prends dans les bras c'est quasi immédiat* » (E1) ; « *les bras, parce qu'on la porte tout de suite on lui fait des câlins* » (E7) ; « *dès qu'on la porte ça y est elle se calme* » (E11) ; « *les bras, mais les bras de maman !* » (E18))

➤ S'occuper du bébé :

De manière générale, le fait de porter de l'attention à leur nourrisson les apaise (« *qu'on s'occupe de lui* » (E2) ; « *qu'on s'intéresse à lui* » (E10)).

➤ Consoler / rassurer / réconforter :

Les mères consolent, apportent du réconfort à leur bébé et les rassurent (« *j'essaie de le consoler* » (E8) ; « *quand elle est un peu angoissée, le fait de la prendre, de la rassurer, que ce soit son père ou que ce soit moi, qu'elle nous sente, ça la calme* » (E9) ; « *quelque fois oui* » (E10)).

comme tous les bébés où il faut la réconforter un petit peu » (E16) ; « il y a eu le vaccin et du coup elle est partie dans des pleurs (...) on l'a réconfortée et ça allait beaucoup mieux » (E19))

➤ Voix :

La parole et le chant sont souvent cités par les mères pour calmer les pleurs de leur bébé (*« J'ai l'impression que globalement le son de la voix ça calme les bébés » (E6) ; « on lui parle, on lui dit qu'on est là, que tout va bien » (E7) ; « je lui chante des petites chansons » (E1))*).

➤ Mouvement :

Que ce soit dans les bras, dans la poussette ou dans la voiture, le fait de marcher, rouler ou balancer calme la plupart des bébés (*« quand ça roule, quand ça balance, là il aime bien, quand on le met dans la poussette en général, quand il va dans la voiture aussi » (E6) ; « un petit peu les bras en la berçant » (E16) ; « qu'on marche avec lui » (E8))*).

➤ Distraction :

Beaucoup de mères essaient de distraire leur bébé en jouant avec ou en leur montrant des choses (*« jouer, qu'elle change d'idée en fait » (E18) ; « j'essaie de l'occuper en trouvant des p'tits subterfuges, je joue j'essaie de lui montrer des choses, par exemple des papiers qui font du bruit ou euh, essayer de l'occuper à autre chose » (E4))*

➤ Sucction :

Les mères utilisent également beaucoup la sucction. Les mères qui allaitent peuvent donner le sein (*« le plus souvent euh, le sein! » (E4))* ; d'autres mères utilisent la tétine, même si certaines d'entre elles y étaient réticentes au départ (*« la totosse ça marche bien aussi. On était contre mais bon, ça calme bien » (E13) ; « moi qui suis anti tototte (...) les nuits devenaient infernales, pour s'endormir surtout, et ça ça a été révélateur quoi. C'est le ferme clapet quoi entre guillemets » (E17))* ; enfin certains bébés trouvent leur pouce tout seul (*« il chope le pouce et puis ça va mieux quoi » (E14))*

➤ Changer d'ambiance :

Trouver l'ambiance adéquate au bébé, ni trop calme ni trop bruyante, est une des clefs utilisées par les mères pour calmer leur bébé (*« quand par exemple il y a une ambiance qui est bruyante et qu'on le met au calme ou inversement, par moment on a l'impression que c'est trop de calme » (E6) ; « elle a besoin d'être un peu au calme » (E16))*).

➤ Changement de position :

La position ventrale calme certains nourrissons (« *on la met sur le ventre* » (E12) ; « *quand je suis à coté je le laisse souvent en position du fœtus, un peu sur ventre (...) quand il a des coliques ou des choses comme ça si je le mets sur le dos il va hurler quoi parce qu'il est pas bien, il est pas en bonne position* » (E15))

➤ Massages :

Les massages peuvent être un remède aux petits maux, notamment les maux de ventre et de gencives (« *s'il a des gaz avant je l'ai un peu massé, je l'ai pris un peu sur moi j'ai replié un peu ses jambes* » (E15) ; « *j'essaie de lui masser le ventre, de lui faire un peu sa gymnastique des jambes* » (E1) ; (« *quand elle a mal aux dents, bah je lui masse les gencives* » (E9))

➤ Médication :

En complément des massages ou non les médicaments sont parfois une solution pour les mères. On retrouve les antispasmodiques pour les maux de ventre et de l'homéopathie pour les douleurs dentaires (« *des fois elle a mal au ventre (...) bah je lui donne de temps en temps Débridat®* » (E3) ; « *quand elle a mal aux dents (...) je donne de l'homéopathie* » (E9) ; « *quand elle a fait sa dent (...) on lui a mis du gel on lui a donné ses petits médicaments, sa petite homéopathie et puis ça l'a soulagée* » (E19)).

➤ Passer le relais au père :

Parfois passer le relais au père est une bonne alternative « *ou alors je le donne à son papa et lui il essaie aussi* » (E8)

➤ Laisser le bébé se calmer seul :

Certains parents prennent le parti dans certaines circonstances de laisser pleurer leur bébé (« *parce que faut pas non plus dès qu'elle pleure aller la voir* » (E9)), notamment lors des difficultés d'endormissement (« *j'avais lu un truc c'était : une fois vous y alliez deux fois toutes les 5 min, une fois toutes les 10 min, et après vous passez à 20 min. C'est une fois 5, une fois 10, une fois 20 et après c'est toutes les 20 min. et euh bah de temps en temps quand je fais ça, faut que ça aille, je vais pas plus loin qu'une quarantaine de minutes* » (E17)) ou lors des pleurs du soir (« *je le laisse pleurer. Je m'en occupe pas, je le mets dans un endroit tranquille où il y a pas de bruit autour et je le laisse faire sa crise tranquillement et puis une fois qu'il est vraiment bien énervé je vais le rechercher et il se calme aussitôt.* » (E15)).

Enfin quand rien ne fonctionne pour calmer les pleurs, les parents laissent parfois les bébés se calmer seuls (« *Il s'est calmé tout seul parce que je savais pas ce qu'il avait* » (E8) ; « *des fois quand ça passe vraiment pas même avec le papa, je la mets dans son lit et par exemple elle va*

repleurer quoi 10 min à peu près et elle va s'endormir » (E13) ; « on l'a mise sur le canapé toute seule et puis voilà elle s'est calmée toute seule » (E12)).

2.4. BESOINS D'AIDE EXTÉRIEURE

2.4.1. INQUIÉTUDES / PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

Les préoccupations maternelles tournent principalement autour de la santé de leur nourrisson, de la mort subite du nourrisson, de son alimentation (l'allaitement, les changements de lait, la diversification) et de sa prise de poids (prise de poids insuffisante ou au contraire trop importante), de son développement psychomoteur, de la séparation (mise en garde du bébé), de leur compétence maternelle ou encore des problèmes de sécurité domestique.

Certaines mères sont également préoccupées par le comportement actuel de leur enfant, le développement de sa personnalité, et les problèmes de comportements futurs éventuels.

Les problèmes de comportement rencontrés par les mères ou susceptibles de l'être et qui les inquiètent sont représentés par :

➤ Nervosité / hyperactivité :

Certaines mères qui perçoivent le tempérament de leur enfant comme étant nerveux ou hyperactif, s'inquiètent de ces comportements (*« c'est normal qu'il soit hyperactif comme ça à son âge ? (...) je me dis mais euh c'est pas possible qu'il soit aussi nerveux comme ça ! »* (E2) ; *« qu'elle soit pire que sa sœur ! (Rires) c'est ça qui me fait le plus peur. Qu'elle retire sur elle en la voyant, comme elle est hyperactif Marina donc euh, que Nolwen voit comment elle est qu'elle essaie de faire pareil quoi. C'est ça qui me fait encore le plus peur quoi. Deux comme ça euh ffff... Faut avoir les nerfs solides on va dire (...) on voit que déjà elle y est déjà, qu'est ce que ça va être plus tard ? »* (E11))

➤ Pleurs

Les pleurs inconsolables et prolongés inquiètent les mères (*« l'autre jour pendant 1 heure ½ elle hurlait, elle hurlait, elle hurlait. Donc là c'était très très long, même pour la maman. Parce qu'elle avait même les larmes et tout et c'est pas souvent, et j'ai jamais su pourquoi. (...) je me suis un peu inquiétée »* (E13) ; *« j'ai paniqué et il s'est calmé seul le jour là. Il s'est calmé tout seul parce que je savais pas ce qu'il avait, en fait il était juste fatigué et il a crié, crié, crié pendant au moins une heure, et le jour là j'ai même cru qu'il était malade et il s'est calmé tout seul. »* (E8))

Certaines mères imaginent que si une crise de pleurs inconsolables arrivait cela les inquiéterait (*« Non il y a des choses que je pourrais ne pas comprendre de ses pleurs ça*

m'inquiéterait si vraiment ça arrivait, jamais c'est arrivé au point où je panique. Des pleurs que je n'arrive pas à calmer ou j'arrive pas à savoir d'où ça vient, je pense que ça me paniquerait » (E17))

Avec l'expérience certaines mères qui s'inquiétaient devant certains pleurs pour les premiers enfants ne s'inquiètent plus de la même manière (*« il se mettrait à pleurer pendant deux heures là je me poserais des questions, j'me dirais y a un truc qui va pas, c'est pas possible. Mais bon comme il y a toujours un moment où ça se calme c'est qu' y a pas de soucis, quoi. Et euh alors que quand c'est le premier, bon bah, voilà, 10 minutes de pleurs c'est déjà la panique, mon dieu, qu'est ce qu'il y a. Voilà. Alors pour lui c'est normal, c'est son seul mode d'expression ! » (E6) ; « les pleurs du soir me font plus rien ! Parce que je le sais, je sais que c'est des pleurs, je sais que c'est un besoin qu'il a et que aujourd'hui je le comprends. Que pour mon premier je le savais pas et c'était des pleurs qui m'angoissaient, pour lui non je sais que c'est un besoin et vraiment même s'il devient rouge, qu'il s'énervé un peu, enfin je veux dire comme je sais qu'après il va mieux qu'il est serein, ça m'angoisse pas. » (E15))*

➤ Sommeil :

Quand les bébés ne font pas leur nuit, cela devient un sujet de préoccupation mais pas nécessairement une angoisse (*« c'est plus la nuit où là c'est le gros point d'interrogation. » (E5) ; « ça m'inquiète pas vu que les autres ça a été quasiment la même chose » (E5) ; « pour des raisons que j'ignore, j'ai un vilain doute, c'est le fait de rentrer dans ma chambre c'est le fait peut être de sentir ma présence quand il se réveille la nuit, je sais pas, la mauvaise habitude étant prise aussi, par la suite il est venu très régulièrement se réveiller et me têter. Donc la nuit parfois il arrive à têter 5 fois. (...) Cela dit je suis pas inquiète » (E17))*

➤ L'éducation :

Certaines mères se posent la question du comportement à adopter en fonction du comportement de leur enfant lorsqu'il sera plus grand (*« comment se comporter quand il fait ceci ou cela (...) si j'avais vraiment besoin de conseils, j'hésiterais pas à demander à quelqu'un qui puisse m'aider. » (E17) ; « plus tard quand elle sera dans les magasins, ma réaction si elle me fait une grosse colère, ça j'ai peur un peu... (...) de savoir comment gérer quand elle sera un peu plus grande, qu'elle va vraiment affirmer son caractère » (E18))*

2.4.2. PERSONNES RESSOURCES

Les jeunes mères ont besoin de s'entourer de personnes à qui elles peuvent demander des conseils, de manière plus ou moins régulière, et sur divers types de sujets comme l'alimentation, la santé, les comportements de leur enfant, leur éducation (*« sachant que les enfants sont pas tous pareils mais bon qu'il y a quand même des similitudes à certaines choses quoi. » (E17)).*

➤ Personnes ressources par leur expérience parentale :

De manière générale les mères demandent des conseils à des personnes qui ont déjà eu des enfants (« *des personnes qui ont déjà eu des enfants quoi, qui peuvent toujours nous conseiller dans la façon de s'y prendre* » (E4) « *à ma cousine qui a 2 enfants* » (E8)) ; « *Je pense que je ne demanderais pas conseil à une femme ou un homme qui n'a pas d'enfant.* » (E17))

➤ Conjoint :

Le conjoint est cité par deux mères comme personne conseil, notamment pour aider la mère à comprendre les pleurs (« *mon compagnon déjà* » (E9) ; « *c'est aussi avec mon mari (...) si il y a un moment donné où je comprends vraiment pas un pleur, est ce qu'il a faim ? Tu penses qu'il a faim ? Voilà* » (E15)).

➤ Famille :

Les parents sont des référents pour la plupart des jeunes mères (« *On se retourne beaucoup chez nos parents. Ben comme on dit ils ont vécu, ils en ont eus, ils nous ont élevés, j'estime que leurs conseils sont très bon à prendre* » (E7)) ou les beaux-parents (« *aux beaux parents, enfin à la belle-mère* » (E13)).

En particulier la mère est souvent en première ligne lorsque leur fille a besoin de conseils (« *si vraiment j'ai besoin d'un conseil... premièrement je dirais ma mère, c'est la première personne* » (E15) ; « *souvent à ma mère* » (E12) ; « *ma mère. Parce qu'on est 4, et puis de toute façon y a qu'elle avec qui euh... (...) Quand je vois comment elle était avec nous* » (E2)). Pour d'autres en revanche la mère n'a pas sa place dans les personnes conseils (« *j'irai pas demandé de conseil à ma mère (...) je pense que il vaut mieux que je demande des conseils à des personnes de ma génération parce que c'est encore trop de la vieille école quoi* » (E1)), comme la sœur (« *des fois j'en parle des fois un petit peu avec ma sœur* » (E14))

Certains membres de l'entourage sont sollicités en raison de leur expérience professionnelle. Le père lorsque celui est médecin (« *mon père parce que c'est un médecin retraité en fait. Donc euh dès qu'il y a un souci au niveau médical, enfin ou qui paraît être médical, je l'appelle et je lui demande son avis quoi* » (E6)) ou d'autres membres de la famille comme la belle-sœur (« *ma belle-sœur qui est nourrice* » (E18)) ;

➤ Ami(e)s :

Les amies sont également très sollicitées pour les conseils (« *je demande beaucoup à une amie qui a une petite fille qui a 9 mois là maintenant et qui a beaucoup d'expérience* » (E1) ; « *à des copines plutôt, on en discute entre copines, parce que j'ai plein de copines qui sont jeunes mamans* » (E19))

➤ Nourrice :

Une des mères parle d'échanges avec la nourrice de son bébé notamment lorsqu'il s'agit de questions de comportement (*« aussi avec la nanou, parce que du fait qu'elle garde maintenant que des enfants en bas âge, donc c'est vrai que quand on a des fois par rapport au comportement, parce que effectivement elle l'a toute la journée, donc c'est vrai que ça permet d'échanger, le soir on échange beaucoup pour voir justement le comportement »* (E14))

➤ Médecin traitant :

Le médecin traitant est cité soit comme personne de référence (*« surtout, surtout à mon médecin qui je trouve, c'est vraiment quelqu'un de très bien! Qui sait trouver les mots, qui sait m'apaiser. C'est vraiment, quoi qu'il arrive pour les enfants si j'ai un doute ou quoi, je lui pose des questions et il me donne des conseils qui, pour moi, je trouve qu'ils sont super bien et voilà »* (E5)) ; *« personnellement je préfère m'adresser maintenant au médecin, parce qu'après, fais pas ci fais pas ça ! »* (E13)) soit comme personne de deuxième recours (*« si elle, elle peut pas m'apporter de réponse, là je vais vers le médecin généraliste »* (E1)) ; *« ma mère. Et si elle peut pas me répondre ou si c'est raison médicale ou quelque chose, je consulte »* (E4))

➤ Sage-femme :

La sage-femme intervient en personne référente pour l'allaitement *« pour l'allaitement par exemple, j'avais demandé surtout à la sage femme »* (E1)

➤ Pas de conseil :

Certaines mères demandent peu de conseil à leur entourage ou au médecin car elles ont déjà acquis de l'expérience avec de précédents enfants (*« maintenant je l'appelle même plus, j'suis rodée »* (E2)) ; *« à l'heure actuelle j'en demande plus beaucoup parce que voilà c'est mon 5^{ème} enfant et du coup j'ai pas mal de choses que j'ai appris par moi-même à force et voilà »* (E15)).

D'autres se fient beaucoup à leur instinct (*« sinon je fais beaucoup à l'instinct »* (E18)).

D'autres encore n'osent pas toujours demander conseil (*« c'est déjà arrivé que j'ai des questions, j'ai une consultation et que j'ai des questions un peu différentes et puis voilà j'ai pas osé les poser. »* (E10)) de peur d'être jugée (*« que ce soit pas important, ou de.. pas d'embêter mais... »* (E10)) ; *« quand j'ai eu mon premier j'étais jeune mère, j'avais personne autour de moi et je me disais mais, elle va me dire que je suis idiote »* (E15))

Enfin une mère paraît résignée et pense qu'on ne peut rien faire pour l'aider (« *je garde pour moi. Elles sont comme ça, elles sont comme ça et puis c'est tout. On peut rien y faire donc euh..* » (E11))

➤ Internet :

Internet représente une source importante d'informations pour certaines mères (« *je vais voir aussi sur internet, y a des sites qui sont très, très bien documentés, on a des réponses...* » (E1) ; « *je vais beaucoup sur internet voir, si je me pose des questions, c'est pas forcément bon non plus mais sur internet beaucoup* » (E10))

D'autres mères en revanche ne font pas confiance à internet (« *Parce que c'est vrai que sur internet on trouve vraiment tout et n'importe quoi* » (E19))

2.5. ATTENTES DES PARENTS DE LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE CONCERNANT LE COMPORTEMENT DU NOURRISSON

Les mères souhaitent un suivi personnalisé, régulier et sur le long terme (« *que ce soit un peu personnalisé, qu'elle la suive un moment* » (E19) ; « *même qu'il y a pas de vaccin, elle demande à voir le petit* » (E2)).

Elles veulent être rassurées par leur médecin et que celui-ci leur dise que tout va bien. (« *qu'il me dise que tout va bien déjà ! C'est rassurant on va dire (...) être rassurée selon le médecin, ça fait toujours plaisir quoi. C'est qu'on fait bien notre rôle de parent !* » (E7) ; « *ce que j'attends c'est d'entendre la phrase qui fait du bien en disant tout va bien, il y a aucune inquiétude* » (E14))

Leurs attentes concernent plus précisément : la croissance, la prise de poids (ni trop, ni trop peu), le développement psychomoteur, le dépistage d'anomalies physiques (strabisme, audition, anomalies cardiaque ou pulmonaire, les testicules, les hanches), et les vaccinations. Que l'examen soit complet (« *ce que j'apprécie avec elle c'est que elle regarde toujours tout.* » (E2) ; « *ça me rassure que à chaque fois il fasse en détail* » (E4))

Elles souhaitent également avoir des conseils sur l'alimentation, la sécurité, l'hygiène et l'éveil du bébé.

Une des mères aimerait que le médecin s'intéresse également à son vécu (« *on a beau être la mère des fois mais les pleurs c'est quand même fatigant et usant (...), on demande comment va le bébé et tout ça, mais on propose rarement à la mère tout ça de savoir si elle va bien psychologiquement en fait* » (E15))

Quelques mères parlent de leur attente du médecin par rapport au comportement de leur bébé :

Une des mères pense que son médecin ne doit pas penser aux problèmes de comportements sauf si la mère elle-même en parle (*« j'ai pas pensé à lui demander par rapport à son comportement si c'était normal, je sais même pas si j'y penserai la prochaine fois que j'irai vous me direz (...) Non après elle, j pense pas qu'elle doit penser à ça. Elle doit se dire si j'ai des soucis, elle va m'en parler ou quoi que ce soit quoi. Non et puis c'est comme ça ! Non ça va. »* (E2))

Une des mères raconte que son médecin a évoqué une certaine nervosité chez son fils devant des troubles de digestion (*« lui aussi a parlé de nervosité parce que en fait il y avait pas que des coliques, à un moment il m'a fait des selles qui étaient vertes en fait je me suis posé la question si c'était uniquement le fait qu'il soit allaité quoi. (...) je suis allée voir le docteur (...) qui m'a dit un moment, je me demande s'il est pas un petit peu nerveux quand même, s'il a pas une digestion un peu compliquée parce que justement il est un petit peu nerveux quoi. Voilà. »* (E6))

Une autre mère a parlé de coliques à son médecin (*« je lui ai dit que j'avais remarqué qu'il avait quelques coliques et tout et je voulais savoir comment... et puis voilà la réponse que j'ai eu c'est : c'est normal, jusqu'à 3 mois ça va être comme ça. »* (E1))

Deux autres mères pensent que si elles ont un problème de comportement avec leur bébé, elles en parleront à leur médecin (*« si je vois dans les mois à venir qu'il y a un changement de comportement ou si y a un truc qui moi me chagrine qui est pas comme d'habitude, je vais lui poser la question »* (E14) ; *« maintenant il m'a jamais demandé comment je me comportais, il s'est jamais mêlé de ça. Alors est ce que c'est son rôle ? Je sais pas. (...) Mais je pense que si j'avais des difficultés je lui en parlerais, j'hésiterais pas. »* (E17))

2.6. SYNTHÈSE

Une grande partie de l'expression du nourrisson passe au début de sa vie par les pleurs. Les mères apprennent progressivement à décoder les pleurs de leur bébé et parlent de différences de tonalité et d'intensité des pleurs en fonction de leur cause. Elles identifient différentes causes aux pleurs comme la faim, la fatigue, la colère, la lassitude, l'inconfort, la peur, le besoin de tendresse et enfin la douleur.

Le ressenti des mères interrogées des pleurs de leur nourrisson est variable en fonction du type de pleur. Elles peuvent ressentir de l'inquiétude, de l'angoisse avec des manifestations physiques, de l'énervement, de la peine ou un sentiment d'impuissance. Certains types de pleurs difficilement consolables les amènent parfois à remettre en question leur compétence parentale.

L'attitude des parents en réponse aux pleurs dépend également du type de pleur. Lorsqu'il s'agit de pleurs de cause bien identifiée, les mères répondent aux besoins qu'elles perçoivent de leur nourrisson. Si ce n'est pas le cas, elles consolent leur bébé, et crée un contact par la voix ou le port dans les bras, ou distraient leur attention, éventuellement par un changement de lieu. Parfois, les mères ne perçoivent pas d'autre issue que de laisser pleurer l'enfant jusqu'à ce qu'il retrouve son calme seul.

L'expression du nourrisson est aussi perçue très tôt par d'autres moyens de communication comme les gazouillis, le regard, le sourire, la gestuelle et le contact auxquelles les mères répondent dans les mêmes registres, en soulignant l'importance du jeu. Il se crée alors souvent entre la mère et son bébé une spirale interactive où l'un des deux protagonistes débute l'interaction et l'autre y répond et ces échanges sont vécus comme très agréables par les parents.

Les mères qualifient le tempérament de leur enfant de calme, agréable, facile ou encore nerveux, déterminé. On peut retrouver des notions tempéramentales apparemment éloignées chez un même enfant.

Certains comportements étonnent les mères comme une grande tonicité et un éveil de qualité à des âges jugés précoces, leur capacité de communication, leur rapidité d'évolution et d'apprentissage. Certains traits de caractère comme un bébé très souriant, sociable, affectueux ou calme ont également étonnés certaines mères.

Enfin d'autres comportements de leur nourrisson sont vécus comme désagréables pour les mères comme les troubles du sommeil et les moments de plus grande nervosité de leur bébé.

Les mères cherchent de l'aide auprès de personnes ayant déjà des enfants ou une expérience professionnelle. La plupart du temps, il s'agit de leur mère ou d'amies. Les préoccupations maternelles tournent principalement autour de la santé, de la mort subite possible du nourrisson, de son alimentation et de sa prise de poids, de son développement psychomoteur, de la séparation pour garde, de leur compétence maternelle ou encore des problèmes de sécurité domestique.

Certaines mères sont également préoccupées par le comportement actuel de leur enfant, le développement de sa personnalité, et les problèmes de comportements futurs éventuels. Les inquiétudes vis-à-vis du comportement sont suscitées par un tempérament particulièrement nerveux ou des épisodes de pleurs inconsolables.

Le médecin généraliste est également une personne de référence, qui rassure sur la normalité du développement de l'enfant. Concernant le comportement de leur nourrisson, les attentes des mères interrogées vis-à-vis du médecin généraliste semble limitées par la crainte de l'importuner avec des demandes qui semblent futiles, mais un questionnement à ce sujet serait apprécié.

IV. DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

1.1. Biais lié à la composition de l'échantillon

Il existe dans cette étude un biais de recrutement de l'échantillon, les recherches n'ayant été effectuées que dans 3 départements : les Vosges, la Meurthe et Moselle et la Moselle. De plus il a été difficile de recruter des parents d'origine étrangère notamment à cause de la barrière de la langue.

D'autre part, les entretiens ont également été proposés aux pères des nourrissons. Ceux-ci, dans l'ensemble, n'étaient pas opposés à réaliser l'entretien proposé, mais certains ont considéré que leur femme était plus à même de répondre à des questions concernant leur nourrisson. D'autres avaient des horaires de travail difficilement conciliables avec un rendez-vous pour un entretien.

L'échantillon n'a donc été constitué que de mères et pour la plupart de nationalité française (une mère est algérienne), ce qui ne constitue pas un échantillon tout à fait représentatif de la population générale lorraine.

Cependant d'autres critères de diversité comme l'âge des mères, leur situation familiale (en couple ou séparée, famille classique ou recomposée, nombre d'enfants), leur niveau socio-économique et leur lieu de vie (urbain, semi-rural, rural) qui semblaient pertinents pour notre questionnement ont été respectés.

1.2. Biais liés à l'expression des participants

Notre travail repose sur l'expression des personnes interrogées : ce moyen peut être à l'origine de biais par mauvaise compréhension des questions, ou dus à la gêne éprouvée et aux modifications de leurs expressions liés à la présence d'autrui. Il peut y avoir aussi un oubli des sentiments et observations passées au profit des constations correspondant à l'état de leur enfant au moment de l'interrogation.

1.3. Biais liés à l'enquêteur

L'enquêteur a pu introduire des biais lors des entretiens en influençant involontairement les mères par son attitude, le ton de sa voix, ses réactions aux réponses et ses commentaires réalisés hors du contexte de l'entretien.

1.4. Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation

Des biais d'interprétation des résultats ont pu avoir lieu suite à une mauvaise interprétation par l'enquêteur de certaines réponses ou à la prise en compte de réponses non pertinentes ou incorrectes fournies par les mères.

D'autre part les représentations propres à l'enquêteur ainsi que ses hypothèses préalables ont pu influencer l'analyse des résultats.

Ces biais ont été limités par une retranscription fidèle des entretiens mot pour mot par écrit et par la triangulation réalisée avec la directrice de thèse qui a relu et analysé de manière indépendante les entretiens retranscrits.

2. Discussion concernant les résultats

2.1. Les interactions mère-enfant

L'ensemble des résultats des entretiens réalisés montre bien la richesse des comportements à la fois du nourrisson, mais aussi des comportements maternels qui sous-tendent les interactions entre ces deux partenaires.

Actuellement dans la littérature, les interactions du nourrisson avec son entourage sont conçues comme un ensemble de processus bidirectionnels. L'environnement et le nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement. (4) On retrouve trois canaux de communication prépondérants que sont le corps, le regard et la voix.

Concernant les interactions corporelles, certaines mères de notre étude décrivent des états de tension physique du bébé dans leur bras, notamment lorsque celui-ci est fatigué. D'autres affirment que le bercement dans les bras apaise généralement leur enfant.

Wallon puis Ajuriaguerra ont étudié l'importance du dialogue corporel entre la mère et son nourrisson comme vecteur émotionnel (dialogue tonico-émotionnel) (10). La mère est sensible au tonus de son enfant qui peut se détendre dans ses bras ou à l'inverse se tendre. De son côté le bébé est particulièrement sensible aux variations toniques et rythmiques des bras qui le portent. La mimique du visage, la prosodie et le langage de la mère accompagnent généralement cette interaction.

Une mère de notre étude rapporte également que le fait d'essayer de calmer son bébé en étant elle-même énervée produit l'effet inverse.

En effet si une discordance apparaît entre les divers canaux de communication sus cités, notamment lorsque la mère est envahie par certaines émotions (par exemple, la voix peut être

relativement douce mais l'expression tonique est brusque, raide, avec une mimique figée...), cette discordance brouille l'émergence d'un sens pour le nourrisson pouvant produire l'effet inverse de l'apaisement souhaité.

D. Stern a beaucoup contribué à une meilleure connaissance des interactions mère-enfant notamment au travers de l'étude de certains des comportements de la mère et de l'enfant au cours de situations d'interactions (6).

Concernant les interactions visuelles, les mères des enfants de plus de 6 semaines dans notre échantillon signalent l'importance des échanges prolongés de regards, alors que les mères d'enfants plus jeunes signalent que cet échange réciproque n'est pas installé.

Certaines mères de nourrissons âgés de plus de 3 mois décrivent également la faculté de leur nourrisson à suivre du regard une personne dans une pièce, ou encore leur faculté à être un vrai partenaire dans l'interaction en jouant du regard.

Enfin les mères de nourrissons âgés de 9 mois rapportent le fait de regarder ensemble quelque chose et le fait que leur nourrisson est capable de montrer du doigt l'objet de l'intérêt commun.

Les travaux de D. Stern vont dans le sens de nos observations. Le regard est selon lui un régulateur de l'interaction par sa capacité à se détourner et mettre fin à une interaction.

Contrairement aux échanges de regards entre adultes, le regard mutuel entre un nourrisson et sa mère est prolongé. Ces regards s'accompagnent souvent de vocalisations pendant les jeux tandis qu'ils sont la plupart du temps silencieux pendant le repas.

Il note plusieurs étapes dans l'évolution du regard : vers 6 semaines, le nourrisson est capable de fixer et de soutenir le regard de sa mère, ce qui donne une nouvelle dimension à l'interaction entre le nourrisson et sa mère. Vers la fin du 3^{ème} mois le nourrisson peut suivre les déplacements de sa mère dans une pièce. Il peut également régler le niveau de la relation avec une autre personne et donc influencer les comportements interpersonnels. Il devient un partenaire dans l'interaction. Vers la fin du 6^{ème} mois, c'est le début de l'attention conjointe qui est d'abord exprimée par l'orientation du regard de l'enfant. Puis vers 9 mois, les bébés tentent activement de partager l'attention vers un objet en dehors de l'interaction sociale, établissant l'objet comme le sujet de l'interaction.

Marcelli s'est également penché sur l'étude du regard dans la relation mère-enfant et son importance comme précurseur du langage. (11)

Un autre registre cité par les mères concerne les mimiques faciales de leur nourrisson. En effet plusieurs mères de notre étude, dont les nourrissons sont âgés de plus de 3 mois, citent les mimiques faciales, les grimaces, ou la moue comme moyen de communication dont dispose leur enfant.

En revanche aucune mère ne cite ce comportement, en dehors du sourire, comme faisant partie de leurs propres moyens de communication avec leur nourrisson.

D'après les travaux de D. Stern, le nourrisson possède dès la naissance un répertoire d'expressions important, d'abord réflexe dans le sommeil puis de façon intentionnelle prenant un caractère social vers le 3^{ème} mois.

Du côté de la mère, D. Stern décrit plusieurs expressions comme l'étonnement, le froncement des sourcils, le sourire, le visage neutre et une expression d'intérêt et de sympathie.

Parmi ces expressions, le sourire a une valeur particulière, très apprécié des mères de notre étude et cité à de nombreuses reprises comme un moyen que leur nourrisson utilise pour communiquer avec elle. Ce sont généralement les mères de nourrissons âgés de plus de 2 mois. Les mères de nourrissons âgés de moins de 2 mois, ne parlent pas de ce comportement ou signalent l'apparition de sourires uniquement pendant le sommeil. Après 4 mois, certaines mères citent des expressions comme la malice, mélange de sourire et d'expressions plus complexes.

D'après D. Stern, il s'agit probablement au début de sourires réflexes. Ils surviennent principalement lors des états de somnolence ou de sommeil léger. Ils surviennent parfois de façon « appropriée » sans que l'on puisse encore parler de sourire social. Les sourires dits « sociaux » apparaissent dès l'âge de 6 semaines, principalement à la vue d'un visage humain. Vers 3 mois le sourire devient intentionnel. Puis vers 4 mois le sourire peut apparaître en même temps que d'autres expressions faciales pour créer des expressions plus complexes.

Concernant les interactions vocales, les caractéristiques des gazouillis des nourrissons perçus par les mères de notre étude correspondent aux points de repères utilisés en pratique clinique lors des consultations de dépistage du nourrisson (12). Les premiers gazouillis sont principalement formés de voyelles, puis apparaissent vers 6 mois les consonnes. Vient ensuite le babillage canonique avec des syllabes consonnes-voyelles et vers 8 mois apparaissent les papa-maman non spécifiques.

Du côté maternel, certaines mères de notre échantillon parlent de langage « bébé » lorsqu'elles s'adressent à leur nourrisson alors que d'autres, au contraire, insistent sur le fait qu'elles parlent « normalement » à leur bébé, avec des mots d'adulte, avec néanmoins pour certaines mères une adaptation dans la façon de dire les choses pour que leur bébé puisse comprendre. Le ton de la voix est également cité par quelques mères, le contenu du discours ayant alors moins d'importance que le ton sur lequel la mère s'adresse à l'enfant. Enfin certaines mères citent les bruitages qu'elles font pour jouer avec leur enfant.

D. Stern a étudié les caractéristiques de la prosodie maternelle (le rythme, le timbre et les intonations). Celle-ci évolue au fil des mois et s'adapte à l'évolution du nourrisson.

D'après lui, quand une mère s'adresse à son bébé, elle utilise une syntaxe simplifiée, de courtes expressions ainsi que des sons dépourvus de signification. Le timbre de la voix est habituellement élevé. L'intensité des vocalisations va d'une riche variété de murmures à des exclamations exubérantes. Les changements d'intensité des sons sont plus variés et plus spectaculaires que dans un langage d'adulte. La tonalité des paroles est chantante. Le rythme

est généralement ralenti avec une durée des voyelles plus longue. De même, les vitesses de changement de timbre et d'intensité sont plus lentes. Le bébé est donc influencé par les caractères physiques du langage et non par le contenu du discours inaccessible à sa compréhension.

D'autre part certaines mères parlent de « discussions » avec leur bébé, le bébé répondant dans un registre vocal (avec des « arreh ») ou dans un autre registre (exemple : le sourire)

D. Stern note en effet que les pauses entre chaque émission de sons de la mère sont prolongées. La mère agit ainsi comme si l'enfant allait répondre à ses vocalisations, ce qu'il fait rarement, établissant ainsi un dialogue imaginaire.

Enfin des moments d'interactions particuliers, que sont les périodes de jeux, sont décrits par certaines mères de notre échantillon. Il s'agit d'enchaînements de comportements faisant intervenir divers canaux de communication (regard, bruitages...) dont certains sont prévisibles par le nourrisson.

Les périodes de jeu sont en effet selon D. Stern des interactions ludiques entre la mère et l'enfant qui ont pour but le plaisir. En fonction de l'âge du nourrisson, différents types de jeux sont possibles (jeux corporels, « coucou le voilà », imitations, taquineries...). Les périodes de jeux sont généralement très rythmées avec un déroulement répétitif et régulier d'excitations prévisibles.

Certaines mères de l'étude signalent des comportements de leur nourrisson différents envers elles qu'envers d'autres personnes. Ainsi certaines mères décrivent que leur nourrisson est mieux calmé par leur bras, ou encore que celui recherche activement leur proximité lorsque elles se trouvent dans la pièce, alors qu'une autre personne s'occupe du nourrisson.

Certaines mères signalent également que leur nourrisson n'aime pas être seul. S'il dormait, il se réveille lorsque la mère le pose ou quitte la pièce, ou s'il jouait tranquillement, celui-ci s'agite lorsque sa mère s'éloigne.

Le besoin de proximité physique des nourrissons avec un adulte est identifié par la plupart des mères comme cause de leurs pleurs.

Le comportement le plus cité des mères pour mettre fin aux pleurs de leur nourrisson est de rétablir la proximité physique en prenant le bébé dans les bras. Elles tentent également de répondre aux besoins fondamentaux de leur enfant comme la faim, le sommeil...

Ces comportements des nourrissons et de leur mère cités dans notre étude sont décrits dans la théorie de l'attachement (13) (14) développée à partir de la fin des années 50 par J. Bowlby puis par M. Ainsworth.

Selon ces auteurs, le lien d'attachement est une des composantes du lien qui va se tisser entre le bébé et sa mère. Il s'agit d'un lien affectif et durable, faisant partie des besoins primaires du nourrisson. Il s'agit d'un processus progressif qui dure environ 9 mois. L'attachement désigne

le comportement du nourrisson qui cherche à se rapprocher d'une personne particulière (sa figure d'attachement principale, le plus souvent la mère) dans les situations de stress. Le nourrisson possède donc, dès la naissance, un répertoire de comportements qui favorise le rapprochement de sa figure d'attachement lorsqu'il en a besoin ainsi que le maintien de la proximité avec elle le temps nécessaire. Parmi les comportements d'attachement on retrouve les cris et les pleurs, les sourires, les vocalisations, l'orientation visuo-motrice, les réponses de contentement, la recherche des genoux.

Jusqu'à environ 3 mois ces comportements ne sont pas adressés à une personne en particulier. De 3 à 6 mois, le bébé commence à contrôler ses comportements et va de plus en plus activement chercher à obtenir la proximité de sa figure d'attachement potentielle en tendant les bras et en s'agrippant.

Les comportements de recherche de proximité sont plus intenses envers la mère qu'envers les personnes étrangères.

Parmi ces comportements on distingue les cris et les pleurs lorsque la mère quitte l'enfant.

Le sourire social sélectif apparaît vers 3-4 mois, l'enfant souriant moins aux étrangers et préférentiellement aux personnes familières.

Les cris de l'enfant sont beaucoup mieux calmés par la mère.

Enfin, de 6-9 mois à 3 ans des évolutions importantes des capacités motrices, cognitives et de communication se produisent chez l'enfant. Le développement de sa motricité va lui permettre d'être actif dans la gestion de la distance qu'il peut supporter avec sa figure d'attachement. Il se sert de sa mère comme base de sécurité : il peut s'éloigner d'elle pour découvrir le monde mais il reviendra vers elle en cas de stress.

La mère de son côté répond aux besoins d'attachement de son bébé par des comportements dit de « *caregiving* ». Ces comportements ont pour but de maintenir une proximité physique et psychologique avec le bébé. Ils sont déclenchés par toute situation où le parent perçoit l'enfant en danger ou en détresse.

Ces comportements sont influencés par de multiples facteurs liés à la mère et à son environnement (hormonaux, psychologiques, culturels, stress environnementaux et interpersonnels), mais également liés aux particularités du nourrisson (consolabilité, ajustement postural, capacité de regards...).

Certaines mères de notre étude, en particulier M8 et M11, cumulent les facteurs de stress : psychologiques, environnementaux (niveau socio-culturel bas), interpersonnels (séparations..) et liés au nourrisson (nervosité) et l'on sent ces mères parfois en difficulté face aux comportements de leur enfant.

L'accumulation de stress peut miner les ressources de la mère pour exprimer son *caregiving*.

On retrouve également dans notre étude, une autre donnée importante qui aide les mères dans la compréhension de leur nourrisson et dans la façon dont elles lui administrent les soins. Il s'agit de la capacité de certaines mères à se mettre à la place de leur enfant. Certaines mères

expriment ainsi que, ce qui leur paraît désagréable, c'est ce qu'elles pensent pouvoir être désagréable pour leur enfant. Elles adaptent alors leurs soins en fonction du ressenti supposé de leur nourrisson.

Dans les années 50, Winnicott introduit le terme de *préoccupation maternelle primaire* (15)(16). D'après lui, la mère, durant les derniers mois de grossesse et les premières semaines qui suivent l'accouchement, est dans un état psychologique d'hypersensibilité qui lui permet de se mettre à la place de son nourrisson. Elle s'identifie à son bébé et reconnaît sa dépendance, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux.

Certaines mères sont dans l'impossibilité de parvenir à cet état.

Le terme de *sensibilité maternelle* sera employé plus tard par M. Ainsworth regroupant l'accessibilité de la mère à l'état et aux comportements du nourrisson, l'interprétation adéquate des signaux, la nature appropriée de la réponse fournie et le timing adéquat de cette réponse.

Il s'agit, d'après elle, d'un prédicteur important de la qualité ultérieure de l'attachement et du développement socio-émotionnel de l'enfant.

Elle définit, suite aux travaux de Bowlby, plusieurs *patterns* d'attachement qui définissent la qualité de l'attachement de l'enfant avec sa figure d'attachement (13)(17). Ces *patterns*, identifiables dès 12 mois dans la *strange situation*, se divisent en 3 catégories :

- Sécure (60% des enfants) qui favorise le développement des compétences cognitives et la régulation émotionnelle ;
- Insécure (30% des enfants) avec une distinction entre l'attachement insécure évitant et insécure ambivalent/résistant. Ces types d'attachement font référence à des comportements d'adaptation de l'enfant, et ne représentent pas un facteur de risque en soi mais limitent les potentialités de développement optimal de l'enfant, en particulier la négociation des conflits, le confort émotionnel, la liberté cognitive et la qualité des relations sociales proches ;
- Désorganisé (10% des enfants) qui représente une vulnérabilité en soi prédictive de troubles cognitifs, émotionnels et du comportement.

L'attachement *sécure* est relié aux comportements maternels suivants (17) :

- un contact physique fréquent et soutenu entre le bébé et sa mère, spécialement pendant les six premiers mois et la capacité maternelle à calmer son bébé en le prenant dans ses bras ; c'est l'attitude que l'on retrouve chez M1 notamment, avec le portage fréquent de son bébé en écharpe et les pleurs du bébé calmés très vite par ses bras.
- la sensibilité maternelle aux signaux du bébé, et, en particulier, la capacité à gérer ses interventions en harmonie avec les rythmes du bébé et la notion de correction ou de réparation si les réponses apportées n'ont pas été immédiatement adéquates ;
- une ambiance contrôlée et prévisible, qui permet au bébé d'inférer les conséquences de ses propres actions ;
- un plaisir mutuel ressenti par la mère et le bébé. On retrouve cette notion de plaisir mutuel dans la majorité des entretiens réalisés, avec des moments ressentis comme agréables la

plupart du temps, comparé à une faible proportion de moments ressentis comme étant désagréables.

On retrouvait déjà chez Winnicott lorsqu'il parlait de *préoccupation maternelle primaire*, le fait que lorsque tout se passe normalement, la mère « *ordinaire normalement dévouée* » prodigue avec plaisir à son nourrisson des soins « *suffisamment bons* », ce qui facilite les processus personnels du développement du nourrisson, lui donnant ainsi dans une certaine mesure la possibilité de réaliser son potentiel hérité.

A l'inverse, une moindre sensibilité maternelle aux signaux de son bébé peut conduire à un attachement de type *insécure*.

Certaines pratiques de puéricultures peuvent également paraître dépassées au regard de la théorie de l'attachement. On retrouve par exemple chez certaines mères le principe de ne pas intervenir tout de suite quand leur bébé pleure.

2.2. Le ressenti parental du comportement du nourrisson

La plupart des moments passés avec leur nourrisson sont agréables pour les mères de notre étude, en particulier ceux où mère et enfant interagissent ensemble, en dehors des périodes de pleurs. Ce sentiment de plaisir ressenti par les mères, et probablement partagé par les nourrissons, est un témoin d'interactions de bonne qualité.

Certains comportements, ou certaines situations étonnent les mères de notre étude et d'autres peuvent être ressentis comme moins agréables voire pénibles.

Certaines mères parlent de périodes « sensibles » au cours desquelles les rythmes du nourrisson changent provisoirement (problèmes de sommeil, difficultés d'alimentation).

Parmi les comportements étonnants cités par les mères, la précocité de certaines acquisitions (communicatives ou motrices par exemple) ou encore la rapidité d'évolution de leur nourrisson reviennent souvent. Une des mères décrit également qu'après avoir acquis très vite certaines capacités (comme le retournement) son nourrisson paraît stagner, ce qu'elle attribue à de la « paresse ».

Certaines mères de nourrissons âgés de 5 mois sont surprises par leur capacité à s'intéresser au moindre bruit, allant jusqu'à s'arrêter de manger pour observer ce qui se passe.

Les moments ressentis comme moins agréables par les mères concernent principalement les pleurs de cause indéterminée, les réveils nocturnes (apparaissant parfois chez des bébés qui dorment habituellement bien), les difficultés d'alimentation (agitation au moment des repas, lenteur des repas avec un bébé vite dispersé), et les moments de nervosité des nourrissons.

Certaines mères de nourrissons âgés de 7 mois décrivent des moments de frustration, manifestés par de l'énervement, par exemple quand celui-ci essaie de se mettre à quatre pattes mais n'y arrive pas encore.

On retrouve certains de ces comportements, parfois déstabilisants pour les parents, dans les « points forts » décrits par T.B. Brazelton (18).

D'après lui le développement du nourrisson, aussi bien physique que cognitif et émotionnel, ne s'effectue pas de façon linéaire mais alterne entre des périodes d'accélération du développement et des périodes d'apparente régression pendant lesquels les rythmes du nourrisson deviennent plus anarchiques.

Les 3^{ème} point fort de T.B. Brazelton se situe vers 2-3 semaines. Ce point fort se situe juste avant la période d'augmentation des pleurs et d'agitation des nourrissons (cf plus bas), qui constitue une période de développement important du bébé.

Le 4^{ème} point fort décrit par T.B. Brazelton concerne le 4^{ème} mois, marqué par la prise de conscience par le bébé de son environnement. Cette période peut être marquée par des difficultés pour les mères à nourrir leur bébé, celui-ci s'arrêtant de manger, regardant autour de lui et écoutant chaque stimulus environnemental. Les nourrissons qui dormaient bien la nuit peuvent se réveiller de nouveau. L'alimentation et le sommeil peuvent donc être affectés quelques semaines. Cette période coïncide avec une explosion dans le développement, notamment moteur, du nourrisson (celui-ci essaie de s'asseoir, aime être debout, manipule mieux les objets).

Le 5^{ème} point fort de T.B. Brazelton se situe vers 7-8 mois. Le nourrisson développe d'autres capacités motrices comme le déplacement à quatre pattes, la position assise, mais aussi cognitives comme la permanence des objets... L'acquisition de ces nouvelles capacités peut faire apparaître des comportements de frustration. Des difficultés d'alimentation et des réveils nocturnes peuvent également affecter les parents.

2.3. Les pleurs : un moyen de communication pour le nourrisson et une préoccupation parentale

Les pleurs occupent une partie notable de l'expression des mères dans notre étude. D'après elles, il s'agit d'un des principaux moyens de communication dont dispose leur nourrisson pour communiquer avec elles. Elles différencient leur cause en fonction de leur intensité et de leur tonalité.

Les études réalisées par Zeskind vont dans ce sens et montrent que les mères perçoivent avec des degrés d'urgence différents les pleurs, en fonction de leur fréquence et de leur structure temporelle. Ainsi dans une étude (19) menée chez des mères multipares, les pleurs de fréquence aiguë sont considérés comme plus aversifs et plus urgents. M1, en effet, interprète les pleurs les plus aigus comme des pleurs de douleur.

Dans une autre étude (20), des adultes jeunes, considèrent comme plus aversifs et urgents les pleurs dont la durée des pauses a été artificiellement raccourcie. L'effet produit par la variation de la durée des pauses lors d'un épisode de pleurs était potentialisé par la variation de la durée d'expiration.

L'analyse acoustique des pleurs ne représente cependant qu'un des types d'information utilisé par les parents. Dans notre étude, certaines mères évoquent des signes leur permettant d'interpréter les pleurs comme la différence de regards et de gesticulations, le fait de se frotter les yeux en signe de fatigue ainsi que les efforts de poussée produits par leur nourrisson lorsqu'il a mal au ventre.

La littérature rapporte également que d'autres comportements accompagnant les pleurs aident généralement les mères à identifier la cause des pleurs (21). Dans une étude réalisée par St James Roberts (8) portant sur la perception des mères des pleurs de nourrissons avec ou sans coliques, les pleurs attribués à des coliques peuvent s'accompagner de grimaces, de repli des genoux, d'agitation des membres, de poings serrés, de tensions corporelles avec un dos arqué, un visage rouge ou encore l'émission de gaz et de régurgitations.

Les mères de notre étude utilisent également le contexte pour comprendre la cause des pleurs de leur nourrisson.

Par ailleurs, dans notre étude, la plupart des mères décrivent chez leur nourrisson des accès de pleurs déconcertants par leur caractère inconsolable, prolongé (pouvant durer jusqu'à 1h30), sans cause identifiée et s'arrêtant spontanément indépendamment de toute action pour mettre fin à ces crises. Leur ressenti de ces épisodes de pleurs est riche allant d'un sentiment de peine ou d'impuissance à des manifestations physiques de stress tels que des douleurs abdominales.

Ces accès de pleurs seraient normaux au cours des premiers mois de vie et les études de Brazelton TB (22) et Barr RG (23) ont montré que les pleurs (combinaison d'agitation, de pleurs et de pleurs inconsolables) formaient une courbe normale de pleurs, dont la quantité augmente de la naissance à environ deux mois pour ensuite diminuer jusqu'à l'âge de 4-5 mois où cette quantité devient stable. La diminution de la quantité de pleurs coïncide avec d'importants changements développementaux de l'affect, des vocalisations et des comportements moteurs. On retrouve une tendance semblable dans le témoignage de M14 qui décrit bien que son bébé a beaucoup pleuré les 2 premiers mois puis sa quantité de pleurs a nettement diminué par la suite.

La quantité de pleurs est cependant très variable d'un nourrisson à un autre. Dans l'étude de Brazelton, la quantité quotidienne de pleurs et d'agitation va d'1h30 à 4h par jour en fonction des nourrissons.

Une étude réalisée chez les chasseurs-cueilleurs Kung San, dont les nourrissons sont perpétuellement en contact avec leur mère et allaités 4 fois par heure, retrouve une courbe de pleurs précoces similaire aux études sus-citées (24). Une autre étude (25) réalisée sur des familles de Londres, de Copenhague et sur des familles portant leur enfant plus de 80% du

temps en journée, retrouve une quantité de pleurs plus élevée dans les familles londoniennes qui ont le moins de contact physique avec leur nourrisson. Les accès de pleurs inconsolables existent néanmoins dans les 3 groupes, sans différence significative entre ces groupes. Ces études montrent donc que le type de maternage n'influence pas la survenue d'accès de pleurs inconsolables.

Nous retrouvons dans notre étude des profils de pleurs de nourrissons sensiblement similaires chez les primipares et chez les mères ayant déjà eu des enfants.

Certaines études montrent en effet que les nourrissons premiers-nés ne présentent pas une quantité plus importante de pleurs que les autres, suggérant que l'inexpérience des parents ne semble pas être une cause d'augmentation des pleurs (26)(21).

Certaines mères de notre échantillon décrivent des accès de pleurs ou des moments d'agitation de leur bébé concentrés préférentiellement en soirée, alors qu'il peut s'agir de bébés qui pleurent peu par ailleurs. Parmi ces nourrissons, certains sont âgés de moins de 3 mois d'autres présentent également ces moments de manière plus tardive, vers 7/8 mois.

L'étude de Brazelton (22) montre effectivement que les accès de pleurs avant 3 mois se concentrent préférentiellement en fin de journée.

Certains nourrissons (10 à 20%) dépassent le schéma normal des pleurs. Stifter dans un article (27) fait la différence entre deux catégories de nourrissons. D'une part certains nourrissons présentent des pleurs prolongés et inconsolables durant les trois premiers mois (couramment appelés coliques), dont la quantité de pleurs diminue par la suite. Il s'agirait chez ces nourrissons d'un phénomène développemental normal. D'autre part certains nourrissons présentent une agitation fréquente durant au-delà des 3 à 4 premiers mois. Stifter considère ces nourrissons comme ayant un tempérament difficile.

Dans les deux cas, la grande majorité de ces pleurs (95%) ne sont pas liés à une pathologie organique. Les conséquences socio-affectives de ces pleurs dépendent donc largement de la façon dont les donneurs de soin les interprètent et y réagissent. (28)

D'après l'étude réalisée par St James-Roberts (8) portant sur la perception des mères des pleurs de nourrissons, le fait que les pleurs soient prolongés, difficiles à consoler, inattendus et inexplicables aurait plus d'importance pour les mères que les caractéristiques auditives propres des pleurs. Les mères se sentiraient impuissantes et coupables face à ce comportement qu'elles ne peuvent contrôler.

Une autre étude (29) réalisée au Canada (Vancouver) et aux USA (Seattle) chez des nourrissons âgés de 5 semaines a mis en évidence qu'une durée prolongée des accès de pleurs, associée au caractère inconsolable des pleurs étaient les caractéristiques qui induisaient le plus de frustration chez les donneurs de soin. D'autres caractéristiques comme la fréquence quotidienne des accès inconsolables et la durée quotidienne de pleurs ou d'agitation induisaient également de la frustration dans les 2 sites étudiés.

Cependant, une même quantité de pleurs chez un nourrisson peut être perçue différemment par deux personnes différentes. La réaction parentale face aux pleurs de son nourrisson est donc fonction de sa perception des pleurs.

D'après Leavitt (30), trois niveaux sous-tendent les réponses parentales aux pleurs de leur enfant. La culture (les attentes concernant un comportement normal du nourrisson varie d'une culture à l'autre), les convictions personnelles des parents (les parents développent des convictions et des attentes à propos de leur enfant basées sur leurs expériences au sein de leur culture et sur leurs expériences de vie personnelles. Ils développent ainsi un style de fonctionnement pour résoudre les problèmes du quotidien), et les caractéristiques propres à l'enfant (ces caractéristiques interagissent fortement avec les convictions et attentes parentales et leur mécanisme de fonctionnement).

Donovan et Leavitt (31) ont réalisé des expériences en laboratoire concernant le niveau 2. Ils ont artificiellement fait échouer des mères à faire cesser les pleurs d'un nourrisson. Cette expérience d'échec a fragilisé ces mères dans leur sentiment de compétence et les a conduit à des échecs successifs lors de nouvelles séquences de pleurs, alors même que les tâches à accomplir pour faire cesser ces pleurs étaient simples.

Un sentiment de diminution de compétence maternelle est donc susceptible d'entraîner une moindre efficacité maternelle dans les soins qu'elle apporte à son bébé.

On retrouve ce sentiment d'incapacité exprimée par M11, qui dit répondre aux pleurs presque par dépit, sans réellement comprendre la motivation des pleurs de son nourrisson. Il s'agit de plus d'un bébé, décrit par la mère comme hyperactif, que l'on pourrait qualifier d'irritable, réagissant aux moindres stimulations et de manière intense. On note également chez cette mère une expérience de vie difficile avec une aînée diagnostiquée hyperactive et un père absent.

Leavitt, dans son article (30), tente de tirer de ces recherches des implications pour la pratique pédiatrique. Il suggère d'assister les mères dans le développement de leur compétence à être attentives aux signaux de leur nourrisson ainsi qu'aux interactions positives, qui leur procurent du plaisir. Cette démarche pourrait les aider à recadrer la perception de leur enfant, mettant en valeur les expériences positives d'interactions mère-enfant.

Quand un nourrisson pleure beaucoup au cours des premiers mois de vie, favoriser les interactions positives avec l'enfant lorsque celui-ci ne pleure pas pourrait fournir une expérience positive et constructive pour la mère. Les interactions positives pourraient aider les mères à avoir une meilleure estime d'elles-mêmes et orienter les perceptions de leur enfant de manière positive.

2.4. Le tempérament du nourrisson perçu par sa mère

Certaines mères de notre étude ayant plusieurs enfants, décrivent la différence de tempérament entre leurs enfants, suggérant que chaque nourrisson possède dès la naissance, voire même avant la naissance (bébé plus calme dans le ventre de sa mère par exemple), un tempérament qui lui est propre. Cependant certaines mères relient les différences de tempérament de leurs enfants à des facteurs extérieurs, pouvant débuter dès la grossesse, comme le stress maternel.

Différents traits tempéramentaux sont décrits par les mères de notre étude comme le niveau d'activité motrice, la régularité (notamment le sommeil et l'alimentation), l'intensité des réactions (comme le fait de s'énervier vite et intensément), l'humeur, la distractibilité et la persévérance.

On retrouve des comportements semblables dans la description des mères des nourrissons perçus comme ayant un tempérament facile, agréable ou encore calme comme le fait d'avoir un sommeil et une alimentation réguliers, une adaptation facile aux changements et une bonne capacité à s'apaiser.

Deux mères décrivent leur nourrisson comme nerveux ou impulsif (respectivement M2 et M18). A côté de cet aspect prédominant de nervosité elles décrivent des enfants d'humeur plutôt positive, plutôt bien rythmés et avec une bonne capacité à s'apaiser. Elles ne semblent donc pas en difficulté avec leur enfant.

Bien qu'aucune mère n'emploie le terme « difficile » pour qualifier le tempérament de son enfant, deux des mères de l'étude (M8 et M11) décrivent le tempérament de leur nourrisson comme principalement nerveux ou hyperactif. On retrouve chez ces nourrissons des émotions négatives fréquentes, des troubles du sommeil ou de l'alimentation et des réactions très intenses.

Brazelton TB dans les années 70 a étudié les comportements des nouveau-nés et a montré qu'ils disposent d'une gamme de comportements innés dont les caractéristiques sont propres à chaque enfant. Il introduit donc la notion de variations interindividuelles entre les nourrissons. Il a développé une échelle d'évaluation néonatale (5), comprenant 27 items, afin de révéler la spécificité des réactions et du comportement de chaque enfant. On retrouve notamment sa capacité à s'auto-apaiser, à se laisser consoler, son irritabilité, son activité motrice, son tonus et le contrôle de ses états de vigilance.

La variabilité interindividuelle est à la base de la constitution de tout tempérament.

D'après Thomas et Chess, le tempérament est un style réactionnel inné constamment en interaction avec l'environnement et présentant une continuité dans le temps. (32)(33) Leur description vont dans le sens de ce que décrivent les mères de notre étude.

D'après leur étude longitudinale (New York longitudinal study) ils ont défini 9 dimensions du tempérament : le niveau d'activité (durée quotidienne des périodes d'activité, niveau de l'activité motrice lors des différentes activités quotidiennes) ; la régularité / la rythmicité (degré de prévisibilité des besoins et rythmes physiologiques) ; l'approche / le recul (première réaction de l'enfant à un nouveau stimulus) ; l'adaptabilité (degré de modification de la réaction à un nouveau stimulus) ; le seuil sensoriel (intensité nécessaire du stimulus pour déclencher une réaction) ; l'intensité des réactions (intensité de la réponse positive ou négative) ; l'humeur (proportion des réactions émotionnelles positives ou négatives) ; la distractibilité (facilité avec laquelle le comportement est modifié par un événement extérieur) ; la persévérance / durée d'attention (capacité à poursuivre une activité face à un obstacle / temps consacré à une activité).

A partir des ces 9 dimensions Thomas et Chess ont proposé 3 types de tempérament : facile, à adaptation lente et difficile ; 35% des enfants ne rentrent pas dans une catégorie précise.

Le tempérament facile (40% des enfants) est associé à une adaptation facile aux changements, un bon sommeil, des repas à heure régulière, une capacité à s'apaiser facilement et une humeur joyeuse.

Le tempérament à adaptation lente (15% des enfants) est associé à des réactions peu intenses (positives ou négatives) et à une adaptation aux changements plus lente mais finalement positive.

Le tempérament difficile (10% des enfants) est associé à des émotions négatives fréquentes (pleurs...), une irrégularité dans le sommeil, l'alimentation et la sphère digestive, d'intenses réactions aux stimuli et une difficulté d'adaptation aux changements.

D'autres auteurs parlent d'irritabilité du nourrisson. (34)

2.5. Impact des pleurs et du tempérament de l'enfant sur son développement psychosocial

D'après Stifter (27), les coliques du nourrisson, caractérisées par des pleurs intenses durant les 3 à 4 premiers mois de vie régressant par la suite, ont peu d'impact sur le développement psychosocial ultérieur de ces enfants.

En revanche les nourrissons ayant un tempérament difficile, c'est à dire dont les pleurs et l'agitation persiste après 3 mois, sont plus à risque que les autres de développer des problèmes de comportements à un âge pré-scolaire et d'adaptation à l'adolescence. Ces effets négatifs du tempérament apparaîtraient uniquement lorsque l'environnement de l'enfant serait défaillant (stress parental, insensibilité).

D'après M. Hubin Gaye (35), l'irritabilité néonatale ou le tempérament difficile des nourrissons serait corrélé à une augmentation des attachements de type insecure évitant ou insecure ambivalent. Cette augmentation serait médiée par une moindre sensibilité des mères

de ces nourrissons. La sensibilité maternelle serait elle-même influencée par les représentations que se font les mères du tempérament de leur nourrisson.

Le risque d'un attachement insécuré semble donc provenir d'une combinaison spécifique des exigences élevées du bébé associées à des difficultés inhérentes au *caregiver*. (17)

Dans le même état d'esprit, Thomas et Chess ont conclu suite à leur étude longitudinale qu'un degré de concordance élevé entre les caractéristiques propres du bébé et l'environnement favorise un développement harmonieux de l'enfant, alors qu'une discordance entre les attentes et les exigences de l'entourage et le style de fonctionnement de l'enfant est un facteur de risque pour le développement de troubles comportementaux émotionnels ou relationnels (33).

2.6. Les aides extérieures : un soutien non négligeable

Les mères de notre étude ont, pour la plupart, su créer un réseau social autour des questionnements concernant leur enfant, qu'il s'agisse de la famille, d'amies, de la nourrice ou du médecin. Il s'agit de personnes ayant eu elles-mêmes des enfants, qui présentent donc une expérience en tant que parents.

Une des mères ayant eu plusieurs enfants, et connu des situations de vie différentes pour chaque naissance, souligne l'importance du support social dans les premiers mois de vie de l'enfant. D'après elle, ce support agirait en diminuant le stress maternel et donc indirectement, faciliterait les relations mère-enfant.

Ce support social et émotionnel a un impact sur les relations mère-enfant et notamment sur la relation d'attachement qui lie un enfant à sa mère (17). Il facilite l'expression de la sensibilité des parents, sans les surcharger ; il fournit des relations alternatives aux enfants à risque ; il modère les effets du tempérament des enfants difficiles et il assiste les relations caractérisées par des besoins atypiques (tels qu'enfants handicapés ou avec des retards de développement).

Une étude réalisée par Crockenberg dans les années 80, a montré que le support social a une influence sur le type d'attachement des nourrissons envers leur mère, et ce d'autant plus que le bébé est qualifié d'irritable. Ainsi les nouveau-nés irritables seraient plus à risque de développer un attachement de type insécuré anxieux lorsque le support social est faible. Le support social aurait également plus d'impact sur l'attachement des enfants irritables que la sensibilité maternelle.

On pourrait alors s'inquiéter de M8 et M11, dont les nourrissons paraissent irritables, et dont le support social paraît faible. Elles sont toutes les deux séparées d'avec leur conjoint, leur entourage familial est faible ou inexistant et elles disent toutes les deux ne « laisser » leur enfant à personne. Par ailleurs, elles semblent en difficulté par rapport à certains comportements de leur nourrisson.

Cependant une autre situation représentée par M17, qui semble avoir un support social relativement faible, mais avec un nourrisson au tempérament facile, ne semble pas en difficulté par rapport au comportement de son nourrisson.

L'étude de Crockenberg a également montré que les nourrissons au tempérament facile développaient plutôt un attachement de type sécure avec leur mère quelque soit le support social, et ce même si les mères de ces nourrissons semblaient peu sensibles.

2.7. Rôle du médecin généraliste dans les problèmes de comportement du nourrisson

Dans notre étude, le médecin généraliste fait partie des contacts de référence pour la plupart des mères. Il s'agit parfois du contact privilégié, de premier recours.

Son rôle, d'après les mères de notre étude, est d'assurer un suivi personnalisé et régulier de l'enfant concernant aussi bien la sphère physique (croissance, dépistage d'anomalies) que développementale (dépistage des retards d'acquisitions psychomotrices).

Les mères souhaitent de manière générale être rassurées sur la santé de leur enfant ainsi que sur leurs compétences parentales.

T.B. Brazelton a identifié 7 « points forts », au cours de la première année de vie du nourrisson qui correspondent à des étapes dans le développement du nourrisson qui s'accompagnent de certains bouleversements dans les habitudes ou les rythmes et qui peuvent déconcerter les parents. Les examens de prévention et de vaccination sont d'après lui, des opportunités pour le médecin de discuter avec les parents et de les informer sur le développement de leur bébé. Le médecin peut également soutenir les parents dans les moments difficiles et effectuer une guidance adaptée lorsque cela est nécessaire.

D'après lui, quand les parents comprennent que ces périodes sont normales et précèdent une phase de développement rapide, ils ne sentent pas en échec face aux comportements de leur enfant. De plus ils tissent un lien de confiance avec le médecin qui s'inquiète autant du développement psychologique que moteur de leur nourrisson.

Concernant la question spécifique des pleurs, des études ont été réalisées concernant la prévention de l'apparition des pleurs persistants des nourrissons (36)(37). Ces études ont exploré la conséquence des conseils, donnés à la naissance, concernant l'augmentation de la quantité de portage du nourrisson ou l'augmentation de la sensibilité des mères vis à vis des signaux de leur nourrisson. Les résultats sont contradictoires pour ce qui concerne l'augmentation de la quantité de portage (une étude montrant une réduction significative de la quantité de pleurs et l'autre ne montrant aucune incidence sur la quantité de pleurs), et ne montrent pas d'efficacité de l'augmentation de la sensibilité maternelle sur la quantité de pleurs.

D'autres études ont analysé ces deux approches lorsque les parents se plaignaient de pleurs excessifs chez leur nourrisson. L'étude de R.G. Barr (38) a alors montré qu'il n'y avait pas de diminution notable de la quantité de pleurs lorsque les parents portaient plus leur bébé, et ce même en dehors des périodes de pleurs. L'étude de Taubman (39) a montré une diminution de la quantité de pleurs suite à des conseils concernant les réponses à apporter aux pleurs du nourrisson, suggérant que des réponses inappropriées des parents aux pleurs de leur nourrisson augmentait la quantité de pleurs de ces derniers.

Les résultats parfois contradictoires de ces études ne permettent pas d'établir une approche consensuelle de la question des pleurs.

Cependant, si on se base non plus sur la quantité des pleurs du nourrisson, mais sur le bien-être des parents (40) et sur leur représentation du comportement de leur nourrisson (41), certaines études tendent à montrer l'intérêt d'une information donnée aux parents sur le développement normal du nourrisson (pleurs, sommeil) et sur ses compétences communicatives précoces.

Ces études rejoignent donc ce que disent T.B. Brazelton et Leavitt (cf plus haut) sur l'importance de la compréhension des parents du développement normal de l'enfant afin de diminuer les sentiments négatifs tels des sentiments d'échec et d'impuissance et de favoriser les interactions positives avec leur nourrisson.

On voit bien chez certaines mères multipares, que le fait d'avoir compris que les pleurs, même inconsolables, étaient normaux dans le développement de leur enfant, a changé le vécu de ces situations de manière positive.

Pour M8 aussi, le fait d'avoir compris que les périodes d'agitation que son enfant présentait le soir étaient dues à son tempérament et non à une mauvaise attitude de sa part, a permis de la déculpabiliser, et même si ces moments restent difficile à gérer, ils sont mieux vécus.

Cependant, l'explication par le médecin de la normalité des accès de pleurs et de leur caractère transitoire ne suffit pas toujours à apaiser totalement certaines mères qui attendent du médecin des solutions concrètes.

Même si certaines mères n'osent pas parler au médecin du comportement de leur nourrisson, de peur de l'importuner ou de paraître ridicule, elles apprécieraient que le médecin s'y intéresse. De même, certaines mères apprécieraient que le médecin s'intéresse à leur vécu, notamment lorsque le tempérament des nourrissons paraît difficile.

Cette réflexion nous entraîne à penser qu'il serait souhaitable de construire des outils d'évaluation des interactions parents-enfant et de guidance psychologique des parents de jeunes enfants pour le médecin généraliste.

Ces outils devraient être utilisables de manière simple en consultation de nourrissons de médecine générale.

Certaines grilles d'évaluation des interactions parents-enfant existent déjà, comme les grilles d'évaluations de Bobigny (42) ou l'échelle ADBB (3) (alarme détresse bébé), et pourraient être adaptées et intégrées au suivi des nourrissons par le médecin généraliste.

Le but est de permettre aux médecins généralistes d'effectuer un dépistage plus précoce de troubles somatiques (troubles visuels ou auditifs par exemple) ou psychologiques (troubles des interactions parents-enfants, dépression du nourrisson, autisme), de pouvoir intervenir dans les troubles légers et de permettre une prise en charge spécialisée précoce des nourrissons présentant des troubles graves, augmentant ainsi leurs chances de développement optimal.

De manière globale, les descriptions faites par les mères de notre étude correspondent à ce que l'on retrouve dans la littérature. Elles décrivent du côté du nourrisson les comportements d'attachement et du côté de la mère les comportements de *caregiving* ainsi que des affects pouvant correspondre à la notion de sensibilité maternelle que rapporte la littérature pédopsychiatrique. Elles rappellent également la description des pleurs caractéristique des études réalisées, des étapes de développement du nourrisson avec l'apparition du sourire, des gazouillis, du pointage du doigt et on retrouve également la description de périodes sensibles et de périodes de développement rapide dont témoigne la littérature pédiatrique.

Cependant, prises individuellement, certaines descriptions des mères des interactions mère-enfant sont pauvres et se limitent à quelques canaux de communication prédominants comme les pleurs et la parole. Certaines de ces mères sont par ailleurs en difficulté avec le comportement de leur enfant (comme M11). Le médecin généraliste, par sa connaissance des capacités communicatives et du développement du nourrisson pourrait permettre à ces mères de prendre conscience des incroyables capacités de leur nourrisson. Par la suite, cela pourrait contribuer à améliorer leurs interactions avec leur bébé, aboutissant *in fine* à une relation mère-enfant de bonne qualité et donc également à une augmentation de chance pour l'enfant de développer un attachement sécurisé avec sa mère, favorisant à son tour l'émergence du potentiel optimal de l'enfant pour les années à venir.

Un autre axe important pour le médecin est la prise en compte des affects des mères, notamment lorsqu'elles décrivent le tempérament de leur nourrisson comme étant nerveux ou hyperactif (pour ne pas dire difficile). L'ouverture de la discussion sur le ressenti des mères peut alors permettre de mettre en exergue certains problèmes qu'elles rencontrent au quotidien avec leur nourrisson. Le médecin peut alors intervenir en rassurant et en déculpabilisant ces mères et en les informant sur le développement normal du nourrisson. Dans d'autres cas, lorsque les observations faites par le médecin, (sur les plans relationnel, psychologique et somatique) paraissent inquiétantes, le recours à des spécialistes peut être nécessaire afin de lever le doute sur une anomalie physique ou développementale et dans certains cas aboutir à une prise en charge approfondie spécialisée précoce.

V. CONCLUSION

Nous nous sommes lancés dans cette étude parce qu'elle nous semblait correspondre à un aspect peu étudié qui est la perception et le vécu des parents du comportement de leur nourrisson et de ses perturbations et leurs attentes dans ce domaine envers le médecin généraliste. Nous avons donc pour cela utilisé une méthode qualitative et rassemblé des entretiens d'expressions de parents.

Il nous est apparu que les mères percevaient très tôt un style de comportements de leur nourrisson, représenté dans notre étude par le tempérament du nourrisson, et qu'elles percevaient également une grande variété de comportements de communication entre elles et leur enfant. Leur ressenti de situations comme les pleurs étaient variable en fonction du sens attribué à ces pleurs. En effet, lorsque les pleurs semblaient compris les affects étaient décrits comme moins intenses et moins négatifs que lorsque l'origine des pleurs était inconnue, générant alors plusieurs formes de manifestation d'angoisse. Les mères possédaient un répertoire hiérarchisé de personnes ressources auxquelles elles s'adressent préférentiellement en fonction des préoccupations et le médecin généraliste faisait partie intégrante de ce répertoire pour la plupart d'entre elles. Par ailleurs, certaines mères, notamment celles de nourrissons « difficiles », disaient ne pas aborder les questions de comportement de leur nourrisson en consultation de médecine générale soit par peur de déranger ou d'être jugées soit parce qu'elles pensaient que ce n'était pas du rôle du médecin généraliste. Un questionnement par le médecin généraliste dans ce domaine serait donc apprécié.

Nos observations concordent avec celles rapportées dans la littérature et soulignent la richesse du champ des interactions entre parents et nourrissons, et leur importance dans le développement du nourrisson ne peut pas laisser le médecin généraliste les ignorer lors du suivi médical du jeune enfant.

Une revue récente de la littérature (43) concernant l'éducation postnatale des parents de nourrissons a montré que des études sur les impacts d'une guidance parentale concernant le comportement des nourrissons et les relations parents-enfant étaient encore nécessaires.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.
2. MG France - Les Médecins Généralistes et le suivi des enfants [Internet]. [cité 11 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.mgfrance.org/content/view/91/1451/>
3. L'échelle alarme détresse bébé- © adbb [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.adbb.net/echelle.html>
4. Robert-Tissot C, Serpa SR. Interactions du nourrisson avec ses partenaires. EMC - Psychiatrie. 2000;(37-190-B60):8p.
5. Brazelton TB. échelle d'évaluation du comportement néonatal. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 1983;31(2-3):61-96.
6. Stern DN. Mère-enfant: les premières relations. Editions Mardaga; 1997. 204 p.
7. Barr RG, St. James-Roberts I, Keefe MR. New evidence on unexplained early infant crying: its origins, nature, and management. Skillman, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001.
8. James-Roberts IS, conroy S. Bases for maternal perceptions of infant crying and colic behaviour. Archives of Disease in Childhood. 1996;75:375-84.
9. Fombonne E, De Giacomo A. La reconnaissance des signes d'autisme par les parents. Devenir. 2000;12:49-64.
10. Bachollet M-S, Marcelli D. Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. Enfances & Psy. 2010;49(4):14.
11. Marcelli D. Engagement par le regard et émergence du langage. Un modèle pour la trans-subjectivité. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. sept 2009;57(6):487-93.
12. M. Roussey, O. Kremp. Examens systématiques de l'enfant. EMC-pédiatrie-maladies infectieuses. 2007;1-16.
13. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. Archives de Pédiatrie. juin 2008;15:S12-9.

14. Guédeney N. L'attachement, un lien vital. Paris; Bruxelles: Editions Fabert ; Yapaka.be; 2010. 55 p.
15. Winnicott DW, Kalmanovitch J. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot; 1958. 464 p.
16. Winnicott DW. Le Bébé et sa mère. Paris: Payot; 1992. 150 p.
17. Tereno, S, Soares I, Martins, E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 2007;19(2):151.
18. Brazelton TB. Touchpoints: opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta paediatrica*. suppl 394(1994):35–9.
19. Zeskind PS, Marshall TR. The Relation between Variations in Pitch and Maternal Perceptions of Infant Crying. *Child Development*. févr 1988;59(1):193.
20. Zeskind PS, Klein L, Marshall TR. Adults' perceptions of experimental modifications of durations of pauses and expiratory sounds in infant crying. *Developmental Psychology*. nov 1992;28(6):1153–62.
21. James-Roberts S. Infant Crying and Its Impact on Parents. in *New Evidence on Unexplained Early Infant Crying: Its Origins, Nature and Management*. Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001: 5-24. ISBN 0-931562-21-X
22. Brazelton TB. Crying in Infancy. *Pediatrics*. 4 janv 1962;29(4):579–88.
23. Barr RG. The normal crying curve : what do we really know? *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1990;32(4):356–62.
24. Barr RG, Konner M, Bakeman R, Adamson L. Crying in !Kung San infants: a test of the cultural specificity hypothesis. *Dev Med Child Neurol*. juill 1991;33(7):601–10.
25. James-Roberts IS, 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*. 6 janv 2006;117(6):e1146–55.
26. St James-Roberts I, Halil T. Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *J Child Psychol Psychiatry*. sept 1991;32(6):951–68.
27. Stifter CA. Impacts des pleurs sur le développement psychosocial de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants sur Internet*. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/StifterFRxp.pdf>. Page consultée le 18/04/2014.

28. Barr RG. Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants. *Devenir*. 7 juin 2010;Vol. 22(2):163–74.
29. Fujiwara T, Barr RG, Brant R, Barr M. Infant distress at five weeks of age and caregiver frustration. *J Pediatr*. sept 2011;159(3):425–30.e1–2.
30. Lewis A. Leavitt, MD. Infant Crying: Expectations and Parental Response. in *New Evidence on Unexplained Early Infant Crying: Its Origins, Nature and Management*. Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001: 43-50. ISBN 0-931562-21-X
31. Donovan WL, Leavitt LA. Simulating conditions of learned helplessness: the effects of interventions and attributions. *Child Dev*. juin 1985;56(3):594–603.
32. Hubin-Gayte M. Le tempérament du nourrisson : un concept à redécouvrir ou à réinventer ? *Devenir*. 2006;18(3):221.
33. Quartier V. Le tempérament de l'enfant et ses réactions émotionnelles. *Enfances & Psy*. 2010;49(4):31.
34. Hubin-Gayte M, Ayissi L. Sensibilité et représentations des mères de nouveau-nés irritables. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. févr 2005;53(1-2):78–85.
35. Hubin-Gayte M. Le développement de l'attachement des nourrissons irritables : une revue. *Devenir*. 2004;16(3):199.
36. Hunziker UA, Barr RG. Increased Carrying Reduces Infant Crying: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 5 janv 1986;77(5):641–8.
37. James-Roberts IS, Hurry J, Bowyer J, Barr RG. Supplementary Carrying Compared With Advice to Increase Responsive Parenting as Interventions to Prevent Persistent Infant Crying. *Pediatrics*. 3 janv 1995;95(3):381–8.
38. Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, Leduc DG, Yaremko J, Barfield R, et al. Carrying as Colic « Therapy »: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 5 janv 1991;87(5):623–30.
39. Taubman B. Clinical Trial of the Treatment of Colic by Modification of Parent-Infant Interaction. *Pediatrics*. 12 janv 1984;74(6):998–1003.
40. Smart J, Hiscock H. Early infant crying and sleeping problems: A pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2007;43(4):284–90.

41. Wendland J. Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé. *La psychiatrie de l'enfant*. 2004;47(1):183.
42. Glatigny-Dallay E, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Sutter A-L. Évaluation des interactions précoces. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juill 2005;163(6):535-40.
43. Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cité 22 sept 2014]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004068.pub4/abstract>

VII. ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN PARENTS

Age et sexe de l'enfant

- **PERCEPTION TEMPERAMENT**

- 1. Comment définiriez vous le tempérament de votre enfant ?

- Quels comportements vous font penser cela ?*

- **COMMUNICATION PARENTS ENFANT**

- 2. Comment communiquez vous avec votre enfant ? (Quels moyens utilisez vous ?)

- Comment réagit il ?*

- 3. Quels moyens utilise votre enfant pour entrer en communication avec vous ?

- **PERCEPTION PARENTALE DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT**

- 4. Quels sont les moments avec votre bébé qui vous procurent de la satisfaction ?

- 5. Y a t il des moments désagréables pour vous ? lesquels ?

- 6. Qu'est ce qui vous a étonné chez lui ?

- 7. Quels signes vous font penser qu'il a besoin de quelque chose ?

- Comprenez vous avec ça de quoi il a besoin ? Si non, que faites vous ?*

- **RESSENTI ET GESTION DES PLEURS**

- 8. Que ressentez vous lorsque votre enfant pleure ?

- 9. Quels sens donnez vous à ces pleurs ?

- 10. Qu'est ce qui le calme ?

- 11. Combien de temps met il pour se calmer ?

- **INQUIETUDES PARENTALES ET SUIVI MEDICAL**

- 12. Quels signes vous inquiètent ou vous ont inquiétés chez votre bébé ?

- 13. A qui demandez vous conseil ?

- 14. Quels sujets vous posent question par rapport à votre enfant ? Sur quoi aimeriez vous avoir des conseils ?

- **PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS L'APPRECIATION PAR LES PARENTS DES BESOINS ET COMPETENCES DU NOURRISSON**

- 15. Votre médecin a t'il souligné des compétences ou des difficultés de votre nourrisson pendant les consultations ?

- 16. Y a t'il des questions que vous auriez aimé que votre médecin aborde ?

- 17. Y a t il d'autres points qui vous sembleraient important d'aborder que l'on a pas abordé pendant cet entretien ?

- **ELEMENTS CONTEXTUELS**

- 18. Composition de la famille (nombre d'enfants, situation des parents)

- 19. Age des parents

- 20. Métier des parents

- 21. Evènements particuliers pendant la grossesse ?

- 22. Entourage

- 23. Milieu de vie (appartement, maison, rural, semi-rural, urbain)

VU

NANCY, le **30 septembre 2014**

Le Président de Thèse

NANCY, le **2 octobre 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur E. RAFFO

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 06/10/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Par délégation

Monsieur M. DELIGNON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : le médecin généraliste assure une grande partie du suivi des nourrissons. Son rôle de dépistage concerne notamment les troubles du comportement et des interactions parents-enfants.

Objectif : permettre aux médecins généralistes de mieux comprendre le ressenti des parents dans les interactions parents-nourrisson afin d'effectuer une guidance parentale adaptée.

Patients et Méthode : il s'agit d'une étude qualitative réalisée en Lorraine, regroupant 19 entretiens individuels semi-dirigés de mères de nourrissons âgés de 0 à 9 mois.

Résultats : nous avons exploré la perception des mères des comportements de leur nourrisson et des interactions mère-nourrisson. Nous avons ensuite exploré leur ressenti des comportements du nourrisson, en nous attardant sur la question des pleurs. Enfin nous avons exploré les inquiétudes parentales vis à vis des comportements de leur nourrisson, les recours habituels utilisés par les parents et leurs attentes par rapport au médecin généraliste.

Discussion : les mères perçoivent très tôt un style particulier de comportement de leur nourrisson, ainsi qu'une grande variété de moyens de communication mère-enfant. Les pleurs d'origine indéterminée représentent une grande source d'angoisse pour les parents. Ces constatations concordent avec la littérature. Le médecin généraliste fait partie intégrante des personnes ressources des jeunes parents et son implication dans le domaine du comportement de leur nourrisson serait apprécié des mères.

Conclusion : il serait souhaitable de construire des outils d'évaluation des interactions parents-enfant et de guidance psychologique des parents de jeunes enfants pour le médecin généraliste.

TITRE EN ANGLAIS

Parents perception of their infant behavior and its disorders. Professional role of the General Practitioner.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS :

Perception parentale ; ressenti parental ; Interaction mère-enfant ; comportement du nourrisson ; médecin généraliste

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
