

Travail de Bachelor

Par Lanoir Justine, Lopes Marques Daniela, Soares Lauralie

Sous la direction de Madame Laurence Robatto

**La prévention du syndrome du bébé secoué
en néonatalogie :**

**Comment l'infirmière peut-elle aider les
parents à mieux faire face aux pleurs de leur
enfant ?**

Résumé

Dans ce résumé de Travail de Bachelor, qui a pour objet la prévention de la maltraitance des nourrissons, nous allons reprendre les points abordés dans notre travail, qui sont : la problématique, les concepts, la méthode, les résultats, la conclusion et pour finir les mots-clés.

Problématique :

Selon l'Office fédéral de la statistique (2014), 12 % des cas de violences domestiques sont commis par des parents sur des enfants. Ce chiffre est non négligeable, de plus qu'il ne représente que les cas déclarés à la justice. Le syndrome du bébé secoué est une forme de maltraitance physique encore peu connue et sous-diagnostiquée. La prématurité est un des facteurs de risque de ce type de maltraitance, c'est pourquoi nous avons voulu chercher comment les infirmières pourraient faire de la prévention dans un service de néonatalogie. Cette recherche sera donc axée sur les interventions de prévention auprès des parents d'enfants prématurés, afin de les aider à gérer les pleurs de leur bébé et ainsi éviter un acte de maltraitance.

Concepts :

Les trois concepts développés dans ce présent travail sont les suivants : la prématurité, le syndrome du bébé secoué et la prévention.

Les bébés prématurés sont une population à risque de maltraitance car ils demandent beaucoup d'investissement de la part des parents. Le syndrome du bébé secoué survient lorsqu'un bébé est violemment agité alors

qu'il est tenu par le tronc, les épaules ou les bras. Ce syndrome a été diagnostiqué à raison de 56 fois entre 2002 et 2007 en Suisse. En matière de prévention, ce travail se base sur la prévention ciblée de Gordon (1983), qui sera développée par la suite. La théorie de la transition de Meleis (2010) a également été utilisée comme cadre théorique.

Méthode :

La méthode PICOT a été employée pour identifier la question de recherche. Cinq bases de données ont été interrogées afin de trouver les dix articles les plus pertinents et répondant aux critères de recherches. Ceux-ci ont été analysés à l'aide de la grille de Fortin (2010).

Résultats :

Les résultats sont présentés selon trois thématiques : les programmes de prévention du syndrome du bébé secoué, la gestion des pleurs et, pour terminer, la prématurité et la néonatalogie. Un tableau est employé pour présenter de manière synthétique les dix articles analysés. Ensuite, ces résultats sont mis en lien avec la question de recherche et des pistes concrètes pour la pratique sont proposées.

Conclusion :

Un bilan général des apports de ce Travail de Bachelor a été réalisé. Les recherches effectuées n'ont permis de répondre que partiellement à la question PICOT. En effet, la néonatalogie est un contexte de soins dans lequel la prévention primaire semble ne pas occuper beaucoup de place. De

plus, le phénomène du syndrome du bébé secoué n'est que très peu étudié en Europe. Les programmes de prévention existants restent généraux et basiques. Avant de mettre en place un programme de prévention du bébé secoué en Suisse, un état des lieux et un nombre plus important de travaux de recherche devraient se faire.

Mots-clés :

Maltraitance infantile, syndrome du bébé secoué, prévention, gestion des pleurs, prématurité, néonatalogie, rôle infirmier.

Table des matières

RESUME	I
LISTE DES TABLEAUX	VII
REMERCIEMENTS	VIII
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLEMATIQUE.....	5
2.1. CHOIX DE LA QUESTION DE DEPART	6
2.2. LIEN AVEC LES SCIENCES INFIRMIERES.....	8
2.2.1. ETRE HUMAIN	9
2.2.2. SANTE	9
2.2.3. ENVIRONNEMENT	10
2.2.4. SOINS INFIRMIERS.....	10
2.2.5. SAVOIR EMPIRIQUE.....	11
2.2.6. SAVOIR ESTHETIQUE.....	12
2.2.7. SAVOIR PERSONNEL	12
2.2.8. SAVOIR ETHIQUE	13
2.3. REVUE EXPLORATOIRE	14
2.3.1. LA MALTRAITANCE INFANTILE	14
2.3.2. LE SYNDROME DU BEBE SECOUE	19
2.3.3. LA PREVENTION	22
2.4. CONCEPTS ET QUESTION FINALE.....	26
2.5. LIENS AVEC LA PRATIQUE	27
3. CONCEPTS ET CADRE THEORIQUE	29
3.1. LA PREMATURITE	30
3.2. LE SYNDROME DU BEBE SECOUE	34
3.3. LA PREVENTION	37
3.4. CADRE THEORIQUE	39
3.4.1. LA THEORIE DE LA TRANSITION DE MELEIS	39
3.4.2. LA NATURE DES TRANSITIONS	40
3.4.3. LES CONDITIONS FACILITANTES ET ENTRAVANTES	41
3.4.4. LES MODELES DE REPONSE	42
3.4.5. LES INTERVENTIONS INFIRMIERES	42
3.5. LIEN THEORIE – PROBLEMATIQUE	43

4. METHODE	46
4.1. LA METHODE PICOT	47
4.2. CRITERES DE SELECTION	49
4.3. MOTS-CLES.....	49
4.4. STRATEGIES DE RECHERCHE DES ARTICLES.....	50
4.5. ANALYSE DES ARTICLES.....	54
5. <u>SYNTHESE DES RESULTATS ET DISCUSSION</u>	57
5.1. SYNTHESE DES RESULTATS DES ARTICLES.....	58
5.1.1. PROGRAMMES DE PREVENTION DU SYNDROME DU BEBE SECOUE	61
5.1.2. GESTION DES PLEURS	64
5.1.3. PREMATURITE ET NEONATOLOGIE	66
5.2. QUESTION PICOT ET CADRE THEORIQUE	67
5.2.1. RESULTATS ET QUESTION PICOT	68
5.2.2. LIENS AVEC LA THEORIE DE LA TRANSITION.....	71
5.3. PERSPECTIVE POUR LA PRATIQUE	72
6. <u>CONCLUSION</u>	77
6.1. APPORTS DU TRAVAIL DE BACHELOR	78
6.2. LIMITES	81
6.3. PERSPECTIVE POUR LA RECHERCHE.....	83
7. <u>LISTE DES REFERENCES</u>	85
7.1 OUVRAGES.....	86
7.2 ARTICLES DE PERIODIQUES.....	87
7.3 ARTICLES NON-PERIODIQUES.....	88
7.4 BROCHURES.....	89
7.5 SOURCES ELECTRONIQUES	89
<u>APPENDICE A : QUESTIONNAIRE AUX PROFESSIONNELS</u>	91
<u>APPENDICE B : INTERVIEWS</u>	93
<u>APPENDICE C : GRILLES DE LECTURE.....</u>	98

Liste des tableaux

1. **TABLEAU 1 : MOTS-CLES ET DESCRIPTEURS MESH 50**
2. **TABLEAU 2 : STRATEGIES DE RECHERCHE..... 51**
3. **TABLEAU 3 : RECAPITULATIF DES ARTICLES ANALYSES 59**

Remerciements

Nos premiers remerciements s'adressent à notre directrice de Travail de Bachelor, Madame Laurence Robatto, pour son encadrement, son aide précieuse et son implication. Elle a su nous guider dans nos moments de doute et nous épauler tout au long de la rédaction de ce travail.

Nous tenons également à remercier Mesdames Ghislaine Aubel et Sarah Depallens qui nous ont reçues lors d'entretiens et qui nous ont apportées des pistes concrètes pour notre travail de recherche.

Nous remercions aussi Mesdames Marion Jacquet et Marie-Jeanne Belli pour leurs réponses à notre questionnaire.

Nous remercions chaleureusement Mesdames Claire-Lise Lanoir, Chloé Wittmann et Sabine Jacot pour le temps qu'elles ont accepté d'accorder à la correction et à la relecture de ce travail.

Nous remercions finalement toutes les personnes qui nous ont soutenues et encouragées tout au long de ce travail, notamment nos familles et nos proches.

1. Introduction

Dans le cadre de notre dernière année de formation en vue de l'obtention de notre Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers, il nous est demandé de réaliser un Travail de Bachelor qui, selon la HES-SO (2014-2015), contribue à l'intégration des résultats de la recherche dans notre pratique professionnelle.

Dans sa pratique quotidienne, l'infirmier ou l'infirmière est de plus en plus appelé-e à intégrer les résultats de la recherche et à fonder sa pratique sur des résultats probants. La formation de niveau Bachelor doit permettre de développer cette posture en favorisant, pour les futur-e-s professionnel-le-s, l'accès à la recherche et l'utilisation des résultats dans leur pratique. Ceci implique le déploiement d'un certain nombre de moyens tels que : formation à la recherche dans les bases de données ; accès aux revues scientifiques infirmières ; compréhension de l'anglais professionnel et scientifique. Les résultats de la recherche font partie intégrante de l'enseignement et amènent à utiliser de plus en plus les recherches et publications dans le champ des sciences infirmières. (HES-SO, 2012, p.41)

Pour réaliser ce Travail de Bachelor, nous avons dû nous positionner par rapport à un questionnement clinique professionnel. Tout d'abord, nous avons choisi la thématique de la prévention de la maltraitance des nourrissons, plus spécifiquement la problématique du syndrome du bébé secoué. Nous souhaitons, en tant qu'infirmières, trouver des moyens afin de prévenir ce syndrome.

Dans le chapitre problématique, nous commencerons par mettre en lien notre thématique avec la science infirmière. Ensuite, nous réaliserons une revue exploratoire de la littérature, dans laquelle nous approfondirons les thèmes de la maltraitance infantile, du syndrome du bébé secoué et de la

prévention. Ces recherches nous permettront d'étoffer nos connaissances en lien avec notre thématique. Nous prendrons également contact avec des professionnels de la santé afin d'élaborer une question de recherche répondant aux besoins cliniques actuels.

Dans le chapitre concepts et cadre théorique, nous aborderons les concepts fondamentaux de notre travail. Afin de donner un sens à notre question de recherche, nous avons choisi comme modèle de référence celui de Meleis (2010). Cette théorie nous permettra de faire les liens avec notre question de départ et ainsi mieux comprendre la transition que vivent les parents d'un nourrisson.

Dans le chapitre méthode, nous utiliserons la méthode PICOT pour définir précisément notre question de recherche. Par la suite, nous décrirons les stratégies utilisées pour la recherche de nos articles scientifiques. Enfin, nous terminerons par la présentation des dix articles scientifiques analysés à l'aide de la grille de Fortin (2010).

Dans le chapitre concernant la synthèse des résultats, nous allons présenter les articles analysés à l'aide d'un tableau récapitulatif. Ensuite, nous essayerons de répondre à notre question PICOT avec les articles analysés. La théorie de la transition de Meleis (2010) nous permettra de mettre en lien nos résultats avec le contexte clinique de l'infirmière en néonatalogie. Finalement, nous allons proposer quelques perspectives pour la pratique.

En conclusion, nous réaliserons un bilan concernant les apports de ce travail sur le plan personnel et professionnel. Les limites de notre recherche seront également présentées dans cette partie. Pour finir, nous évoquerons les questions de recherche qui émanent suite à la réalisation de notre Travail de Bachelor.

2. Problématique

Dans ce deuxième chapitre, nous allons expliquer comment nous en sommes venues au choix de notre thématique. Ensuite, nous ferons les liens avec les sciences infirmières et nous développerons la maltraitance infantile en général, le syndrome du bébé secoué et la prévention au travers d'une revue de littérature exploratoire. Enfin, nous allons présenter les concepts que nous avons retenus ainsi que notre question finale et faire les liens avec la pratique infirmière.

2.1. Choix de la question de départ

Bien souvent, la naissance d'un enfant est synonyme de bonheur et de joie. C'est le début d'une nouvelle vie durant laquelle l'enfant va grandir, s'épanouir, jouer, apprendre et se construire aux côtés de ses parents. Il nous semble naturel que chaque parent souhaite le meilleur pour son enfant et que celui-ci soit présent pour le protéger. Cependant, l'arrivée d'un nouvel enfant peut aussi être une source de stress et de peur. En effet, les parents vont devoir s'adapter à un nouveau mode de vie et avoir de nouvelles responsabilités. Malheureusement, il peut également arriver que certaines situations se passent mal et que les enfants soient sujets à la maltraitance. Selon Office Fédéral de la Statistique (2014), dans 12 % en cas de violences domestiques la relation entre le lésé et le prévenu est de type parent-enfant. Néanmoins, ce chiffre est à prendre avec précaution, puisque il ne s'agit que des cas déclarés à la justice et il ne représente certainement qu'une petite partie du phénomène.

Cette prise de conscience concernant le taux de maltraitances subies par les enfants nous a donné envie de comprendre les mécanismes qui peuvent pousser les parents à commettre de tels actes et de savoir comment, en tant qu'infirmières, nous pourrions prévenir que de telles situations ne se produisent. C'est dans cette perspective que nous avons choisi comme thématique pour notre Travail de Bachelor la prévention de la maltraitance des nourrissons.

Les nourrissons étant une population sans moyen de défense, il nous a semblé d'autant plus important de se préoccuper de ceux-ci. Ils ne peuvent pas s'exprimer, ni même se défendre, ce qui fait d'eux une population vulnérable face à la violence de leurs parents. Il est aussi important de savoir que ces maltraitances auront des conséquences non négligeables sur le développement de l'enfant, tant sur le plan physique que psychologique.

Nous souhaitons également pouvoir comprendre comment certains parents peuvent en arriver à maltraiter leurs enfants. Il est important pour nous, en tant que futures infirmières, de pouvoir prendre en charge des familles en ayant une attitude la plus professionnelle possible, sans juger le comportement de ceux-ci. Ce travail pourra donc nous aider à développer une attitude de non-jugement et authentique auprès de nos futurs patients.

Lorsque nous avons choisi comme thématique la prévention de la maltraitance des nourrissons, la première chose à laquelle nous avons pensé était le syndrome du bébé secoué. Nous avons toutes déjà entendu parler

de ce type de maltraitance, sans vraiment la connaître. Au vu des conséquences très néfastes pour le bébé, qui peuvent même être parfois mortelles pour celui-ci, nous avons eu envie de mieux connaître ce phénomène. Notre question de départ est donc formulée de la manière suivante : *Comment l'infirmière peut-elle prévenir le syndrome du bébé secoué ?* C'est en partant de ce questionnement que nous avons débuté nos recherches sur la maltraitance infantile en général, puis sur le syndrome du bébé secoué. Nous souhaitons préciser avant tout comment notre thématique s'inscrit dans les sciences infirmières.

2.2. Lien avec les sciences infirmières

Notre question de départ, telle que précédemment formulée, est pertinente pour les soins infirmiers, car elle s'inscrit dans les quatre concepts du métaparadigme infirmier selon Fawcett (2005) et les savoirs de Carper (1978 ; dans Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010).

Selon Fawcett (2005), le métaparadigme infirmier fait référence à la manière dont sont organisés et structurés les phénomènes qui concernent les soins infirmiers. Le métaparadigme est constitué de quatre concepts qui sont l'être humain, la santé, l'environnement et les soins infirmiers ainsi que de quatre propositions qui se lient entre elles et qui composent l'objet de la discipline. Afin de démontrer en quoi notre question de départ est pertinente pour les soins infirmiers, nous allons illustrer les liens qui unissent notre question avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier.

2.2.1. Etre humain

La discipline infirmière se soucie de l'être humain dans son entièreté, c'est-à-dire dans sa dimension biologique, psychologique, sociale et spirituelle (Fawcett, 2005).

En voulant prévenir la maltraitance des nourrissons, les soins infirmiers se préoccupent de la dimension biologique de l'être humain afin d'éviter toute conséquence physiologique d'abus. L'aspect psychologique est également concerné, car une maltraitance pourrait engendrer de grands désagréments à court et à long terme au niveau psychologique. L'aspect social est pris en compte, car tout nourrisson devrait être protégé et chéri par son entourage. Pour finir, en prévenant la maltraitance des nourrissons, les infirmières protègent la spiritualité de celui-ci afin de maintenir un climat stable dans lequel il pourra se réaliser, se développer, s'épanouir et avoir une qualité de vie saine.

2.2.2. Santé

La santé fait référence aux processus de vie et de mort, elle est une des préoccupations de la discipline infirmière (Fawcett, 2005).

Nous trouvons cette définition judicieuse en regard de notre questionnement de départ, car il est clair que l'infirmière se soucie de la santé de son patient. En essayant de prévenir la maltraitance au sein d'une population vulnérable, l'infirmière tente de mettre en œuvre toutes ses

capacités qui font l'objet du métaparadigme infirmier afin de protéger au maximum la santé de son patient.

2.2.3. Environnement

Selon Fawcett (2005), la discipline infirmière se soucie des modèles d'expériences humaines de santé dans le contexte environnemental. L'environnement fait référence aux conditions culturelles, sociales, politiques et économiques des êtres humains.

Dans notre problématique, l'infirmière souhaite que les parents puissent trouver des stratégies d'adaptation à leur nouveau rôle et vivre dans un environnement sain afin de diminuer les risques de maltraitance pour le nourrisson.

L'infirmière tentera une approche au niveau systémique dans la prise en charge de son patient, donc elle essaiera de mieux prendre en compte les différents phénomènes interactionnels dans lesquels il vit. En prévenant la maltraitance au niveau de cette population, elle prendra en compte tout l'écosystème du nourrisson.

2.2.4. Soins infirmiers

Selon Fawcett (2005), la discipline infirmière se soucie des actions ou des démarches qui sont bénéfiques aux êtres humains et à leur santé.

En l'occurrence, en essayant de prévenir la maltraitance des nourrissons, l'infirmière tente d'éviter l'apparition d'un quelconque abus.

Les soins infirmiers ont également pour objectif de préserver, de maintenir, de restaurer et de promouvoir la santé physique et mentale des personnes auxquelles elles prodiguent des soins. L'infirmière a pour objectif de protéger l'autonomie des fonctions vitales physiques et psychiques des êtres humains en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social. On s'aperçoit ainsi que les soins infirmiers ont un lien direct avec notre thématique de prévention de la maltraitance des nourrissons.

2.2.5. Savoir empirique

Selon Pepin, Kérouac & Ducharme, F. (2010, p.20), « le mode empirique est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes ».

Dans notre situation, il s'agit de s'intéresser aux concepts de maltraitance infantile, des nourrissons et de prévention. En effet, l'infirmière a besoin de savoirs scientifiques issus de la recherche afin de comprendre les phénomènes et mener par la suite sa démarche clinique. Ainsi, elle pourra intégrer et guider sa pratique grâce à ses savoirs scientifiques préalablement acquis. Il s'agit là de comprendre le concept de maltraitance afin de savoir comment agir quand un cas est constaté, sur la base de quels facteurs celui-ci se manifeste et, finalement, de quelle manière prévenir la maltraitance.

2.2.6. Savoir esthétique

En ce qui concerne le savoir esthétique, Pepin et al. (2010) font référence aux expressions de type artistique qui découlent des expériences quotidiennes de la discipline. Il fait appel à la créativité, à l'intuition et concerne des habilités souvent acquises par l'expérience de l'infirmière.

Dans une approche infirmière en situation de maltraitance de nourrissons, ce savoir pourrait s'exprimer par la manière d'établir la relation avec le nourrisson et les parents dont on suspecte un cas de maltraitance. Il s'agirait également de la capacité à faire preuve d'empathie envers l'enfant et ses parents et d'être conscient que nous avons des représentations et des préjugés potentiels face à ces situations. Le but pour l'infirmière est alors de travailler sur la mise à distance des représentations et des préjugés pour pouvoir être la plus objective possible dans la prise en charge. Ce savoir fait finalement référence à la question suivante : « Comment être dans la relation lorsqu'on est face à une situation de maltraitance ? » sous-tendant la présence d'attitudes relationnelles adéquates.

2.2.7. Savoir personnel

Le mode personnel prend appui sur l'expérience propre de l'infirmière de devenir un être unitaire, conscient et authentique. Il englobe la compréhension subjective de soi et de l'autre ou de ce que l'infirmière connaît d'elle-même, tant par son intellect que par son intuition qui lui

permettent de comprendre de façon sensible une situation de soins donnée. (Pepin et al. 2010).

Dans notre situation, l'infirmière pourrait ainsi se servir de son expérience personnelle face à des cas de maltraitances si elle en a déjà rencontrées au cours de son expérience professionnelle. Cela lui donnerait des outils pour aborder plus finement une telle situation vécue par l'enfant et ses parents. Cette dimension du savoir est exprimée par la présence vraie, l'authenticité et l'attitude ouverte de l'infirmière. Afin d'être authentique, elle doit être consciente de ses valeurs, car il faut d'abord se connaître soi-même pour pouvoir entrer pleinement dans la relation avec l'autre. D'autre part, il faut savoir prendre du recul face à ce genre de situations et connaître ses limites pour ne pas trop s'impliquer ou se laisser déborder émotionnellement.

Le savoir personnel s'acquiert avec de l'expérience et nécessite une certaine réflexivité de l'infirmière face aux situations rencontrées.

2.2.8. Savoir éthique

Pepin et al. (2010) décrivent le savoir éthique comme une référence aux jugements d'ordre moral que nous pouvons rencontrer dans certaines situations de soins. Ceci fait référence à ce qui est juste ou faux, ce qui est bon, désirable ou non, ce qui devrait être fait, et concerne par conséquent la philosophie, mais aussi les codes, les valeurs et les normes éthiques.

Ce savoir prend tout son sens pour nous dans la problématique de maltraitance, car ce sont des situations moralement difficiles et souvent contraires aux valeurs familiales. L'infirmière doit alors apprendre à se positionner par rapport à des questions, telles que comment déclarer des cas de maltraitance à la justice ou encore, comment aborder les parents.

2.3. Revue exploratoire

Le but de cette revue exploratoire sera pour nous, de nous renseigner sur la maltraitance infantile en général et sur le syndrome du bébé secoué en particulier. Pour cela, nous avons principalement fait nos recherches sur Internet. Nous avons visité beaucoup de sites d'associations comme, par exemple, le site de la *Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant*. Nous avons également trouvé des articles sur les bases de données. Afin d'être au plus proche des milieux de soins, nous avons également, dans cette phase de recherche exploratoire, contacté des professionnels de la santé.

Même si nous dirigeons plutôt notre Travail de Bachelor sur la prévention du syndrome du bébé secoué, il nous semble tout de même important de nous informer sur la maltraitance infantile en général, afin d'avoir de solides connaissances de base.

2.3.1. La maltraitance infantile

Afin de collecter de plus amples informations sur ce sujet, nous nous sommes rendues sur le site de la *Fondation Suisse pour la Protection de*

l'Enfant (2015). Sur ce site, nous avons trouvé un document concernant la maltraitance infantile écrit par le Docteur Ulrich Lips, spécialiste FMH de médecine pour enfants et adolescents, qui est également responsable du groupe de protection de l'enfant et du service de consultation pour les victimes des hôpitaux pédiatriques universitaires de Zurich. Son document nous a beaucoup aidés à comprendre la maltraitance infantile. Nous avons ainsi choisi la définition suivante de Monsieur Ulrich Lips (2011) pour notre travail :

La maltraitance infantile est une atteinte non fortuite, consciente ou inconsciente, physique et/ou psychologique (par une intervention active ou par omission), y compris la négligence des besoins de l'enfant, de la part de personnes (parents, autres responsables de l'éducation, tiers), d'institutions et de services sociaux, qui conduit à des troubles du développement, des lésions ou même la mort. (p.11)

Cette définition montre qu'il existe plusieurs types de maltraitements sous différentes formes et que celles-ci peuvent être commises par différents auteurs. Les conséquences évoquées démontrent également qu'il est important de prévenir la maltraitance infantile afin de permettre à chaque enfant de se développer dans des conditions idéales.

Après avoir défini la maltraitance infantile de façon générale, il nous semble important de développer les différentes formes de maltraitance qui peuvent être rencontrées, selon le *Guide concernant la détection précoce et la façon de procéder dans un cabinet médical* d'Ulrich Lips (2011) :

- Maltraitements physiques : il s'agit, par exemple, de coups, brûlures, contusions, coups de couteau ou de secousses infligés à l'enfant. Les lésions les plus graves peuvent être cérébrales, abdominales ou thoraciques.
- Négligences : il s'agit du fait de ne pas satisfaire les besoins de l'enfant. Par exemple, au niveau de la nourriture, de l'hygiène, des vêtements, de l'éducation ou de l'encadrement.
- Maltraitements psychologiques : il s'agit de différentes attitudes négatives et destructrices des adultes envers l'enfant qui consistent à le rabaisser continuellement (insultes, brimades, humiliation ou autres). Ces appréciations dévalorisantes affectent durablement l'estime de soi de l'enfant.
- Exploitations sexuelles : il s'agit, par exemple, d'exhibitionnisme en présence d'enfant, de pornographie impliquant des enfants ou d'actes sexuels avec des enfants. Les auteurs de ces maltraitements font souvent partie de l'entourage social des victimes.
- Syndrome de Münchhausen par procuration : il s'agit de parents qui inventent des symptômes que leurs enfants soi-disant présenteraient ou les déclencheraient par diverses manipulations. Ces comportements engendrent un grand nombre d'exams médicaux inutiles pour l'enfant puisque sans véritable fondement objectif, car imaginés par les parents uniquement dans le but de le nuire.

- Maltraitements en raison d'un conflit concernant l'autonomie : il s'agit de situations où les parents n'arrivent pas à gérer les conflits générés par l'autonomisation de l'enfant.
- Maltraitements en raison d'un conflit entre adultes concernant l'enfant : il s'agit de situation où l'enfant est entraîné dans le conflit parental malgré lui. Ceci peut entraîner des dégâts psychologiques, surtout chez les enfants en bas âge.
- Violences structurelles : il s'agit de la violence issue de la société et de l'environnement. Par exemple la pauvreté, la circulation routière ou la pollution de l'environnement.

Après nous être informées sur la maltraitance infantile en général et sur ses différentes formes, nous avons cherché à contacter les institutions socio-sanitaires afin d'obtenir des informations au plus proche de la réalité. Nous avons donc envoyé un questionnaire par e-mail à différents professionnels (voir Appendice A) que nous présentons ici : Madame Marion Jacquet, sage-femme à domicile ; l'Association Neuchâteloise des Soins Pédiatriques à Domicile (l'Association TIM) ; Madame Marie-Jeanne Belli, infirmière en pédiatrie à l'Hôpital du Jura ; Madame Ghislaine Aubel, ICUS en polyclinique pédiatrique au CHUV et référente du Child Abuse and Neglect TEAM (CAN-TEAM).

Les réponses reçues suite à la passation de nos questionnaires nous ont permis de mettre certains points en évidence : les cas de maltraitance des

nourrissons restent rares : ce diagnostic n'est posé qu'une ou deux fois par année à l'Hôpital du Jura selon Madame Belli (2014). Madame Jacquet, sage-femme à domicile, nous a aussi confié n'avoir dû faire hospitaliser qu'une fois un nourrisson pour maltraitance sur ses 20 ans de carrière. Les types de maltraitements les plus fréquents, selon les institutions, sont la négligence et le syndrome du bébé secoué. Les cas de maltraitance étant rares, il n'y a pas vraiment de protocole précis à suivre lorsqu'un cas est déclaré (2014).

Lors de notre revue exploratoire, nous avons eu l'opportunité de nous entretenir avec Madame Aubel au sein du service de polyclinique pédiatrique au CHUV. Nous avons principalement abordé le thème de la prévention afin de savoir ce qui était déjà mis en place dans la pratique. Nous avons pu nous rendre compte qu'il existe peu de prévention primaire au niveau de la maltraitance infantile. Il s'agit surtout pour les infirmières en contact avec les familles d'observer les comportements entre les parents et les enfants. Quelques indices, comme par exemple la façon de prendre son enfant ou la façon de le regarder, peuvent mettre en garde l'équipe sur le risque de maltraitance. Afin de pouvoir mieux mettre en place un réel programme de prévention, il est important d'identifier les facteurs qui peuvent mener à la maltraitance, ceci permettant de pouvoir agir avant que le geste n'ait lieu.

Madame Aubel nous a également parlé du CAN-TEAM. Celui-ci est une structure hospitalière composée d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, psychologues, assistantes-sociales, travailleurs sociaux) qui

évalue des situations d'enfants ayant subi des maltraitances. Après l'évaluation de chaque situation, l'équipe décide de signaler ou non le cas au Service de Protection de la Jeunesse (SPJ). Il est important de savoir que le SPJ ne retire pas forcément la garde de l'enfant aux parents, car d'autres solutions peuvent être trouvées.

Pour orienter notre Travail de Bachelor, nous avons pris en compte ces différentes informations venues des milieux de soins et nous avons décidé de nous intéresser au syndrome du bébé secoué. Selon la Doctoresse Depallens, dans un reportage de la RTS au CHUV, le syndrome du bébé secoué représente la première cause de mortalité des nourrissons de moins d'une année en Suisse (2013). Le syndrome du bébé secoué est un acte de maltraitance encore peu étudié et ayant des conséquences graves. C'est la raison pour laquelle, nous nous posons la question de savoir de quelle manière s'effectue la prévention de ce type de maltraitance.

2.3.2. Le Syndrome du Bébé Secoué

Avant de nous renseigner sur la prévention du syndrome du bébé secoué, il nous semble important de définir de manière générale ce syndrome. Pour cela, nous avons lu divers articles, réalisé des recherches sur Internet puis nous nous sommes entretenues avec la Doctoresse Depallens, pédiatre, cheffe de clinique spécialisée en protection de l'enfant au CHUV. Nous débuterons ce paragraphe par une brève explication du syndrome du

bébé secoué, quelles sont les populations à risques et quels peuvent être les facteurs déclencheurs qui pourraient mener à un tel acte.

Le site *Syndromedubebesecoue.com* (2012) donne la définition suivante:

Le syndrome du bébé secoué est un sous-ensemble de traumatismes crâniens (TC) infligés (TCI), ou TC non accidentels dans lequel c'est le secouement (seul ou associé à un impact) qui provoque le TCI. Le syndrome du bébé secoué survient le plus souvent chez le nourrisson de moins de un an.

Cette définition montre à quel point le fait de secouer son bébé peut avoir des conséquences graves, comme par exemple, un traumatisme crânien ainsi que d'autres symptômes qui s'en suivent. Elle montre également que la présence d'une tierce personne est obligatoire, puisque le traumatisme est infligé et non accidentel.

Nous allons maintenant voir quels sont les facteurs de risque liés à l'enfant et liés à l'auteur des faits. D'après le rapport d'orientation de la commission d'audition de la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) concernant le syndrome du bébé secoué (2011) ainsi que le document *Syndrome du bébé secoué–Bilan de connaissances* du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP) (2005), les facteurs de risques liés à l'enfant sont les suivants :

- Le sexe de l'enfant : les garçons sont plus souvent secoués que les filles.
- Le fait que l'enfant soit prématuré
- Les grossesses multiples

- Les enfants handicapés
- Les enfants de moins d'un an

Toujours d'après le rapport d'orientation de la commission d'audition de la SOFMER (2011) et d'après le document *Syndrome du bébé secoué – Bilan de connaissances* du CLIPP (2005), les facteurs de risques liés à l'auteur des faits sont les suivants :

- Dans 70 % des cas, il s'agit d'un homme qui secoue le bébé
- Dans 18 % des cas, il s'agit d'une personne qui s'occupait de l'enfant (grands-parents, nounou, frère/sœur)
- Les jeunes parents
- Les parents qui vivent de la violence conjugale
- Les parents qui vivent des situations stressantes (problèmes financiers, maladie, manque d'aide à domicile)
- Les parents qui consomment des drogues ou de l'alcool

En ce qui concerne les éléments déclencheurs, le document du CLIPP (2005) met en évidence que ce sont le plus souvent les pleurs continus chez l'enfant qui peuvent mener à un syndrome du bébé secoué. Les parents sont souvent exaspérés face aux pleurs de leur bébé et ils peuvent donc en venir à secouer l'enfant afin de faire cesser les pleurs de celui-ci. Les parents présentant des difficultés à nourrir leur bébé ainsi que des problèmes à le rendre propre sont des parents qui présentent également plus de risques de secouer leur bébé.

Après nous être informées sur le syndrome du bébé secoué, nous avons eu l'opportunité de rencontrer la Doctresse Depallens qui a mené une étude sur le syndrome du bébé secoué. Nous avons pu lui poser des questions d'ordre général et des questions plus spécifiques, afin d'être au plus près de la réalité (voir Appendice B). Nous avons notamment pu parler de la prévention qui se fait actuellement autour de ce syndrome. Il en est ressorti qu'actuellement :

« Il n'y a pas de programme de prévention clairement établi. La question est de savoir quand est-ce le bon moment pour parler de ce problème aux mamans : à la maternité, au retour à domicile ? Il y a pleins de questionnements là autour. Il y a de la prévention primaire qui se fait bien sûr, car c'est important que l'on sache ce que c'est, mais elle se fait plutôt aléatoirement » (Depallens, 2014)

2.3.3. La prévention

En nous inscrivant dans la thématique de la prévention de la maltraitance, il nous semble pertinent de développer ce thème dans notre revue exploratoire.

Selon l'OMS (1999), « La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences » (p.4).

Afin de différencier les formes de prévention, l'OMS a proposé de les distinguer en trois catégories ; la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

« La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population » (Brignon, 2007, p.87). La prévention primaire utilise l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et l'information auprès de la population. Pour ce faire, des mesures de prévention comme l'hygiène corporelle, l'alimentation, l'activité physique et sportive ou la vaccination sont employées.

Brignon (2007) définit la prévention secondaire de la manière suivante : « Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Le dépistage précoce en est l'action principale » (p.87). La prévention secondaire consiste donc à identifier une maladie ou un problème de santé, qui n'a pas pu être évité par la prévention primaire, à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide.

« La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à réduire la prévalence des incapacités chroniques ou des récives au sein d'une population » (Brignon, 2007, p.88). Elle a pour but de donner des soins afin de prévenir la rechute de la maladie et de favoriser la réinsertion des patients. Des exemples de prévention tertiaire sont notamment la rééducation, la réinsertion sociale ou encore la réhabilitation du patient.

Afin de voir s'il y a une quelconque forme de prévention mise en place ailleurs dans le monde, nous avons effectué des recherches sur la prévention du syndrome du bébé.

Nos recherches nous ont menées jusqu'au Québec, plus spécifiquement au centre hospitalier universitaire mère-enfant de Saint-Justine (CHUSJ), à Montréal. Selon Fortin, Frappier, & Déziel (2011), un projet global de prévention du syndrome du bébé secoué et de la violence envers les enfants a été mis en place dès la périnatalité à la petite enfance. Ce projet fait suite à une augmentation de 50 % des consultations pour abus physique d'enfants depuis 2001 au Canada. L'article nous informe aussi que :

Selon un sondage dans la population du Québec, 5 % des parents ont secoué leur enfant au moins une fois. De plus, chaque année au Québec environ 30 jeunes enfants (90 % de moins de six mois) sont amenés à l'urgence d'un centre hospitalier suite à des secousses causant des symptômes majeurs requérant des soins directs. (Fortin et al. 2011, p. 2)

Ce projet de prévention comporte plusieurs phases que nous allons brièvement expliquer.

La première phase consiste tout d'abord à mettre en place une prévention large destinée à tous les parents au moment de la naissance. Elle consiste plus précisément à remettre trois fiches d'informations aux parents, plus spécifiquement sur les pleurs, la colère et le syndrome du bébé secoué. Ceux-ci sont également invités à écrire un plan d'actions afin qu'ils puissent mieux faire face aux pleurs incessants de leurs enfants si cela devait se produire.

La seconde phase est la phase post-natale. Elle est destinée à renforcer la première phase. Il s'agit d'un rappel éducatif lors de la première visite post-natale à domicile. Les familles identifiées comme présentant un risque

de maltraitance bénéficient d'un suivi plus rapproché, avec notamment l'introduction d'un thermomètre de la colère. Grâce à cet outil, des interventions plus spécifiques et individualisées peuvent être mises en place en vue d'aider les parents à travailler sur la gestion de la colère.

Puis, la troisième phase s'adresse à des populations très spécifiques. Celle-ci étant encore en développement lors de la publication de l'article, nous ne pouvons la détailler dans le présent travail.

Nos recherches mettent en évidence qu'il n'existe, en Suisse, que peu d'interventions de prévention du bébé secoué et que ce type de maltraitance est peu connu de la population. Comme nous le disait la Doctoresse Depallens (2014), la prévention primaire s'effectue souvent de manière aléatoire, sans programme de prévention préétabli et sans pouvoir non plus s'appuyer sur des études scientifiques contextualisées.

Finalement, toujours selon la Doctoresse Depallens (2014), le défi pour les années à venir va être de développer les connaissances au sujet du syndrome du bébé secoué à l'aide de la recherche. Le but sera non seulement de pouvoir diagnostiquer plus précocement un syndrome du bébé secoué, mais également d'offrir une meilleure prise en charge et de développer la prévention sur cette problématique. Le syndrome du bébé secoué est une réalité encore méconnue et qui peut engendrer des conséquences graves, voire fatales, pour les enfants et les familles concernés.

2.4. Concepts et question finale

Nous allons, dans les paragraphes suivants, affiner notre problématique de recherche en retenant les concepts qui vont faire l'objet de notre Travail de Bachelor.

Suite à cette revue exploratoire, nous choisissons de centrer spécifiquement notre Travail de Bachelor sur la prévention du syndrome du bébé secoué. Il s'agit d'un type de maltraitance peu connu, mais qui reste néanmoins relativement fréquent chez les nourrissons entre zéro et six mois. De plus, le syndrome du bébé secoué présente un taux de mortalité de 10-20 % et engendre des conséquences dramatiques sur le développement et l'avenir de ces enfants (Depallens, 2014).

Concernant la population cible, nous avons remarqué qu'il existe plusieurs populations à risque, dont le bébé prématuré notamment, que nous avons choisi de retenir dans le cadre de ce travail. En tant qu'infirmières, nous sommes amenées à travailler en unité de néonatalogie auprès de cette population et nous pouvons, dès lors, intervenir le plus précocement possible. Ainsi, nous souhaitons intervenir auprès des parents de bébés nés prématurément.

Enfin, à l'aide des écrits et de l'entretien avec la Doctoresse Depallens, nous avons identifié le facteur déclencheur le plus important dans ce type de maltraitance : les pleurs incessants du bébé. Dans un premier temps, nous avons pensé que le facteur déclencheur était la colère, mais nous nous

sommes rendues compte que les pleurs étaient le facteur premier qui allait engendrer un trop plein d'émotion chez les parents et le plus souvent de la colère. Ainsi, notre objectif sera de voir comment nous pouvons aider ces parents à gérer les pleurs de leur bébé afin qu'ils ne soient pas débordés par la colère et éviter qu'ils en viennent à un acte de secousse.

Suite à ces différentes lectures et entretiens menés, notre question de recherche finale est donc la suivante :

Quelles actions de prévention une infirmière en néonatalogie peut-elle mettre en place auprès de parents d'un enfant prématuré afin qu'ils puissent mieux faire face aux pleurs de celui-ci dans le but de pouvoir réduire le risque de survenue d'un syndrome du bébé secoué ?

2.5. Liens avec la pratique

Pour cette dernière partie, nous allons réaliser une synthèse des éléments répertoriés et indiquer en quoi notre problématique amènera des perspectives pour la pratique.

Tout au long de nos recherches, nous nous sommes rendues compte qu'il existe très peu de prévention en Suisse pour le syndrome du bébé secoué et que celui-ci est actuellement peu connu des parents. Il est de notre rôle, en tant que futures infirmières, d'informer les parents sur ce type de maltraitance, mais aussi de les aider à trouver des stratégies pour éviter la survenue de tels actes.

Nous avons choisi d'intervenir dans un service de néonatalogie, car dans ce milieu, l'infirmière se doit non seulement d'accompagner l'enfant prématuré, mais aussi ses parents. L'infirmière en néonatalogie doit s'assurer que les parents bénéficient d'un accompagnement adéquat afin que le retour à domicile avec le bébé se déroule dans les meilleures conditions possibles.

3. Concepts et cadre théorique

Dans ce chapitre, nous allons aborder les concepts fondamentaux de notre Travail de Bachelor ainsi que les liens avec les champs disciplinaires infirmiers. Les concepts fondamentaux que nous avons retenus sont :

- Le syndrome du bébé secoué
- La prématurité
- La prévention

Afin de faire les liens avec une théorie de soins infirmiers, nous avons choisi d'illustrer notre problématique de recherche avec la théorie de la transition de Meleis (2010).

3.1. La prématurité

On parle de prématurité lorsqu'un bébé naît vivant avant 37 semaines de gestation (OMS, 2015). L'OMS (2015) définit trois types de prématurité : la prématurité extrême, où le bébé naît avant 28 semaines ; la grande prématurité, quand le bébé naît entre la 28^{ème} et la 32^{ème} semaine, et pour finir, la prématurité moyenne lorsque l'enfant naît entre la 32^{ème} et 37^{ème} semaine.

D'après la brochure *Arrivés trop tôt : le rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées* de l'OMS (2015), une grande majorité de bébés prématurés (84 %) naissent entre la 32^{ème} et la 37^{ème} semaine de grossesse, ce qui correspond à une prématurité dite moyenne.

Les cas de grandes prématurités et de prématurités extrêmes restent en revanche rares.

Selon l'Office fédéral de la statistique (2014), seules 7.3 % des naissances en Suisse sont des naissances prématurées, ce qui reste néanmoins un pourcentage non négligeable.

L'hospitalisation du bébé prématuré est une période longue, pouvant aller jusqu'à plusieurs semaines selon le degré de prématurité. Il est à noter que plus le bébé est né en avance, plus le temps d'hospitalisation peut se prolonger, jusqu'à ce que ses fonctions vitales et son état soient estimés comme étant stables. Une telle hospitalisation demande ainsi du temps, de la patience et de l'investissement de la part des parents (Kotsoglou, 2011).

La naissance d'un enfant peut déjà être une cause de stress en soi. Or, lorsqu'il s'agit en plus d'un bébé né avant terme, les sources de tensions sont alors multipliées. Cette naissance inattendue plonge immédiatement les parents dans l'inconnu, car l'environnement est déconcertant et le sort de l'enfant est souvent incertain. Selon Kotsoglou (2011), l'hospitalisation du bébé prématuré a pour conséquence une coupure du lien avec les parents, qui viennent seulement de temps en temps le voir. Le lien d'attachement entre les parents et le bébé peine alors à se mettre en place dès le début. Après l'accouchement, les parents n'aperçoivent que rapidement leur enfant. Ils ne peuvent lui donner l'affection qu'ils voudraient, car leur élan de

tendresse est ainsi freiné par la distance physique imposée par les traitements intra hospitaliers.

D'après Louis, Trébaol et Veilleux (2002), divers obstacles induisent un trouble de l'attachement, comme par exemple :

- La privation de contact physique entre les parents et l'enfant
- Le manque d'interaction avec le bébé
- L'incapacité à se projeter momentanément dans leur rôle de parent
- La préoccupation médicale qui surpasse leur préoccupation parentale
- La relation triangulaire bébé-soignants-parents qui néglige la relation fusionnelle entre un nouveau-né et ses parents

Toujours selon Louis et al. (2002), les ruptures engendrées par cette naissance prématurée démontrent que l'amour parental prend parfois plus de temps à se déclarer ou qu'il s'amorce de manière différente et plus complexe. Certains parents essaient de refouler leur amour au cas où leur bébé ne survivrait pas. Il est établi que les différentes peurs que ces parents peuvent éprouver envers leur bébé, comme par exemple la peur qu'il ne soit pas normal ou la peur de le blesser, peuvent induire cette distance affective.

A la fin de l'hospitalisation, il est important que les parents se sentent prêts à rentrer à domicile avec leur enfant. Peters (2011), explique que le retour à domicile est une étape difficile pour les parents. Souvent, l'enthousiasme des premiers jours fait place à une phase de découragement et d'incompréhension. Les nouvelles responsabilités des parents s'associent

rapidement à l'épuisement et aux pleurs incessants de leur bébé. Dans cette phase, les pleurs du bébé peuvent très rapidement irriter les parents, les rendre impatients ou nerveux. Les prématurés ne sont évidemment pas les seuls bébés à pleurer, mais les parents sont susceptibles d'être plus rapidement agacés dans le cas d'un bébé prématuré. D'après *l'Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* publiées par le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants de Montréal (2008), les bébés prématurés sont fortement sujets à avoir des pleurs hyper phoniques aigus. Il est précisé que : « Les sons des pleurs hyper phoniques sont perçus comme plus irritants, plus pénibles, davantage synonymes d'un état d'alerte ou de maladie que les pleurs normaux et suscitent des réponses plus immédiates [...] » (Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2008, p.3). Pour les parents, l'hospitalisation ayant été la plupart du temps longue et parfois difficile, une accumulation de fatigue a pu se mettre en place et la séparation physique a alors ralenti l'apprentissage parental. Lorsque le prématuré pleure afin de satisfaire un besoin, beaucoup de parents se sentent désemparés et incapables d'y répondre avec assurance. Cette incompréhension peut engendrer du stress et de la nervosité.

Selon la Doctoresse Depallens (2014), c'est à ce moment-là que l'on peut faire un lien avec le syndrome du bébé secoué : les parents sont dépassés, car leur bébé pleure et demande ainsi beaucoup d'attention. Les parents épuisés sont, par conséquent, plus sujets à secouer leur enfant.

La Doctoresse Depallens (2014) met en lien le syndrome du bébé secoué, la prématurité, les pleurs et l'hospitalisation du bébé de la façon suivante :

La prématurité est un des facteurs de risque pouvant amener à un syndrome du bébé secoué. Le bébé prématuré va être hospitalisé plusieurs mois et le retour à domicile avec les parents risquera d'être plus difficile, avec un trouble du lien d'attachement. Pour la famille, c'est un enfant qui a déçu, qui va porter tous les malheurs de la famille car il n'est pas tout à fait normal. Cet enfant a un risque d'être handicapé donc les parents ne s'investissent pas autant car de toute façon il est déjà mal parti dans la vie. On peut imaginer plusieurs raisons comme celles-ci qui font que, pour les parents, c'est plutôt un mauvais départ dans le lien, par exemple ils ont peut-être dû arrêter leur job pour être à l'hôpital. Ils peuvent donc en vouloir inconsciemment à cet enfant et donc moins bien supporter les cris, les pleurs. (Depallens, 2014)

Nous pouvons voir que la prématurité et l'hospitalisation du bébé en néonatalogie représentent une période difficile pour les parents, durant laquelle le lien d'attachement se fait plus difficilement que lorsque la naissance est survenue à terme. Ce trouble du lien d'attachement, le stress lié à la situation, ainsi que les pleurs fréquents et forts du bébé peuvent alors amener les parents à être plus épuisés et donc le risque de secouer le bébé sera en conséquence plus élevé.

3.2. Le Syndrome du Bébé Secoué

Afin de développer le concept du syndrome du bébé secoué, nous nous sommes appuyées sur plusieurs sources dont un document faisant office de bilan de connaissances sur le syndrome du bébé secoué, établi par le CLIPP en 2005. Il émane d'une recherche dans les banques de données et d'un

travail d'analyse de plusieurs articles récents (2007-2009) sélectionnés selon leur pertinence.

D'après ce document, le syndrome du bébé secoué est la principale cause de mortalité due à de mauvais traitements physiques envers les enfants (CLIPP, 2005). Le syndrome du bébé secoué survient lorsqu'un jeune enfant est violemment agité alors qu'il est tenu par le tronc, les épaules ou les bras. Les mouvements rapides d'accélération et de décélération ainsi générés sont transmis à la tête du nourrisson et peuvent occasionner des lésions graves, en particulier une déchirure des vaisseaux sanguins cervicaux, créant l'apparition d'hématomes sous-duraux et d'hémorragies rétiniennes.

Les conséquences sont souvent désastreuses puisque 20 à 25 % des nourrissons en meurent. De plus, 50 à 60 % de ces enfants manifestent des problèmes au niveau neurologique ou sur le plan du développement, tels que des retards mentaux, des paralysies, des problèmes de motricité ou encore des cécités. Il est également mentionné que 20-25 % des enfants présenteront possiblement des retards de développement à long terme : retards de développement psychomoteur, troubles de l'apprentissage, difficultés de raisonnement, de langage ou de prise de décisions, difficultés comportementales, problèmes d'épilepsie entre autres, et ce, même s'ils semblent guéris au moment de leur sortie de l'hôpital (CLIPP, 2005).

Dans une autre étude, Adamsbaum, Grabar, Mejean, et Rey-Salmon (2010) mettent en évidence que 55% des auteurs de la secousse répètent leur geste entre deux à 30 fois, car cela permet de stopper les pleurs de l'enfant.

Les enfants prématurés ou handicapés sont particulièrement à risque d'être secoués, soit parce qu'ils ne répondent pas aux attentes de leurs parents, soit à cause du surplus de travail qu'ils occasionnent ou encore parce qu'ils pleurent fréquemment. La présence de pleurs continus chez l'enfant est souvent l'élément déclencheur dans le processus qui amène à secouer l'enfant. Ainsi, l'exaspération face à un nourrisson qui semble inconsolable peut amener certains parents à agir violemment (CLIPP, 2005).

Afin de se rendre compte de l'envergure de ce phénomène en Suisse, nous avons cherché quelques statistiques. L'article de Fanconi et Lips (2010), *Shaken baby syndrome in Switzerland : results of a prospective follow-up study, 2002-2007*, résulte d'une étude élaborée en Suisse sur cinq ans sur le syndrome du bébé secoué.

Tout d'abord, Fanconi et Lips (2010) nous disent que 56 cas de syndrome du bébé secoué ont été répertoriés en Suisse entre 2002-2007 dans 13 cantons différents, qui représentent 80 % de la population suisse totale. De ces 56 enfants, 49 répondaient aux critères d'inclusion de l'étude, qui étaient la présence chez l'enfant de moins de six ans de plus de deux symptômes cliniques, un problème ophtalmique et une lésion identifiée au

scanner ou à l'IRM. De ces 49 enfants, il se trouve que 31 étaient des garçons et 18 des filles. L'âge moyen de l'enfant au moment de l'hospitalisation est de quatre mois. L'étude nous informe également que dans 13 cas, les auteurs de violence ont admis avoir secoué l'enfant. A partir de ces chiffres, une incidence de 14/100'000 enfants par année ayant subi un syndrome du bébé secoué en Suisse a été déterminée. De ces 49 cas, 80 % présentaient des hémorragies rétiniennes et 89 % des hématomes sous-duraux. Au total, huit des 49 enfants victimes de syndrome du bébé secoué sont décédés après avoir été secoués.

En conclusion, l'étude de Fanconi et Lips (2010) souligne que le syndrome du bébé secoué est une forme de maltraitance fortement stimulée par les pleurs de l'enfant et plus spécialement dans les quatre premiers mois de vie du nourrisson. Grâce à ces données, nous confirmons l'importance des lésions que le mécanisme de secousse peut avoir sur le système nerveux de l'enfant. Ainsi, nous sommes plus à même de nous représenter les séquelles portées par les enfants à long terme et les complications graves que le processus de secouement peut engendrer.

3.3. La prévention

La prévention est un concept central de notre Travail de Bachelor que nous avons déjà pu développer brièvement dans notre problématique. Afin d'approfondir le concept de la prévention, nous avons décidé de nous appuyer sur la classification de Gordon (1983). Cette nouvelle classification

se centre sur la population à laquelle la prévention s'adresse, plutôt que sur le moment de l'intervention et de l'apparition de la maladie. Elle se décompose en trois sous-ensembles qui sont les suivants :

La prévention universelle : ce type de prévention est destiné à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. D'après Gordon (1983), il faut noter que : « In this category fall all those measures which can be evocated confidently for the general public and which, in many cases, can be applied without professional advice or assistance » (p. 108). Les règles d'hygiène alimentaire, d'hygiène dentaire ou encore la promotion d'une activité physique régulière sont des exemples de prévention universelle.

La prévention sélective : selon Gordon (1983), la prévention sélective concerne un sous-groupe de population spécifique, qui a un risque plus élevé que la moyenne de développer un problème de santé. Il s'agit par exemple des campagnes de vaccination destinées aux personnes âgées ou au personnel de santé, de la prévention de la prise de stupéfiants ou d'alcool chez les femmes enceintes ou encore de la prévention des risques liés aux maladies transmissibles chez les jeunes.

La prévention ciblée : ce type de prévention est destiné aux personnes qui présentent un risque plus élevé de développer une maladie. Il s'agira, par exemple, de faire des contrôles fréquents du taux de cholestérol chez les hommes dès la cinquantaine et plus particulièrement chez ceux qui

accumulent sédentarité et tabagisme afin de prévenir le risque de survenue d'une maladie coronarienne.

Dans le cadre de notre problématique, nous nous situons dans la prévention de type ciblée. En effet, nous nous adressons à une catégorie de personnes qui sont les parents d'un enfant prématuré. La prévention se faisant dans le but de diminuer l'apparition du syndrome du bébé secoué et étant donné que le fait d'avoir un enfant prématuré représente un facteur de risque, nous nous situons donc dans la prévention ciblée. Nous pouvons également ajouter que nous sommes dans la prévention primaire selon l'OMS, car nous souhaitons agir avant que l'acte n'ait lieu.

3.4. Cadre théorique

Afin de donner un sens à notre question de recherche, nous allons choisir une théorie infirmière dans laquelle s'inscrit notre questionnement. Nous avons choisi de nous baser sur la théorie de la transition de Meleis (2010), que nous allons brièvement présenter et mettre en lien avec la thématique de notre Travail Bachelor.

3.4.1. La théorie de la transition de Meleis

Selon Chick et Meleis (1986), la transition est un passage entre deux périodes relativement stables durant un certain temps. Meleis et Chick (1986) mettent en relation la notion de transition et les soins infirmiers de la manière suivante : «Transitions fall within the domain of nursing when they

pertain to health or illness or when responses to the transition are manifested in health-related behaviors » (p. 25).

Une modification des rôles dans la famille ou dans la société ou une modification de l'état de santé peuvent ainsi mener à une transition (Meleis, 2010). Les infirmières sont donc amenées à soigner des personnes qui vivent, anticipent ou terminent une transition (Meleis, 2010). L'infirmière s'intéresse à la transition en voyant celle-ci dans son ensemble bio-psycho-socio-culturel et en tant que partie prenante d'un environnement donné (Schumacher, Jones & Meleis, 1999).

Lorsqu'une transition s'opère, la personne a besoin de développer de nouvelles habiletés, relations personnelles et stratégies de coping. Le rôle de l'infirmière est donc d'aider la personne à se préparer et de faciliter le processus de transition en enseignant les nouvelles habiletés requises (Schumacher, et al. 1999).

Dans sa théorie intermédiaire de la transition, Meleis articule la transition autour de quatre dimensions : la nature des transitions, les conditions facilitantes et entravantes, les modèles de réponses et les interventions infirmières. Nous allons les présenter brièvement ci-après.

3.4.2. La nature des transitions

La nature des transitions permet de définir trois éléments : les types, les modèles et les propriétés des transitions.

Il existe quatre types de transitions qui sont les suivants : associées à des événements liés au développement, situationnelles, en lien avec la santé ou avec la maladie et organisationnelles (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000). Il est important de savoir que selon Meleis et Schumacher (1994), une personne peut vivre plusieurs types de transitions en même temps.

Une transition peut survenir sur un modèle simple ou multiple. On parle de transition simple lorsqu'elle arrive seule et on parle de transition multiple lorsque plusieurs transitions surviennent de façon séquentielle ou simultanée (Meleis et al., 2000).

Pour chaque transition, plusieurs propriétés peuvent être mises en évidence : la prise de conscience, le niveau d'engagement, le changement et la différence, l'espace dans le temps et les points critiques et événements. Il n'est pas toujours facile d'identifier les propriétés d'une transition, car celles-ci sont souvent inter reliées (Meleis et al, 2000).

3.4.3. Les conditions facilitantes et entravantes

Lors du processus de transition, certaines conditions peuvent faciliter ou entraver la transition. Ces conditions peuvent être personnelles, communautaires ou sociétales. En identifiant les conditions entravantes ou facilitantes, l'infirmière peut alors mieux aider les personnes à vivre leur transition.

3.4.4. Les modèles de réponse

D'après Dallaire (2008), il faut noter que « Les modèles de réponses permettent à l'infirmière d'observer l'évolution d'une transition chez une personne malade grâce aux indicateurs de processus et de vérifier si l'objectif final est atteint, c'est à dire la fin de la transition » (p. 109).

Les indicateurs de processus permettent d'estimer l'évolution positive ou non de la transition. Meleis et al. (2000) ont mis en évidence quatre indicateurs de processus : le sentiment d'être en lien (feeling connected), l'interaction dans la dyade patient-aidant (interacting), la comparaison avant et après (location and being situated) et le développement de la confiance et le coping (developing confidence and coping).

Les indicateurs de résultats permettent de mettre en évidence une transition saine selon deux critères : d'une part, le fait que la personne fait preuve d'une maîtrise des compétences dont elle a besoin pour gérer les nouvelles situations ; et d'autre part, le fait que la personne s'en sorte avec une nouvelle expérience vécue.

3.4.5. Les interventions infirmières

Après avoir identifié la nature de la transition, les conditions facilitantes ou entravantes ainsi que les modèles de réponses, l'infirmière peut mettre en place ses interventions. Pour ce faire, trois étapes ont été définies comme interventions thérapeutiques (nursing therapeutics) : l'évaluation du niveau

de préparation de la personne vivant la transition, la préparation à la transition et, pour finir, le rôle de soutien et de suppléance.

3.5. Lien théorie – problématique

La naissance d'un enfant est une transition pour les parents. De nouvelles responsabilités arrivent, la dynamique familiale ainsi que les rôles de chacun changent. D'après Shin et White-Traut (2007), « The transition to motherhood in mothers with infants in neonatal intensive care units (NICUs), however, is different from mothers who have healthy infants » (p. 104). Il faut néanmoins préciser que cette étude ne parle que de la transition vécue par la mère sans inclure donc celle du père, mais il est tout à fait imaginable que cette transition soit tout aussi difficile pour ce dernier.

La naissance d'un enfant prématuré n'est en aucun cas anodine et elle engendre de multiples transitions pour les parents. Tout d'abord, les parents vivent une transition de type développementale : les parents entrent dans une nouvelle étape de leur vie, l'arrivée d'un nouvel enfant. Leurs rôles vont donc changer, ils vont devenir parents, pour la première fois ou le redevenir le cas échéant. Shin et White-Traut (2007) ont identifié les facteurs suivants qui rendent la transition plus difficile lors de la naissance d'un enfant prématuré et hospitalisé en néonatalogie : le sens négatif attribué à la situation (negative-meaning attribution), l'incertitude (uncertainty), le préjudice social (social prejudice), le manque de possibilité de créer un contact avec l'enfant (lack of opportunity to make contact with the infant) et

l'environnement (unit environnement). Ces facteurs, souvent non attribués lors de la naissance d'un enfant en bonne santé, font que l'arrivée d'un enfant prématuré est une transition développementale difficile pour les parents. On peut également parler de transition situationnelle lors de l'arrivée d'un enfant prématuré. En effet, les parents vont être amenés à vivre de nouvelles situations, notamment en participant aux soins du bébé. Schumacher et Meleis (1994) ont mis en évidence que le fait de devenir proche aidant amène à de multiples transitions dans la famille, notamment une transition de type situationnelle.

Finalement, les parents vont également vivre une transition de type organisationnelle. En effet, l'arrivée de ce bébé hospitalisé va leur demander une nouvelle organisation dans leurs modes de vie afin de pouvoir être au plus proche de lui aussi souvent que possible.

La naissance d'un enfant prématuré va engendrer une variation des rôles joués dans la famille. Les parents auront donc besoin de développer de nouvelles habiletés, des relations personnelles et de nouvelles stratégies de coping (Schumacher et al, 1999). Le rôle de l'infirmière sera donc d'accompagner les parents dans leur processus de transition, afin de faciliter celui-ci. L'infirmière aidera donc les parents à se préparer au mieux pour leur retour à domicile avec leur enfant. Avec les nouvelles habiletés développées durant l'hospitalisation, les parents auront alors plus de ressources pour faire

face aux situations difficiles et ainsi trouver les meilleures stratégies possibles afin de ne pas en venir à secouer leur bébé.

4. Méthode

Dans ce chapitre, nous allons décrire la méthode utilisée pour notre recherche et sélection d'articles visant à répondre à notre question.

4.1. La méthode PICOT

Afin de préciser notre question de recherche, nous allons utiliser la méthode PICOT. D'après Melnyk et Fineout-Overholt (2013), cette méthode permet de clarifier la question de recherche et d'identifier les concepts clés pour ainsi pouvoir faire une recherche bibliographique efficace et systématique dans les bases de données.

La première étape de la méthode PICOT consiste à identifier le type de question que nous nous posons. En effet, il existe plusieurs types de questions selon PICOT : intervention, pronostic, diagnostic, étiologie et meaning. Dans le cadre de notre Travail de Bachelor, le type de question que nous nous posons est le type intervention. En effet, nous aimerions savoir quelles interventions une infirmière peut-elle mettre en place afin d'éviter que les parents d'un enfant prématuré en viennent à secouer leur bébé.

Après avoir clarifié le type de question, il faut maintenant identifier les différentes composantes de la question PICOT en lien avec notre problématique. Lors d'une question de type intervention, les composantes de la question PICOT sont les suivantes :

P : Population / Patient

I : Intervention

C : Comparaison (pas obligatoire dans la question)

O : Outcomes (résultats)

T : Temps (pas obligatoire dans la question)

En lien avec notre problématique, voilà comment nous définissons les différentes composantes de la question PICOT :

P : Les parents d'un enfant prématuré

I : Actions de prévention dans un service de néonatalogie

C : Pas présent

O : Faire face aux pleurs du bébé et ainsi diminuer le risque de survenue d'un syndrome du bébé secoué

T : Pas présent

Ceci nous mène donc à la formulation de notre question de recherche finale qui est la suivante :

Quelles actions de prévention une infirmière en néonatalogie peut-elle mettre en place auprès de parents d'un enfant prématuré afin qu'ils puissent mieux faire face aux pleurs de celui-ci dans le but de pouvoir réduire le risque de survenue d'un syndrome du bébé secoué ?

C'est à partir de cette question de recherche précise que nous avons cherché nos articles dans les différentes bases de données. Les mots-clés émanant de notre question seront décrits ultérieurement.

4.2. Critères de sélection

Avant de commencer nos recherches dans les bases de données, nous avons identifié certains critères d'inclusion et d'exclusion afin que la sélection des articles soit la plus pertinente possible.

Critères d'inclusion :

- Articles publiés entre 2004 et 2015 afin d'avoir à disposition des lectures récentes et pertinentes.
- Articles rédigés en français ou en anglais afin de faciliter la lecture.
- Articles publiés dans des revues ayant un impact factor supérieur à 1.5 et/ou un niveau de preuve hiérarchique de un ou deux ; ces critères nous sont imposés dans le cadre du Travail de Bachelor.
- Articles répondants aux critères d'analyse de la grille Fortin (2010) afin d'être sûres d'avoir les différentes phases de recherche qui répondent aux critères scientifiques.

4.3. Mots-clés

Afin de pouvoir interroger les bases de données, nous avons défini certains mots-clés à partir de notre question PICOT. Ces mots-clés ont ensuite été traduits en anglais en fonction du thésaurus des bases de

données (termes MeSH). Ces mots-clés nous permettrons ensuite de faire nos recherches dans les bases de données de la manière la plus efficace possible. Voici le tableau présentant nos différents mots-clés et descripteurs MeSH :

	Mots-clés	Descripteurs MeSH
P	Prématuré	Infant premature
	Parents	Parents
I	Prévention	Prevention & control
	Néonatalogie	Neonatology
	Soins infirmiers	Nursing
O	Syndrome du bébé secoué	Shaken baby syndrome
	Pleurer	Crying

Tableau 1 :Mots-clés et descripteurs MeSh

4.4. Stratégies de recherche des articles

Afin de sélectionner les articles que nous allons analyser, nous avons fait plusieurs recherches sur différentes bases de données (CINAHL, PubMed, MedLine, Psycinfo, Cochrane). Pour mieux comprendre comment nous avons trouvé chacun de nos articles, nous allons décrire précisément les stratégies de recherches effectuées à l'aide du tableau suivant :

Base de données	Mots-clés	Limites	Résultats	Articles sélectionnés	Titre de l'article	Impact Factor / Niveau de preuve
Cochrane	Shaken baby syndrome AND nursing	Articles publiés entre 2004-2015	1	1	Do educational materials change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome?	Impact Factor = 5.8
PubMed	Shaken baby syndrome AND prevention	Articles publiés entre 2004-2015	101	1	Intervention type matters in primary prevention of abusive head injury : event history analysis results	Impact Factor = 2.5
PubMed	Shaken baby syndrome AND prevention AND crying	Articles publiés entre 2004-2015	30	1	Parents behavior in response to infant crying : abusive head trauma education	Impact Factor = 2.5
Medline	Shaken baby syndrome AND nursing	Articles publiés entre 2004-2015	37	1	Secondary analysis of the « Love Me...Never Shake Me » SBS education program	Impact Factor = 2.5
CINAHL	Nursing interventions AND parents	Articles publiés entre 2004-2014	444	1	Nursing care to families of newborns in neonatal intensive care unit : an integrative review	Niveau de preuve 1

CINAHL	Nursing AND parents AND crying	Articles publiés entre 2004-2015	25	1	Health care interventions for excessive crying in infants : regularity with and without swaddling	Impact Factor = 0.87
PubMed	Shaken baby syndrome AND crying	Articles publiés entre 2004-2015	39	1	Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma	Impact Factor =5.2
CINAHL	Shaken baby syndrome AND crying	Articles publiés entre 2004-2015	32	1	Preventing abusive head trauma among infants and young children : a hospital-based, parent education program	Impact Factor = 5.2
PubMed	Nursing AND crying AND parents	Articles publiés entre 2004-2015	105	1	Responding to a crying infant – You do not learn it overnight : a phenomenological study	Impact Factor = 1.5
Psycinfo	Shaken Baby syndrome AND nursing	Articles publiés entre 2004-2015	95	1	Hush Now Baby : mothers' and fathers' strategies for soothing their infants and associated parenting outcomes	Impact Factor : 1.4

Tableau 2 : Stratégies de recherche

Comme le Tableau 2 le met en évidence, nous avons décidé de retenir un article avec un impact factor inférieur à 1.5. L'article de Blom, Van Sleuwen, De Vries, Engelberts et L'Hoir (2009) nous semble pertinent, car il traite d'interventions spécifiques ayant fait leurs preuves face aux pleurs du nourrisson. Etant donné que nous avons trouvé que peu d'articles en lien avec les interventions de gestion des pleurs, nous avons estimé pertinent de tout de même le sélectionner.

4.5. Analyse des articles

Grâce à nos nombreuses recherches, nous avons pu sélectionner dix articles qui nous semblent les plus pertinents et les plus en lien avec notre question de recherche. Nous les avons ensuite analysés à l'aide de la grille de Fortin (2010) qui nous permet d'avoir un résumé complet des articles retenus. Ces grilles d'analyse d'articles se trouvent au chapitre Appendice C. Voici maintenant les dix articles retenus, présentés en normes Provost :

- Altman, R.L., Canter, J., Patrick, P.A., Daley, N., Butt, N.K., & Brand, D.A. (2011). Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics*, *128*, 1164-1172.
- Barr, R.G., Barr, M., Fugiwara, T., Conway, J., Catherine, N., & Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome ? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, *180*(7), 727-733.

- Blom, M.A., Van Sleuwen, B.E., De Vries, H., Engelberts, A.C. & L'Hoir, M.P. (2009). Health care interventions for excessive crying in infants : regularity with and without swaddling. *Journal of Child Health Care, 13*(2), 161-176.
- Coimbra Silva, C., Ribeiro de Paula, G., Ayres Veronez Peixoto, M.K., Souza de Oliveira, N.E., Ferreira Santos, L. & Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, L. (2013). NURSING CARE TO FAMILIES OF NEWBORNS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT : AN INTEGRATIVE REVIEW. *Cienc Cuid Saude, 12*(4), 804-812.
- Deyo, G., Skybo, T. & Carroll, A. (2008). Secondary analysis of the « Love Me...Never Shake Me » SBS education program. *Child Abuse & Neglect, 32*, 1017-1025.
- Dias, M.S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M.L. (2005). Preventing abusive head trauma among infants and young children : a hospital-based, parent education program. *Pediatrics, 115*, 470-477.
- Joy Dayton, C., Walsh, T.B., Oh, W. & Volling, B. (2014). Hush Now Baby : Mothers' and Fathers' Strategies for Soothing Their Infants and Associated Parenting Outcomes. *Journal of pediatric Health Care, 29*(2), 145-155.
- Kurth, E., Kennedy, H.P., Zemp, S.E., Kesselring, A., Fornaro, I., & Spichiger, E. (2014). Responding to a crying infant – You do not learn it overnight : a phenomenological study. *Midwifery, 30*, 742-749.

- Russel, B.S., Turdeau, J., & Britner, P.A. (2008). Intervention type matters in primary prevention of abuse head injury : Event history analysis results. *Child Abuse & Neglect*, 32, 949-957.
- Simmonet, H., Laurent-Vannier, A., Yuan, W., Hully, M., Valimahomed, S., Bourennane, M., & Chevignard, M. (2014). Parent's behavior in response to infant crying : Abusive head trauma education. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1914-1922.

5. Synthèse des résultats et discussion

Dans ce cinquième chapitre, nous allons commencer par présenter de manière générale les résultats des articles que nous avons analysés à l'aide de la grille de Fortin (2010). Ensuite, cette synthèse des résultats nous permettra de répondre à notre question PICOT puis de donner des perspectives ou des propositions pour la pratique.

5.1. Synthèse des résultats des articles

Suite à l'analyse de nos articles, nous allons faire une synthèse des résultats afin de pouvoir les présenter selon trois grands thèmes : les programmes de prévention du syndrome du bébé secoué, la gestion des pleurs et, pour finir, la prématurité et la néonatalogie. Ces trois thématiques sont celles qui ressortent le plus de l'analyse de nos articles et elles nous permettront plus tard de répondre à notre question PICOT.

Avant de développer nos résultats par thématique, nous avons réalisé un tableau récapitulatif des articles analysés afin d'avoir une vue d'ensemble des échantillons, méthodes et pays où ont été réalisées les études.

Titre de l'article	But de l'étude	Echantillon	Pays	Méthode
Parents education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma (2011)	Evaluation d'un programme de prévention qui a pour but de diminuer la survenue d'un syndrome du bébé secoué	65'663 parents d'enfants	Etats-Unis	Etude quantitative longitudinale
Do educational materials change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome ? A randomized controlled trial (2009)	Evaluer le programme de prévention « Period of PUPLE CRYING ».	1'279 mères (grossesses normales)	Canada	Etude quantitative randomisée contrôlée.
Health care interventions for excessive crying in infants : regularity with and without swaddling (2009)	Exposer des interventions infirmières auprès des parents de nouveau-nés afin de réduire les pleurs excessifs.	398 enfants pleurants excessivement (étude de van Sleuwen et al., 2006).	Pays-Bas	Analyse secondaire de type guideline
Nursing care to families of newborns in neonatal intensive care unit : an integrative review (2013)	Identifier et analyser la littérature scientifique à propos des stratégies d'intervention utilisées par les infirmières pour fournir des soins aux parents d'un enfant hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie	9 articles	Amérique du Nord et du Sud et Europe	Revue intégrative
Secondary analysis of the « Love Me...Never Shake Me » SBS education program (2008)	Donner des informations pour savoir comment affiner et développer le programme de prévention « Love Me...Never Shake Me » et ses instruments	7'051 mères	Etats-Unis	Analyse secondaire, quantitatif

Preventing abusive head trauma among infants and young children : a hospital-based, parent education program (2005)	Evaluer l'efficacité d'un programme d'éducation en milieu hospitalier. Evaluer l'impact sur l'incidence du syndrome du bébé secoué chez les bébés de moins de 36 mois	65'205 parents d'enfants	Etats-Unis	Etude quantitative
Hush Now Baby : Mothers' and Fathers' Strategies for Soothing Their Infants and Associated Parenting Outcomes (2014)	Examiner les techniques adoptées par les parents (pères et mères) pour apaiser leur enfant	241 familles attendant leur 2 ^{ème} enfant	Etats-Unis	Etude quantitative longitudinale
Responding to a crying infant – You do not learn it overnight : a phenomenological study (2014)	Comprendre les réponses des mères (expérimentées et novices) face aux pleurs des nourrissons durant les 12 premières semaines de vie du nourrisson	15 mères	Suisse	Etude qualitative phénoménologique
Intervention type matters in primary prevention of abuse head injury : Event history analysis results (2008)	Comparer l'efficacité de plusieurs types de matériaux de prévention sur les connaissances et pratiques en lien avec le syndrome du bébé secoué	264 adultes (46 % parents, 54 % non-parents)	Etats-Unis	Etude quantitative longitudinale
Parent's behavior in response to infant crying : Abusive head trauma education (2014)	Evaluer les connaissances sur les pleurs et le syndrome du bébé secoué ainsi que l'impact d'une intervention de prévention	266 parents (186 femmes et 80 hommes)	France	Etude quantitative

Tableau 3 : récapitulatif des articles analysés

5.1.1. Programmes de prévention du Syndrome du bébé secoué

Sur les dix articles que nous avons retenus, six se réfèrent à des programmes de prévention du syndrome du bébé secoué ou évaluent certains outils de prévention. Il s'agit des articles de Altman, R.L., Canter, J., Patrick, P.A., Daley, N., Butt, N.K., & Brand, D.A. (2011) ; Barr, R.G., Barr, M., Fugiwara, T., Conway, J., Catherine, N., & Brant, R. (2009) ; Deyo, G., Skybo, T. & Carroll, A. (2008) ; Dias, M.S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M.L. (2005) ; Russel, B.S., Turdeau, J., & Britner, P.A. (2008) et Simmonet, H., Laurent-Vannier, A., Yuan, W., Hully, M., Valimahomed, S., Bourennane, M., & Chevignard, M. (2014).

Les articles d'Altman et al. (2011), Barr et al. (2009), Deyo et al. (2008), Dias et al. (2005) et Russel et al. (2008) évaluent des programmes de prévention constitués de vidéos, de brochures et d'un entretien médical ou infirmier. L'article de Simmonet et al. (2014) évalue quant à lui un programme constitué uniquement d'une brochure et d'un entretien médical. Cette dernière étude est l'unique réalisée en France alors que les cinq autres ont été réalisées en Amérique du Nord (Canada ou Etats-Unis).

De manière générale, les participants nord-américains ont de meilleures connaissances sur le syndrome du bébé secoué et les pleurs. En effet, selon Dias et al. (2005), une très grande majorité des parents (93%) ont déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué et connaissent les

conséquences néfastes de ce geste. L'étude de Simmonet et al. (2014) a démontré qu'en France 27 % des mères et 36 % des pères n'ont jamais entendu parler de cet acte de maltraitance, soit significativement plus que les parents nord-américains en comparaison. De plus, environ 28 % des parents ne savent pas qu'un nourrisson est susceptible de pleurer plus de deux heures par jour et un tiers des parents pensent que l'on peut secouer un enfant pour jouer avec celui-ci. Ces résultats nous laissent supposer qu'en Amérique du Nord, la problématique du syndrome du bébé secoué est davantage traitée et cela depuis plus longtemps qu'en Europe. Ceci peut expliquer la multitude de programmes de prévention existants en Amérique du Nord.

Suite à l'analyse de nos articles, nous pouvons relever que les programmes de prévention ont permis de réduire l'incidence de survenue du syndrome du bébé secoué. L'étude longitudinale d'Altman et al. (2011) démontre que, sur une période de cinq ans avant la mise en place du programme de prévention, 14 cas de syndrome du bébé secoué ont été diagnostiqués et plus que deux cas trois ans après la mise en place du programme. Ceci représente une diminution de 75 % de l'incidence du syndrome du bébé secoué (Altman et al., 2011). L'étude de Deyo et al. (2008) a permis de mettre en évidence que 92 % des participants au programme « Love Me...Never Shake Me » ont trouvé que celui-ci leur a permis de fournir des meilleurs soins à leurs enfants. Selon Simmonet et al.

(2014), un court message de prévention accompagné d'une brochure permet d'améliorer significativement les connaissances des parents. En effet, les mères qui ont participé à l'étude ont obtenu un score de 2.8/5 lors du pré-test et, après le programme, elles ont obtenu un score de 4.0/5 lors du post-test, soit une nette amélioration. Il est également important de mettre en place les programmes de prévention au moment le plus propice. Simmonet et al. (2014) et Barr et al. (2009) suggèrent la mise en place de ceux-ci directement après la naissance.

Concernant le contenu des programmes de prévention, l'analyse de nos articles nous a permis de mettre en évidence que l'utilisation de supports audio-visuels est plus efficace qu'une brochure. Dans l'étude de Russel et al. (2008), les auteurs ont comparé l'efficacité de deux types de messages de prévention : un message audio-visuel accompagné d'une brochure et un message écrit uniquement. Les participants ayant visualisé les vidéos voient leur probabilité d'adopter des comportements positifs face aux pleurs de leur enfant augmenter de 26 % par rapport au groupe ayant uniquement reçu une brochure.

Au final, nous retenons de l'analyse des articles concernant les programmes de prévention que les parents ont, de manière générale, de bonnes connaissances concernant le syndrome du bébé secoué. Cependant, Deyo et al. (2008) nous disent que les parents manquent de stratégies pour

répondre aux pleurs de leurs enfants et qu'il serait pertinent d'axer les programmes de prévention sur cette thématique.

5.1.2. Gestion des pleurs

Sur les dix articles que nous avons analysés, trois d'entre eux traitent spécifiquement le sujet des pleurs et de la gestion des pleurs du nourrisson. Il s'agit des articles de Blom, M.A., Van Sleuwen, B.E., De Vries, H., Engelberts, A.C. & L'Hoir, M.P. (2009) ; Joy Dayton, C., Walsh, T.B., Oh, W. & Volling, B. (2014) et Kurth, E., Kennedy, H.P., Zemp, S.E., Kesselring, A., Fornaro, I., & Spichiger, E. (2014).

L'étude de Joy Dayton et al. (2014) a analysé les techniques d'apaisement face aux pleurs utilisées par les pères et les mères ainsi que le sentiment d'efficacité parentale ressenti par ceux-ci. Les résultats de cette étude ont permis de démontrer que les mères utilisent plus de techniques d'apaisement différentes par rapport aux pères, à raison de 7.7 et 5.9 stratégies différentes. Les auteurs soulignent qu'il est important que les parents aient plusieurs techniques d'apaisement différentes afin de mieux pouvoir s'adapter aux besoins de l'enfant, mais aussi pour avoir plus de ressources face aux pleurs et ainsi éviter la frustration (Joy Dayton et al., 2014). L'étude a également montré que, lorsque les deux parents se partagent équitablement les responsabilités pour apaiser l'enfant, les pères éprouvent un sentiment d'efficacité parentale augmenté.

L'étude de Kurth et al. (2014) a comparé les réponses face aux pleurs du nourrisson chez des mères ayant leur premier enfant (novices) et des mères multipares (expérimentées). Celle-ci a permis de démontrer que les mères expérimentées arrivent mieux à répondre efficacement aux pleurs de leur enfant dès la naissance, tandis que les mères novices doivent affiner leurs techniques et trouver des ressources avec le temps et l'expérience. Les mères expérimentées arrivent davantage à comprendre la raison des pleurs de leur enfant et ainsi mieux gérer leurs émotions et leur stress par rapport aux mères novices.

L'étude de Barr et al. (2009) s'intéresse au programme de prévention « Period of PURPLE Crying », qui a pour but d'apporter des connaissances sur les pleurs des nourrissons aux mères et les aider à trouver des stratégies pour y faire face afin de réduire le risque de survenue d'un syndrome du bébé secoué. Barr et al. (2009) ont cherché à comparer deux groupes : un groupe test qui reçoit le programme « Period of PURPLE Crying » et un groupe contrôle qui reçoit un autre programme de prévention sur la sécurité infantile en général. Les résultats ont permis de démontrer que les mères ayant reçu le programme de prévention sur le syndrome du bébé secoué sont une fois et demie plus à même de s'éloigner de leur enfant lorsque celui-ci pleure incessamment, ce qui peut diminuer le risque d'en venir à un acte de secousse.

L'étude de Bloom et al. (2009) s'intéresse à un type d'intervention précis afin de diminuer les pleurs des nourrissons : la régularité et l'uniformité des soins quotidiens avec ou sans emmaillotage du bébé. En effet, van Sleuwen et al. (2006) ont testé l'efficacité de ces interventions sur 398 enfants et ont pu mettre en évidence, qu'après trois jours d'intervention, les nourrissons dorment en moyenne trois heures de plus. Au final, Bloom et al. (2009) concluent que la régularité dans la prise en charge du nourrisson permet à l'enfant de développer son propre rythme d'éveil-sommeil en deux semaines environ, ce qui permet également de diminuer fortement les pleurs.

Finalement, nous retenons de l'analyse des articles concernant la gestion des pleurs, qu'il est important que les parents comprennent le sens des pleurs de leur enfant. Ainsi, ils sont plus à même d'y répondre efficacement et ont un meilleur sentiment d'efficacité personnelle. Nous avons également constaté qu'il est primordial pour les parents d'avoir plusieurs ressources et stratégies d'apaisement afin d'éviter la frustration ou toute autre émotion négative.

5.1.3. Prématurité et néonatalogie

Concernant la thématique de la prématurité et la néonatalogie, nous avons trouvé un seul article. Il s'agit d'une revue intégrative réalisée par Coimbra Silva, C., Ribeiro de Paula, G., Ayres Veronez Peixoto, M.K., Souza de Oliveira, N.E., Ferreira Santos, L. & Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, L. (2013). Les auteures se sont posées la question suivante afin de

chercher leurs articles dans les bases de données : quelles sont les stratégies utilisées par les infirmières en soins intensifs de néonatalogie qui permettent d'inclure dans les soins les parents d'enfants prématurés ? Coimbra et al. (2013) ont pu mettre en évidence que la création et la participation aux groupes de soutien représente l'intervention la plus utilisée dans les services. Ceux-ci permettent de mettre en interaction plusieurs personnes qui vivent la même expérience. Les groupes de soutien permettent également d'exprimer librement ses sentiments et ses peurs et contribuent à réduire le niveau d'anxiété des participants.

Lors des groupes de soutien, les parents peuvent également développer de nouvelles stratégies afin de faire face à leurs problèmes. Les auteures soulignent également qu'il est important que les unités de soins intensifs de néonatalogie aient une philosophie qui inclut la participation des familles dans les soins de leur enfant. Cela permet ainsi aux parents d'établir une forme de communication et d'interaction avec leur enfant (Coimbra et al., 2013).

5.2. Question PICOT et cadre théorique

Dans cette partie, nous allons répondre à notre question de recherche à l'aide des dix articles analysés. Ensuite, nous mettrons nos résultats en lien avec le cadre théorique choisi, soit la théorie de la transition de Meleis (2010).

5.2.1. Résultats et question PICOT

Après avoir fait une synthèse des résultats de nos articles, nous allons proposer des pistes d'intervention afin de répondre à notre question PICOT, qui est la suivante :

Quelles actions de prévention une infirmière en néonatalogie peut-elle mettre en place auprès de parents d'un enfant prématuré afin qu'ils puissent mieux faire face aux pleurs de celui-ci dans le but de pouvoir réduire le risque de survenue d'un syndrome du bébé secoué ?

Tout d'abord, l'analyse de nos articles a permis de mettre en évidence qu'un message simple et court, de type brochure, poster ou entretien infirmier, suffit à augmenter les connaissances générales des parents à propos des pleurs et du syndrome du bébé secoué (Simmonet et al., 2014 ; Dias et al., 2005). De plus, le fait que le message soit simple et facilement applicable pour les services permet une meilleure participation des hôpitaux aux programmes de prévention (Dias et al. 2005).

L'utilisation d'un support audio-visuel est une intervention efficace en matière de prévention (Russell et al., 2008 ; Altman et al., 2008). En effet, d'après Altman et al. (2011), près de trois quarts des parents (73.1 %) ayant visualisé une vidéo ont trouvé que ce moyen de prévention était très utile et efficace. De plus, une très forte majorité des personnes (97.8 %) ayant participé à l'étude se souviennent avoir visionné une vidéo six mois plus tard.

Ces chiffres montrent bien l'impact des supports audio-visuels. Russell et al. (2008) conseillent de cibler les vidéos sur les techniques ou stratégies qui peuvent aider les parents à mieux faire face aux pleurs de leurs enfants. Ceci permet aux parents d'adopter des comportements protecteurs face à leurs enfants, ce qui peut diminuer le risque de survenue d'un syndrome du bébé secoué.

La régularité des soins quotidiens, la réduction de stimuli externes et l'emballage sont également de bonnes interventions à mettre en place avec les parents afin que les nourrissons trouvent un rythme de vie sain. Cet équilibre permet de diminuer les pleurs de l'enfant et d'augmenter son temps de sommeil (Bloom et al., 2009).

Dans un contexte de néonatalogie, les parents vivent une période difficile et stressante. La mise en place de groupes de soutien leur permet d'exprimer leurs inquiétudes et de partager leur expérience avec d'autres parents et ainsi diminuer l'anxiété générée par l'hospitalisation de leur enfant (Coimbra et al. 2013).

Dans notre question PICOT, nous avons choisi d'intervenir en néonatalogie. Nous pensons qu'il serait judicieux d'intervenir dans ce contexte, car les enfants prématurés sont une population plus à risque de subir un syndrome du bébé secoué que les autres nourrissons. Ainsi, nous nous situons dans une dynamique de prévention ciblée. Lors de l'hospitalisation du nourrisson en néonatalogie, l'infirmière peut accompagner

les parents dans la construction du lien d'attachement avec leur enfant. En effet, les enfants prématurés sont généralement hospitalisés plus longtemps, ce qui permet aux infirmières de créer un lien de confiance avec les parents et ainsi leur apporter un meilleur soutien. Altman et al. (2011) préconisent par ailleurs la mise en place d'actions de prévention à l'hôpital rapidement après la naissance de l'enfant, quand les parents sont encore centrés sur celui-ci et qu'ils n'ont pas encore fait face aux pleurs de l'enfant à domicile. L'hospitalisation du nourrisson en néonatalogie représente donc un moment propice pour mettre en place des actions de prévention auprès des parents, étant donné que cette hospitalisation a lieu directement après la naissance de l'enfant. De plus, Dias et al. (2005) mettent en évidence que l'hospitalisation après la naissance de l'enfant représente une opportunité pour les parents d'avoir un contact universel avec les professionnels de santé. Lorsque les parents seront de retour à domicile avec l'enfant, ils seront en quelque sorte livrés à eux-mêmes et la prise de contact avec les professionnels de santé se fera de leur propre initiative.

Nous avons choisi d'intervenir auprès des deux parents, tant les pères que les mères. Nous avons remarqué suite à l'analyse de nos articles, que d'une part, les pères ne sont pas souvent inclus dans les programmes de prévention et que, d'autre part, lorsqu'ils en ont l'opportunité, leur taux de participation est faible (Russell et al., 2008 ; Altman et al., 2011 ; Simmonet et al., 2014 ; Dias et al., 2005). Pour nous, il est d'autant plus important de

les inclure dans la prévention, car nous savons qu'ils ont une probabilité plus élevée de secouer leur bébé. Nous avons pu constater qu'il est important que les parents disposent de plusieurs stratégies pour faire face aux pleurs de leurs bébés. Joy Dalton et al. (2014) ont pu démontrer que les pères ont moins de ressources que les mères, ce qui montre bien l'importance de les inclure dans la prévention.

5.2.2. Liens avec la théorie de la transition

Nous avons choisi la théorie de la transition de Meleis (2010) comme cadre théorique pour notre Travail de Bachelor. Après l'avoir présentée brièvement dans le chapitre Concepts, nous allons maintenant la mettre en lien avec les principaux résultats de notre recherche et expliquer comment la théorie pourrait-elle s'inscrire dans notre pratique professionnelle.

Tout d'abord, nous pouvons identifier les pleurs du nourrisson comme une condition entravante à la transition vécue par les parents durant les premiers mois de vie de l'enfant. Le rôle de l'infirmière sera alors de donner des outils aux parents afin de faire face à cette difficulté qu'ils pourraient rencontrer. Ceci permettrait aux parents de vivre au mieux la transition dès leur retour à domicile.

Nous avons également pu voir que le fait de vivre une transition demande le développement de nouvelles habiletés et stratégies de coping. La mise en place d'actions de prévention visant à aider les parents à mieux

gérer les pleurs de leur enfant permet donc aux parents de développer de nouvelles stratégies.

Au niveau des interventions infirmières, la théorie de Meleis (2010) propose trois niveaux d'interventions. Tout d'abord, l'infirmière va évaluer le niveau de préparation des parents à la transition. Il s'agit donc là de créer un lien de confiance avec les parents afin que ceux-ci puissent se livrer à elle et lui faire part de leurs besoins. En apprenant à connaître les parents, l'infirmière peut évaluer leur niveau de préparation à la transition. Ensuite, celle-ci va mettre en place des actions de prévention dans le but de préparer les parents à la transition en leur donnant de nouveaux outils. Finalement, l'infirmière a un rôle de soutien et de suppléance en restant à l'écoute des parents, en se montrant disponible ou lors de groupes de soutien.

Pour conclure, l'application de la théorie de Meleis (2010) permet de mieux comprendre la transition que vivent les parents d'enfants prématurés. Ainsi, l'infirmière peut mettre en place des interventions efficaces afin de répondre aux besoins des parents, faciliter leur retour à domicile et promouvoir une transition saine.

5.3. Perspective pour la pratique

Dans cette dernière partie, nous allons présenter quelques pistes concrètes qui peuvent être mises en place dans la pratique.

Suite à l'analyse de nos articles, nous pouvons mettre en évidence que la prévention est souvent faite de manière ponctuelle et imprécise par plusieurs professionnels de la santé, comme par exemple les pédiatres, les infirmières, les sages-femmes, mais aussi dans le cadre de différents contextes, tels que la maternité, les cabinets médicaux ou encore à domicile en post-partum. En effet, Barr et al. (2009) soulignent qu'il faudrait généraliser la prévention de la manière suivante : « the intervention may have had stronger effects if the nurses had reinforced the messages, or if the messages were reinforced by multiple exposures through prenatal, maternity and postnatal health care providers, media and community support organizations. » (Barr et al., 2009, p.732). De cette manière, les auteurs nous disent que le fait de renforcer les messages de prévention permet d'accroître les chances d'avoir un impact sur le comportement des parents. Il est donc primordial que toute l'équipe pluridisciplinaire qui entoure les parents soit sensibilisée à cette prévention et qu'elle y participe.

Suite à nos lectures, nous avons également remarqué qu'il est important et nécessaire de former les professionnels de santé au phénomène du syndrome du bébé secoué, pour que chacun puisse faire passer un message de prévention uniforme et adapté. Par exemple, Dias et al. (2005) nous expliquent dans leur étude, que chaque infirmière cheffe d'unité reçoit une sensibilisation au syndrome du bébé secoué pour pouvoir en informer son équipe et ainsi veiller au bon fonctionnement du programme de prévention.

Un autre point que nous aimerions mettre en avant concernant la mise en pratique d'un programme de prévention est l'intérêt économique qu'elle peut engendrer. En effet, les auteurs mettent en évidence qu'un programme de prévention du syndrome du bébé secoué permet de sauver des vies à moindre coûts (Altman et al., 2011 ; Dias et al., 2005). D'après Altman et al. (2011), il faudrait mobiliser moins de 1 % des coûts servant à hospitaliser et soigner les victimes de violences par secousse pour mettre en place un programme de prévention. L'investissement pour des programmes de prévention représente donc, à long terme, un bénéfice pour les coûts de la santé, car il permet de diminuer les frais relatifs à la prise en charge d'un enfant secoué en diminuant l'incidence de ce phénomène.

Suite à la synthèse des résultats de nos articles et les réponses apportées à notre question de recherche, nous allons maintenant décrire notre « programme de prévention idéal ». Celui-ci a été réfléchi en regard de l'analyse de nos articles et en lien avec ce que nous pensons pertinent d'apporter dans notre pratique future. Il nous permet également de résumer et finaliser notre réponse à la question de recherche.

Tout d'abord, comme le mentionne notre question PICOT, nous nous situons dans un service de néonatalogie en tant qu'infirmières. Nous pensons qu'il est nécessaire de commencer par former brièvement l'équipe soignante au phénomène du syndrome du bébé secoué. Ceci permet d'augmenter le taux d'implication de l'équipe et d'uniformiser les connaissances et les

messages de prévention par la suite. Ensuite, nous pensons faire un court entretien avec les parents des enfants hospitalisés pendant lequel nous évaluons leurs besoins, leurs connaissances et leur niveau de transition. C'est au cours de ce premier entretien que nous pouvons créer un lien de confiance avec les parents. Nous choisissons également de leur distribuer, à ce moment donné, une brochure simple sur le syndrome du bébé secoué et sur les pleurs du nourrisson. Par la suite, nous pensons qu'il faut renforcer le message de prévention en montrant aux parents une courte vidéo sur la gestion des pleurs et les stratégies à adopter face à leurs enfants en situation de pleurs incessants. Suite à ces deux premières interventions, il nous semble important de faire un deuxième entretien avec les parents, individuel ou en groupe, afin de leur enseigner la régularité des soins de l'enfant et l'emballage qui sont les deux interventions amenées par Bloom et al. (2009). Lors de cet entretien, nous pouvons également répondre aux questions des parents concernant la brochure et la vidéo. Tout au long de l'hospitalisation des enfants, nous envisageons de mettre en place et d'animer des groupes de soutien qui permettent aux parents de s'exprimer et partager leurs expériences. Pour terminer, nous pensons qu'il serait souhaitable de faire signer une déclaration d'engagement aux parents avant leur retour à domicile. Celle-ci aurait pour but que les parents s'engagent à prendre soin de leur enfant et à partager leurs connaissances au sein de leur entourage. Ce contrat signé avec les parents permet alors de concrétiser les

apprentissages apportés par le programme de prévention et d'ainsi responsabiliser les parents.

6. Conclusion

Dans ce dernier chapitre, nous allons proposer un bilan général du Travail de Bachelor en reprenant les éléments facilitants et contraignants rencontrés durant la réalisation de ce travail. Nous allons ensuite parler des limites et des perspectives pour la recherche qui émergent suite à notre analyse de la question PICOT.

6.1. Apports du Travail de Bachelor

Nous allons commencer par évoquer les éléments facilitants, puis les éléments contraignants et terminer par un bilan général de ce que ce travail nous a apporté sur le plan personnel et professionnel.

Tout d'abord, nous souhaitons relever que le fait d'avoir été un groupe de trois personnes a été un élément facilitant pour nous. En effet, nous avons vécu toutes trois la même expérience et nous nous sommes toujours soutenues mutuellement. Nous pensons que notre manière de travailler nous a permis d'avoir une excellente dynamique de groupe. Ceci nous a aidées à produire un texte uniforme, qui est, selon nous, un point fort de notre travail. De plus, nous avons bénéficié d'un excellent encadrement tout au long de notre travail qui nous a guidées et nous rassurées. L'utilisation de la théorie de la transition de Meleis (2010) nous a également aidées à faire le lien entre la pratique infirmière et notre question de recherche. En effet, le concept de la transition illustre bien la période que vivent les parents d'enfants prématurés hospitalisés en néonatalogie.

Nous souhaitons à présent parler de l'organisation qui a été un élément à la fois facilitant et contraignant pour nous. Dans un premier temps, nous avons eu un peu de peine à nous organiser. Effectivement, au début de notre Travail de Bachelor, nous avons des difficultés à nous projeter et à prendre du recul sur l'ensemble du travail. Cet obstacle nous a quelque peu perturbées dans notre organisation initiale. Dans un deuxième temps, nous avons appris à mieux gérer la charge de travail. Nous avons ainsi pu trouver un bon équilibre dans notre dynamique de groupe, ce qui nous a permis par la suite de travailler de manière plus sereine et efficace.

Concernant les éléments non-facilitants, nous souhaitons relever la gestion du temps, qui a été la source de difficulté principale pour nous. En effet, au regard de notre peine à nous organiser au départ, nous avons rencontré quelques obstacles dans la régularité de notre travail et dans le respect des échéances prévues. Un autre élément contraignant pour nous a été la difficulté à aboutir à notre question de recherche. Celle-ci devant être très ciblée, nous avons eu de la peine à la formuler et à en être satisfaites. De plus, la lecture et l'analyse d'articles scientifiques en anglais a demandé un investissement supplémentaire de notre part afin de bien saisir le sens de ces écrits. Finalement, notre manque d'expérience dans la réalisation d'un travail de cette nature a été source de doute dans la rédaction de celui-ci. Avec le recul, nous pensons que ces doutes découlent de l'importance que nous avons accordée à ce travail.

Dans cette dernière partie, nous souhaitons faire un point sur ce que ce Travail de Bachelor nous a apporté. Premièrement, ce travail nous a permis de renforcer notre esprit d'équipe. Ceci est important pour notre future profession, étant donné que nous serons amenées à travailler en équipe. En réalisant ce travail, nous avons appris à construire une réflexion de groupe, à défendre nos idées et à trouver un consensus commun. Nous pensons également que l'esprit d'équipe est important sur le plan personnel. Nous avons appris à prendre en compte l'avis de l'autre et ceci nous a amenées à une plus grande ouverture d'esprit. Dans un deuxième temps, nous souhaiterions parler de la prise de décision. En effet, lors de notre Travail de Bachelor, nous avons dû faire un choix important par rapport à l'échéance de celui-ci. La question du report du dépôt de notre Travail de Bachelor nous a amenées à réfléchir en groupe sur les avantages et les inconvénients d'une telle décision. Ceci nous a demandé de prendre du recul face à la situation, de réfléchir de manière objective pour pouvoir prendre la meilleure résolution possible. Au final, nous pensons avoir pris la meilleure des décisions car elle nous a permis de fournir un travail bien abouti dans des conditions plus favorable. Pour finir, ce travail nous a apporté beaucoup de connaissances sur la maltraitance infantile, la prévention du syndrome du bébé secoué, mais également sur l'impact des pleurs du nourrisson et le rôle infirmier. Cet apport de connaissances nouvelles nous sera utile, tant sur le plan professionnel que personnel. En tant que futures professionnelles de la santé, nous pourrons partager ces connaissances avec l'équipe

pluridisciplinaire et les sensibiliser à la problématique du syndrome du bébé secoué. En tant que futures mères, ce travail nous a également fait prendre conscience de l'importance des pleurs que peut avoir un nourrisson. Nous pouvons également retenir qu'il est nécessaire d'avoir des ressources et des stratégies afin de pouvoir apaiser l'enfant lorsque celui-ci pleure excessivement.

Au final, ce Travail de Bachelor a été très positif pour nous, car il nous a permis de nous rapprocher, d'élargir nos connaissances et nous a sensibilisées à la recherche infirmière.

6.2. Limites

Nous allons maintenant présenter les limites rencontrées lors de la réalisation de ce travail. D'une part, nous allons parler des limites en lien avec notre question PICOT. D'autre part, nous évoquerons les limites de nos résultats de recherche.

Tout d'abord, nous pensons que la première limite est le contexte choisi pour notre question de recherche. En effet, la néonatalogie est un service très spécifique et technique qui laisse certainement peu de place aux soins relationnels et à la prévention. De ce fait, peu d'études concernant la prévention de la maltraitance infantile ont été réalisées dans ce contexte, ce qui a considérablement diminué le nombre d'articles trouvés. La plupart des études que nous avons trouvées évaluent des programmes de prévention universelle. Le fait d'avoir choisi de faire de la prévention ciblée peut

également être une limite à notre question de recherche. Ensuite, les critères de sélection des articles scientifiques nous ont restreint, notamment l'impact factor et le niveau de preuve. Souvent, nous avons trouvé des articles qui nous semblaient intéressants, mais nous n'avons pas pu les sélectionner car ils ne répondaient pas aux critères requis dans le cadre de ce travail.

Concernant les limites de nos résultats, nous souhaitons mentionner en premier lieu le fait que la majorité des études ont été réalisées en Amérique du Nord. Ceci constitue pour nous une limite, car le statut infirmier n'est certainement pas le même en Amérique qu'en Suisse. Nous nous posons donc la question de la transférabilité des résultats dans notre pratique en Suisse. Une autre restriction que nous pouvons identifier est le manque d'études longitudinales pour mesurer l'effet à long terme des programmes de prévention du syndrome du bébé sur l'incidence du phénomène. Ainsi, même si les parents jugent que ces programmes sont utiles et qu'ils améliorent leurs connaissances, il n'est pas certain qu'ils réduisent le nombre de cas d'enfants secoués à long terme. Suite à nos recherches, nous avons sélectionné une grande majorité d'articles quantitatifs. Nous pensons que le devis quantitatif est trop directif et qu'il ne laisse pas la possibilité aux participants d'exprimer librement leurs expériences. Ainsi, nous trouverions intéressant d'avoir plus de recherches qualitatives ou mixtes afin d'avoir des résultats plus spontanés de la part des participants.

Au vu des limites mentionnées, nous pensons avoir répondu partiellement à notre question de recherche. Effectivement, la plupart des articles que nous avons analysés évaluent des programmes de prévention plutôt basiques. Les interventions proposées sont très générales. Nous pensons que nous n'avons pas trouvé assez d'articles évaluant des interventions infirmières spécifiques. Nos résultats sont donc basés sur des interventions générales et il est difficile de savoir si celles-ci sont efficaces une fois individualisées.

6.3. Perspective pour la recherche

Dans cette dernière partie, nous allons exposer quelques pistes pour la recherche future au sujet de la prévention du syndrome du bébé secoué. Etant conscientes que la mise en place d'un programme de prévention demande beaucoup de travail et de recherche, nous aimerions évoquer ici les questions qu'il est important de se poser afin qu'un projet de prévention puisse se concrétiser.

Tout d'abord, nous pensons qu'il serait pertinent d'évaluer l'incidence du syndrome du bébé secoué en Suisse. Il serait également intéressant de mesurer les connaissances de la population concernant cette problématique, afin de pouvoir identifier leurs besoins en matière de prévention.

Nous pensons également qu'il faudrait évaluer la place de la prévention dans un service de néonatalogie. Effectivement, il serait important de

mesurer la faisabilité de la mise en place d'un programme de prévention dans un tel contexte.

Ce Travail de Bachelor s'achève donc sur une multitude de questions auxquelles seule la recherche pourrait apporter des éléments de réponse. En tant que futures infirmières, il est à présent de notre responsabilité d'inclure la recherche dans notre pratique quotidienne afin de continuer à développer nos compétences ainsi que la profession.

7. Liste des références

7.1 Ouvrages

Brignon, J. (2007). *Petit précis de santé publique*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions : a nursing concern. Dans Meleis, A.I. (Éds), *Transitions Theory : Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 24-37). New-York : Springer Publishing Company.

Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : G. Morin.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories*. (2nd ed.). Philadelphia : F.A. Davis Company.

Kotsoglou, K. (2011). *L'enfant prématuré : Guide pratique pour les parents, l'entourage familial et les soignants : conseils et témoignages*. Lausanne : Favre.

Louis, S., Trébaol, G., & Veilleux, A. (2001). *Le grand livre du bébé prématuré : Du choc de la naissance à l'arrivée du bébé à la maison : tome 1*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York : Springer Publishing Company.

Meleis, A.I., Sawyer, A.M., Im, E.O., Hilfinger Messias, D.K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions : An emerging middle range theory. Dans Meleis, A.I. (Éds), *Transitions Theory : Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). New-York : Springer Publishing Company.

Melnyk, B. M., & Finout-Overholt, E. (2013). *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare. A guide to best Practice (2nd Edition)*. Lippincott Williams & Williams : Philadelphia.

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.

Peters, E. (2001). *Être infirmier en néonatalogie*. Bruxelles : Kluwer.

Schumacher, K.L., Jones, P.S., & Meleis, A.I. (1999). Helping elderly persons in transition : A framework for research and practice. Dans Meleis, A.I. (Éds),

Transitions Theory : Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice (pp. 129-144). New-York : Springer Publishing Company.

Schumacher, K.L., & Meleis, A.I. (1994). Transitions : A central concept in nursing. Dans Meleis, A.I. (Éds), *Transitions Theory : Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38-51). New-York : Springer Publishing Company.

Shin, H., & White-Traut, R. (2007). The conceptual structure of transition to motherhood in neonatal intensive care unit. Dans Meleis, A.I. (Éds), *Transitions Theory : Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 104-113). New-York : Springer Publishing Company.

7.2 Articles de périodiques

Adamsbaum, C., Grabar, S., Mejan, N., & Rey-Salmon, C. (2010). Abusive Head Trauma : Judicial Admissions Highlight Violent and Repetitive Shaking. *Pediatrics*, 126, 546-555.

Altman, R.L., Canter, J., Patrick, P.A., Daley, N., Butt, N.K., & Brand, D.A. (2011). Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics*, 128, 1164-1172.

Barr, R.G., Barr, M., Fugiwara, T., Conway, J., Catherine, N., & Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome ? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 180(7), 727-733.

Blom, M.A., Van Sleuwen, B.E., De Vries, H., Engelberts, A.C. & L'Hoir, M.P. (2009). Health care interventions for excessive crying in infants : regularity with and without swaddling. *Journal of Child Health Care*, 13(2), 161-176.

Coimbra Silva, C., Ribeiro de Paula, G., Ayres Veronez Peixoto, M.K., Souza de Oliveira, N.E., Ferreira Santos, L. & Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, L. (2013). NURSING CARE TO FAMILIES OF NEWBORNS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT : AN INTEGRATIVE REVIEW. *Cienc Cuid Saude*, 12(4), 804-812.

Deyo, G., Skybo, T. & Carroll, A. (2008). Secondary analysis of the « Love Me...Never Shake Me » SBS education program. *Child Abuse & Neglect*, 32, 1017-1025.

Dias, M.S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M.L. (2005). Preventing abusive head trauma among infants and young children : a hospital-based, parent education program. *Pediatrics, 115*, 470-477.

Fanconi, M., & Lips, U. (2010). Shaken baby syndrome in Switzerland : results of a prospective follow-up study, 2002-2007. *European Journal of Pediatrics, 169*, 8, 1023-1028.

Gordon, R.S. (1983). An operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Reports, 98*(2), 107-109.

Laurent-Vannier, A., Nathanson, M., Quiriau, F., Briand-Huchet, E., Cook, J., Billette, V. T., Chazal, J., ... Fortin, G. (2011). Audition publique. Syndrome du bébé secoué : Rapport d'orientation de la commission d'audition. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 54*, 533-599.

Joy Dayton, C., Walsh, T.B., Oh, W. & Volling, B. (2014). Hush Now Baby : Mothers' and Fathers' Strategies for Soothing Their Infants and Associated Parenting Outcomes. *Journal of pediatric Health Care, 29*(2), 145-155.

Kurth, E., Kennedy, H.P., Zemp, S.E., Kesselring, A., Fornaro, I., & Spichiger, E. (2014). Responding to a crying infant – You do not learn it overnight : a phenomenological study. *Midwifery, 30*, 742-749.

Russel, B.S., Turdeau, J., & Britner, P.A. (2008). Intervention type matters in primary prevention of abuse head injury : Event history analysis results. *Child Abuse & Neglect, 32*, 949-957.

Simmonet, H., Laurent-Vannier, A., Yuan, W., Hully, M., Valimahomed, S., Bourennane, M., & Chevignard, M. (2014). Parent's behavior in response to infant crying : Abusive head trauma education. *Child Abuse & Neglect, 38*, 1914-1922.

7.3 Articles non-périodiques

Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants & Université de Montréal. (2008). *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Montréal : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.

Lemire, N., & Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales. (2005). *Le syndrome du bébé secoué : Bilan de connaissances*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.

Fortin, S., Frappier, J.Y., & Déziel, L. (2011). *Prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile*. Montréal : CHU Sainte-Justine.

Hautes Ecoles Spécialisée de Suisse Occidentale. (2012). *Plan d'étude cadre Bachelor 2012*. Delémont.

7.4 Brochures

Hautes Ecoles Spécialisée de Suisse Occidentale (2014-2015). *Bachelor HES-SO, Domaine Santé* [Brochure]. Delémont : HES-SO.

Lips, U. (2011). *Maltraitance infantile – protection de l'enfant : Guide concernant la détection précoce et la façon de procéder dans un cabinet médical* [Brochure]. Berne : Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant.

Organisation mondiale de la Santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé* [Brochure]. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé ; Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; Aide à l'enfance & March of Dimes. (2012). *Arrivés trop tôt : rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées* [Brochure]. New-York : Organisation mondiale de la Santé.

Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation. (2011). *Syndrome du bébé secoué : Rapport d'orientation de la commission d'audition* [Brochure]. (s.l) : Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation.

7.5 Sources électroniques

Kinderschutz (2015). *Fondation Suisse pour la Protection de l'enfance*. Berne. Accessible à :
<http://www.kinderschutz.ch/fr>

Office Fédéral de la Statistique. (2014). *Santé des nouveau-nés*. Neuchâtel. Repéré à
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/04.html>

Office Fédéral de la Statistique. (2014). *Type de relation entre le lésé et le prévenu*. Neuchâtel. Repéré à :
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19/04/06.html#parsys_78885

RTS. (2013). *Une étude du CHUV sur le syndrome du bébé secoué montre l'ampleur du phénomène*. Lausanne. Repéré à :

<http://www.rts.ch/info/suisse/5474945-une-etude-du-chuv-sur-le-syndrome-du-bebe-secoue-montre-l-ampleur-du-phenomene.html>

Organisation mondiale de la Santé. (2015). Les naissances prématurées. (s.l.). Repéré à :

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/>

SYNDROME bébésecoué. (2012). *Qu'est-ce que le syndrome du bébé secoué ?* Paris. Repéré à :

<http://syndromedubebesecoue.com/syndrome-du-bebe-secoue/quest-ce-que-le-sbs/>

Appendice A

Questionnaire aux professionnels

Madame, Monsieur,

Nous sommes trois étudiantes en Soins infirmiers à la He-Arc à Neuchâtel. Actuellement en 2^{ème} année Bachelor, nous commençons notre Travail de Bachelor qui a pour thématique La prévention de la maltraitance des nourrissons (0-2 ans).

Etant au début de notre travail, nous devons identifier une problématique en relation avec notre thème, c'est pour cela que nous nous permettons de vous contacter afin de vous poser quelques questions :

- Pouvez-vous nous dire si le diagnostic de maltraitance du nourrisson est un diagnostic déjà posé au sein de votre service et si oui à quelle fréquence l'est-il?
- Parmi les étiologies citées ci-dessous, laquelle ou lesquelles sont, selon votre expérience et expertise, les plus fréquemment rencontrées ?
 - Maltraitance physique, maltraitance sexuelle, maltraitance de type négligences ou syndrome du bébé secoué ?
- Concernant les auteurs de maltraitance, nous avons identifié quatre profils types : les femmes ayant eu une grossesse non-désirée, les mères atteintes de dépression post-partum, les couples en conflits ou en instance de divorce et les mères/pères ayant subi des maltraitements dans leur enfance. Lequel de ces profils apparaît le plus lors de maltraitance de nourrisson ? Avez-vous identifié d'autres profils avec fréquence ?
- Avez-vous dans votre institution un protocole de prise en charge en cas de maltraitance d'enfant ou de nourrisson ? Ces cas sont-ils systématiquement déclarés à la justice ?
- Quelles sont pour vous les difficultés rencontrées face à des situations de maltraitance?

Nous vous remercions d'avance pour l'attention accordée à notre demande et espérons avoir prochainement de vos nouvelles.

Veuillez, Madame, Monsieur, agréer nos salutations les meilleures.

Daniela Lopes, Lauralie Soares
et Justine Lanoir.

Appendice B

Interviews

Entretien avec Mme Aubel Ghislaine, ICUS des policliniques de pédiatrie au CHUV

- Les cas de maltraitance infantile sont-ils directement signalés à la justice ?

« Avant de faire un signalement à la justice, il y a pleins de choses que l'on peut mettre en place pour aider ces parents qui peuvent être en souffrance parce qu'ils ne savent plus comment faire. Dans l'équipe CAN (Child Abuse and Neglect) Team, le but est justement de poser plusieurs regards sur une situation. Il y a des médecins, des éducateurs, des assistantes sociales, des psychologues, des infirmières. A partir de là, on peut proposer un certain nombre de choses en vue d'aider ces parents dans leurs difficultés. »

- Nous aurions aimé nous situer dans une approche de prévention primaire, cependant pour nous situer dans le rôle infirmier, nous nous disions que dans le contexte de maternité il y a surtout des sages-femmes...

« Je pense qu'il y a malgré tout de la prévention qui se fait ici en policliniques et aux urgences car il peut y avoir quelques signes, qui ne sont pas forcément encore des signes avérés, mais qui peuvent nous mettre la puce à l'oreille. Par exemple, une maman qui vient avec quatre enfants avec peu d'âge d'intervalle entre eux, qui nous dit que c'est très difficile le soir de s'occuper de tous ses enfants, on la voit très fatiguée, ici on est déjà dans la prévention car on se penche sur les facteurs qui vont faire que quelqu'un risque de décompenser. Il peut y avoir pas mal de facteurs, il faut les identifier et ceci serait un bon point de départ pour votre travail. Il y a le discours de la personne, la façon dont elle se comporte avec son enfant, ce qu'elle exprime en terme de difficultés, la précarité dans laquelle elle est, peut-être qu'elle n'a plus de travail (ou le père), peut-être qu'il y a séparation avec le mari ou de la violence conjugale. Ce sont des portes d'entrée qui peuvent attirer notre attention et tirer la sonnette d'alarme. On peut se dire que c'est des parents qu'on doit protéger ou les suivre de plus près. On peut aussi se demander si l'enfant est bien suivi par un pédiatre, par exemple.

Ensuite, en terme d'autre moyens de prévention, on essaye beaucoup de sensibiliser les infirmières, les équipes, les médecins. Sarah Depallens (médecin cheffe de clinique) essaye beaucoup de sensibiliser les médecins assistants, ceux qui notamment vont être les premiers lors d'une urgence. Il serait intéressant d'avoir des chiffres, des statistiques pour votre travail. Pour

cela je vais vous mettre en contact avec la Dresse Sarah Depallens qui pourra vous aiguiller.»

Entretien à l'hôpital de l'enfance avec la Dresse Sarah Depallens, pédiatre spécialisée en protection de l'enfant et cheffe de clinique du CAN team à Lausanne.

- A quelle fréquence environ le SBS est-il diagnostiqué dans votre service ?

« Il y a eu 16 cas diagnostiqués sur 12-13 ans à l'Hôpital de l'Enfance ici à Lausanne. »

- Quels sont selon-vous les facteurs de risques pouvant amener à un syndrome du bébé secoué:
 - Selon le profil du bébé (âge, sexe, prématuré,...)
 - Selon le profil de l'auteur (âge, sexe, nombre d'enfants, situation sociale,...)
 - Les déclencheurs (colère, épuisement, impuissance, stress,...)

« Ils sont les mêmes que ceux pour la maltraitance, par exemple : un enfant anormal, handicapé qui met sous stress les parents, la prématurité (enfant hospitalisé, coupure du lien avec les parents qui viennent de temps en temps les voir), les bébés qui pleurent beaucoup, qui demandent beaucoup, il y en a qui ont plus de coliques, etc. Il n'y a jamais un seul facteur de risque seul, très souvent il y a un problème d'antécédent de maltraitance chez les parents. A cet âge-là, les facteurs de risques de viennent pas forcément de l'enfant lui-même (c'est plus le cas lorsque l'enfant commence à avoir des troubles du comportement plus tard) mais plutôt des parents.

Exemples : situation sociale difficile, trouble psychiatriques tels que trouble de la personnalité, borderline, psychoses, influence de l'alcool, drogue, stress au travail, fatigue ou violence conjugale. Ce sont des parents qui arrivent chez eux le soir déjà décompensés et qui pourront être dépassés par rapport à leur bébé. Ce qui est important, c'est qu'il y a souvent une combinaison de deux ou trois facteurs qui vont faire que l'enfant a plus de risque d'être maltraité.

Même si l'on croit que cela peut arriver à tout le monde, ce n'est pas tout à fait vrai car, tout le monde peut péter un plomb, s'énerver et faire un geste d'impatience mais secouer aussi fortement son enfant, cela n'arrive pas à tout le monde.»

- Avez-vous l'impression que lorsque les parents viennent vous voir après avoir secoué leur bébé, ils se rendent compte de la gravité de leur geste ? Ont-ils un sentiment de culpabilité ?

« On lit dans les études des témoignages de parents à Paris qui après avoir été inculpés, avouaient leur geste et disaient que le fait de secouer leur bébé permettait de l'endormir alors qu'en réalité ils tombent dans le coma. La plupart des parents ne se lèvent pas le matin en se disant qu'ils vont maltraiter leur enfant. C'est toujours dans des moments de décompensation, pendant lesquels ils ont des gestes impulsifs et souvent incontrôlable. Sur le moment ils font quelque chose qu'ils n'auraient jamais dû faire et ils se sentent mal. Ce sont des gens qui culpabilisent beaucoup ».

- Les parents qui vous amènent un bébé qui a été secoué parlent-ils de leur geste ou découvrez-vous cela suite à des examens ?

« Les parents ne disent jamais qu'ils ont secoué leur bébé, ils viennent généralement consulter pour autre chose, pour un bleu sur le corps ou parce que l'enfant vomit et on découvre cela après avoir fait des examens. Parfois la mère n'est pas au courant qu'il y a eu un secouement car le père l'a fait pendant la nuit. La plupart du temps, ils savent très bien ce qu'ils ont fait mais ne l'avouent pas au médecin. Ce n'est généralement que lors de l'investigation judiciaire qu'ils vont avouer leur geste ».

- Existe-t-il déjà une forme de prévention pour le SBS ?

« Il n'y a pas de programme de prévention clairement établi. La question est de savoir quand est-ce le bon moment pour parler de ce problème aux mamans : avant l'accouchement, à la maternité, au retour à domicile ? Il y a pleins de questionnements là autour. Il y a de la prévention primaire qui se fait bien sûr, car c'est important que l'on sache ce que c'est mais elle se fait plutôt aléatoirement ».

- Quelles sont les conséquences du SBS ?

« Il y a toute une prise en charge qui se met en place lors du diagnostic avec des examens, IRM et une prise en charge juridique, avec minimum deux semaines d'hospitalisation. Il peut arriver que les enfants ne soient pas remis à leurs parents ».

- Que pensez-vous de notre question de problématique : comment aider les parents d'un bébé prématuré à gérer les pleurs dans le but de prévenir un syndrome du bébé secoué ? La trouvez-vous pertinente ?

« C'est une question très précise et approfondie sur le sujet. Il y a effectivement des risques du trouble du lien et donc plus de risques de maltraitance dans cette population. Dans ce genre de situation, le bébé prématuré va être hospitalisé plusieurs mois et le retour à domicile avec les parents risquera d'être plus difficile, avec justement, un trouble du lien d'attachement. Pour la famille, c'est un enfant qui a déçu, qui va porter tous les malheurs de la famille car il n'est pas tout à fait normal et qui a un risque d'être handicapé. Ainsi les parents ne s'investissent pas autant car de toute façon l'enfant est déjà mal parti dans la vie. On peut imaginer plusieurs raisons comme celles-ci qui font que, pour les parents, c'est plutôt un mauvais départ dans le lien, autant pour l'enfant que pour les parents, qui eux ont peut-être dû arrêter leur job pour être à l'hôpital, etc. Ils peuvent donc en vouloir inconsciemment à cet enfant et donc moins bien supporter les cris et les pleurs.

Je trouve que la prévention primaire est très importante car il faut pouvoir agir avant que cela arrive (vu les dégâts important que cela cause), d'où votre idée de question très intéressante. Je pense qu'il est important de pouvoir cibler les parents en détresse pour pouvoir agir avant. Par exemple si les parents ont des soucis au travail, observer leur gestuelle, leur façon de parler avec les enfants, des choses comme ça qui peuvent alerter le personnel infirmier.»

- Quel est le taux de mortalité du SBS en Suisse ?

« Le taux se situe entre 10-20% mais il faut prendre ce chiffre avec des pincettes car, justement ici à Lausanne, tous les bébés qu'on disait qui étaient décédés dans leur sommeil, de mort subite, ne sont pas autopsiés. On ne fait pas d'IRM cérébrale pour savoir s'il y a eu des hématomes sous-duraux, cela ne se fait pas pour l'instant. Les nourrissons retrouvés morts à la maison ne sont pas autopsiés ».

Appendice C

Grilles de Lecture

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Altman, R. L., Canter, J., Patrick, P. A., Daley, N., Butt, N. K., & Brand, D. A. (2011). Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics*, *128*, 1164-1172.

Titre	Le titre présente les concepts clés qui sont étudiés dans cette recherche. En effet, l'éducation des parents par les infirmières en maternité et la prévention du syndrome du bébé secoué sont mentionnés et englobent l'ensemble des concepts étudiés.
Résumé	<p>Le résumé est complet et décrit de manière globale tous les aspects présents dans la recherche.</p> <p>L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un programme de prévention pour éduquer les parents de nouveau-nés sur les dangers de secouer un bébé et ainsi de réduire la fréquence de survenue d'un syndrome de bébé secoué.</p> <p>La méthodologie explique que le programme éducatif délivré par les infirmières en maternité comprend un dépliant sur le syndrome du bébé secoué, une vidéo et une déclaration signée par les parents.</p> <p>Les résultats démontrent que 16 enfants nés pendant la période de l'étude ont été hospitalisés pour un syndrome du bébé secoué durant leur première année de vie, soit 14 au cours de la période contrôle et deux durant la période d'implantation du programme. Cela démontre une réduction de l'incidence de 75 %.</p> <p>Les résultats prouvent qu'un programme d'éducation aux parents de nouveau-nés réduit les risques de survenue d'un syndrome du bébé secoué durant leur première année de vie.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème s'appuie sur diverses statistiques actuelles. La gravité du phénomène sur cette population est démontrée. En effet, le syndrome du bébé secoué est la cause la plus fréquente de décès traumatiques chez les enfants de moins de un an et peut engendrer des séquelles neurologiques graves. Cet acte de secousse est, dans la majorité des cas, déclenchée par l'incapacité du parent à faire cesser l'enfant de pleurer. Pour éviter de telles blessures, un consortium de 20 hôpitaux ont mis en place un programme de prévention pour enseigner aux parents les dangers de secouer un bébé et comment faire face aux pleurs celui-ci. Le programme a été conçu pour sensibiliser les parents au moment le plus propice, c'est-à-dire à l'hôpital, peu de temps après la naissance de leur enfant.
Recension des écrits	L'étude s'appuie sur un programme d'éducation basé sur des données scientifiques. Cette étude reprend des données antérieures, comme les statistiques de survenue du syndrome de bébé secoué, et propose une nouvelle recherche qui vise à diminuer les actes de secousses chez les parents d'un bébé dans diverses maternités. La recension des écrits démontre que des études se sont auparavant intéressées à cette problématique, ce qui renforce son importance.
Cadre de recherche	La conception et la structure du programme d'éducation ont été inspirées par une initiative en milieu hospitalier qui a été mise en œuvre plusieurs années auparavant.

Buts et question de recherche	<p>Le but de cette étude est énoncé de manière claire: il s'agit d'évaluer l'efficacité d'un programme de prévention du syndrome du bébé secoué.</p> <p>La question de recherche n'est pas énoncée mais supposable : est-ce qu'un programme de prévention réduit le syndrome du bébé secoué ?</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée pour l'étude est définie de façon précise, il s'agit tous les enfants nés dans un des 20 hôpitaux du consortium au cours de la période de contrôle de cinq ans (2000-2005) ou de la période d'intervention de trois ans (2005-2008).</p> <p>L'échantillon est décrit de façon détaillée : il s'agit des parents des bébés qui sont nés dans les hôpitaux sélectionnés pour le programme.</p> <p>La méthode pour recruter les participants est appropriée : un prospectus est donné aux parents, si ceux-ci sont intéressés et d'accord de suivre le programme, une vidéo leur est montrée et ils signent une déclaration d'engagement.</p>
Considérations éthiques	<p>Le programme de prévention a été établi en réponse à un mandat législatif de l'état de New York en 2004. Chaque parent a signé une déclaration accusant réception des informations reçues et acceptant de partager leurs savoirs avec toutes personnes qui prendra soin du nourrisson.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche est quantitatif. En effet, il est possible de se rendre compte que c'est une recherche quantitative par la méthode de collecte des données (questionnaires, comparaison à d'autres hôpitaux durant la même période mais sans programme d'éducatons).</p>

<p>Modes de collectes de données et conduite de la recherche</p>	<p>Le mode de collecte de données est décrit de manière précise. Le programme se compose d'un dépliant en anglais et en espagnol, expliquant ce qu'est un syndrome du bébé secoué et comment le prévenir, une vidéo préalablement réalisé et un bref questionnaire. Dans ce questionnaire, il leur est demandé d'indiquer qui prend soin de l'enfant, de répondre si la vidéo a été utile et si l'hôpital peut les contacter six mois plus tard.</p> <p>Un entretien téléphonique a été réalisé six mois plus tard à un échantillon aléatoire de parents. Le questionnaire comprend huit questions fermées (réponse oui / non).</p> <p>Au total, 320 entrevues ont été menées par une infirmière ou un médecin. Il était demandé aux parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • s'ils se souvenaient d'avoir appris à prendre soin de leur enfant • si leur enfant avait beaucoup pleuré • si les informations leurs avaient été utiles • s'ils avaient pu employer ces techniques afin de faire face aux pleurs inconsolables de leurs enfants <p>Chaque hôpital a recensé le nombre d'accouchements et a signalé mensuellement ce nombre au bureau de coordination.</p> <p>L'identification des nourrissons qui ont été traités à l'hôpital pédiatrique pour des blessures à la tête infligées par des secousses se réalisait à l'aide de codes de diagnostics enregistrés dans la base de données de l'hôpital. Cette étape a produit une liste de tous les nourrissons de moins d'un an admis entre janvier 2000 et avril 2009 chez lesquels minimum deux des trois diagnostics suivants étaient présents : ces diagnostics assemblés suggèrent très probablement un SBS</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie rétinienne • Hémorragie sous-durale • Fracture du crâne, des côtes ou des extrémités. <p>Trois Etats à proximité de l'étude ont été sélectionnés pour servir comme région de contrôle géographique. Ceux-ci n'avaient pas mis en place de programme de prévention sur le syndrome du bébé secoué et ces données pourraient être utilisées comme base de comparaison avec le programme.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes pour l'analyse de données sont décrites. Un examinateur a enregistré les données suivantes des patients identifiés dans la première étape :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date de naissance • Date d'admission • Code postal • Symptômes présentés • Signes physiques • Diagnostic • Une description des éléments qui ont mené à la blessure <p>Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats sont repérés et expliqués de manière précise.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de graphiques. Ils sont résumés par un texte qui stipule que durant l'étude il y a eu 76'108 accouchements dans les lieux du programme, durant les trois ans d'intervention.</p> <p>Sur la base des 65'663 questionnaires achevés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 84,5 % des parents ont suivi le programme de prévention durant la première année • 88,1 % durant la deuxième année • 87,8% durant la troisième année

	<ul style="list-style-type: none"> • 53,6% des parents ont accepté d'être recontactés dans les six mois pour un entretien téléphonique • 55.6% des parents se sont souvenus d'une situation dans laquelle leur enfant pleurait beaucoup et que l'éducation leur avait été utile. • Un total de 16 enfants a été traité pour un syndrome du bébé secoué durant l'étude. 14 durant la période de contrôle de l'étude et deux au cours de la période d'intervention. La fréquence des blessures a diminué de 2,8 cas par année soit une diminution de 75%.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse. Un total de 76'108 accouchements, soit environ 25'000 accouchements par année, ont été recensés dans les hôpitaux, au cours de la période d'implantation du programme de 3 ans.</p> <p>Un réel avantage a été perçu par la plupart des parents suite à ce programme. Un effet sur la fréquence des secousses a été noté au cours de la période des 8 ans. Sur 16 enfants hospitalisés pour un syndrome du bébé secoué, 14 enfants sont nés au cours de la période de contrôle de 5 ans et 2 au cours de la période d'intervention des 3 ans. Cela correspond à 75 % de réduction de cas, alors que le taux annuel de natalité est resté quasiment identique tout au long des 8 ans.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats. Il est démontré, par exemple, que l'âge spécifique auquel survient l'acte de secousse présente un schéma similaire à la courbe des pleurs normaux du nourrisson. Ce schéma est en fait un graphique montrant le</p>

nombre d'heures par jour qu'un nourrisson pleure en fonction de son âge. Les pleurs incessants et le syndrome du bébé secoué surviennent tous deux vers la deuxième ou troisième semaine de vie de l'enfant, ont des phases de pics, puis diminuent jusqu'à la première année de vie. La similitude de ces deux schémas suggère un lien de causalité.

Les résultats de cette étude concordent avec une étude antérieure menée sur le même sujet. En effet, un programme de prévention mis en œuvre en 1998, impliquant 16 hôpitaux, a reconnu que pour être le plus efficace possible, la prévention doit commencer à l'hôpital aussitôt après l'accouchement. En effet, les parents se concentrent sur leur bébé et n'ont pas encore été confrontés aux pleurs. Lors de la première étude de 1998, il a été démontré que les pères et les pères de substitution étaient cinq fois plus susceptibles de secouer l'enfant que les mères. Lors de cette enquête auprès des parents, seulement 40,4 % des pères avaient visionné la vidéo éducative par rapport à 85 % des mères. Les résultats de cette étude sont discutés à la lumière de l'étude antérieure car les auteurs souhaitent également trouver une meilleure façon d'atteindre la figure paternelle et disent que cela devrait être une priorité.

Les limites de l'étude ont clairement été définies. En effet, à la suite de l'implantation du programme, la fréquence de diagnostic de syndrome de bébé secoué a diminué. Cependant, les auteurs sont pleinement conscients que bien que la fréquence ait diminué, il est impossible d'être certain que le programme éducatif est la cause de cette diminution. Cependant, l'absence de changement au fil du temps dans trois états voisins, sans programme de prévention,

	<p>suppose une interprétation de cause à effet. Plusieurs hôpitaux ont instauré leur propre programme de prévention avant l'initiative de 2005.</p> <p>Une autre limite de l'étude est que les auteurs se sont aperçus qu'il était compliqué de recenser tous les cas de syndrome de bébé secoué pour établir des statistiques d'incidence, car les méthodes pour l'enregistrements de ces blessures étaient incompatibles.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude prouve que la mise en place d'un programme d'éducation des parents à l'hôpital réduit la survenue d'un syndrome de bébé secoué. Les auteurs mentionnent le fait que déjà plusieurs hôpitaux des états voisins de New York ont adopté de tels programmes de prévention. Au vu de la gravité des blessures induites par le syndrome du bébé secoué, le coût sociétal de la prise en charge de ces enfants et de l'efficacité du programme, il est donc important de débattre sur le meilleur moyen d'implanter des programmes de prévention.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Barr, R.G., Barr, M., Fugiwara, T., Conway, J., Catherine, N., & Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome ? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 180(7), 727-733.

Titre	Le titre présente les concepts de l'éducation aux pleurs du nouveau-né et du syndrome du bébé secoué. Il précise également qu'il s'agit d'une étude de type essai randomisé contrôlé.
Résumé	Le résumé reprend les points clés de la recherche : <ul style="list-style-type: none"> • Background indiquant le but de la recherche • Méthode • Résultats • Interprétation des résultats
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème de recherche est clairement formulé, il consiste à évaluer un programme de prévention du syndrome du bébé secoué. Le « Period of PURPLE Crying » programme permet de fournir du matériel d'éducation aux parents (spécifiquement aux mères) afin de leur apporter des connaissances sur les pleurs du nourrisson et réduire le risque de survenue du syndrome du bébé secoué. Il met l'accent sur la dangerosité du phénomène et l'importance de partager ces connaissances avec les autres parents. Le problème est pertinent dans le contexte de connaissances actuelles car 30/100'000 bébés de moins d'un an subissent un syndrome du bébé secoué chaque année et il est énoncé que ce phénomène peut être évité par la prévention.
Recension des écrits	Selon les auteurs, il n'existe pas d'études randomisées contrôlées sur les moyens d'éducation pour la prévention du syndrome du bébé secoué. Ils précisent qu'en fournissant de l'information aux

	<p>parents au moment de la naissance sur les dangers de la secousse, le taux d'incidence du phénomène diminue. De plus, le syndrome du bébé secoué est causé par le parent qui, la plupart du temps, manque de connaissances sur les dangers liés à la secousse. Il a été également établi que les pleurs sont des stimuli fréquents de l'acte de secousse. Les pleurs sont très présents lors des quatre premiers mois de vie des nourrissons, le premier mois étant le plus difficile, avec des épisodes de pleurs continus souvent le soir. Ces épisodes de pleurs sont source de frustration et d'énerverment pour les parents. Le programme « Period of PURPLE Crying » prend en compte ce lien entre les pleurs comme facteur déclencheur du syndrome du bébé secoué. L'enfant est à risque dès sa deuxième semaine de vie, c'est pourquoi de la prévention devrait être faite avant la naissance ou juste après.</p>
Cadre de recherche	<p>Il n'y a pas de cadre de recherche mis en évidence dans cette étude. Les concepts ne sont pas mis en lien avec un cadre conceptuel spécifique.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est d'investiguer les effets du programme d'éducation « Period of PURPLE Crying » sur le comportement et les connaissances des mères en lien avec la prévention du syndrome du bébé secoué.</p> <p>La population énoncée concerne les mamans spécifiquement. La question de recherche est clairement posée dans le titre : « Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrom ? ». Elle fait référence à l'efficacité du programme et cherche ainsi à l'évaluer. La question de recherche découle de la recension des écrits dans le sens où il n'y a pas encore d'autres études qui évaluent ce programme de prévention et il a été clairement établi que la prévention permettait de diminuer ce problème.</p>

METHODE	
Population échantillon	et <p>La population de l'étude est définie ainsi : les participantes sont des femmes sélectionnées dans six hôpitaux différents de la région de Vancouver (Canada) entre mai 2005 et novembre 2006. Les participantes sélectionnées ont eu une grossesse normale et à terme avec un enfant en bonne santé générale. Elles ont accès à un lecteur DVD chez elles et parlent couramment l'anglais.</p> <p>La méthode de recrutement s'est faite par le contact direct avec les participantes ou le téléphone.</p> <p>L'échantillon a été déterminé sur une base statistique ($\alpha=0.05$) calculé identiquement pour chaque groupe. Il y a le groupe test, qui reçoit le matériel à évaluer et l'autre groupe contrôle, qui reçoit un autre matériel. Les auteurs spécifient qu'il fallait entre 1052-4058 participantes pour pouvoir détecter une différence entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Leur objectif était de réunir environ 1200 participantes.</p>
Considérations éthiques	<p>Les participantes ont été invitées à donner leur consentement verbal dès le premier contact. Les auteurs indiquent que les considérations éthiques ont été garanties par la charte de l'université de British Columbia (<i>behavioral ethiccs review board of the University of British Columbia</i>).</p>
Devis de recherche	<p>Devis quantitatif. Cette étude est de type essai randomisé contrôlé. Le devis permet que l'étude atteigne son but dans le sens où les auteurs cherchent à évaluer l'efficacité d'un programme plus qu'un autre en évitant les biais et en basant leur échantillonnage sur une base statistique.</p>
Modes de collectes de données Conduite de la recherche	<p>Les participantes à l'étude reçoivent soit le « Period of PURPLE Crying » matériel soit un matériel de prévention autre (placebo, groupe contrôle). Le « Period of PURPLE Crying » matériel consiste en une brochure de onze pages ainsi</p>

	<p>qu'un DVD sur le syndrome du bébé secoué, tandis que le groupe contrôle reçoit deux brochures et un DVD sur la sécurité infantile en général. Les participantes reçoivent la visite d'une infirmière en santé publique deux semaines après le retour à domicile post-partum, qui distribue aléatoirement les deux types de matériaux. De plus, un journal quotidien (<i>Baby's Day Diary</i>) et une peluche sont donnés aux participantes. Les auteurs insistent sur le fait que la répartition du matériel entre le groupe test et le groupe contrôle se fait tout à fait de manière aveugle. Dans les cinq premières semaines post-partum, les participantes reçoivent un téléphone un jour avant et un jour après la première utilisation du <i>Baby's Day Diary</i> afin de les aider à compléter le journal. Après huit semaines, les participantes reçoivent un téléphone de la part d'un groupe de recherche qui ne connaît ni les différents groupes, ni les hypothèses ni le matériel relatif à l'étude. Les participantes sont invitées à remplir un questionnaire de 20 minutes avec des questions concernant les connaissances (sur les pleurs et le syndrome du bébé secoué) et les comportements adoptés face aux pleurs de leur enfant durant le premier mois à domicile. Les questions et les instruments de mesure ont tous été créés pour l'étude. Finalement, toutes les participantes reçoivent un certificat d'appréciation ainsi qu'un chèque d'une valeur de 25 dollars.</p> <p>Le matériel de prévention « PURPLE » consiste en une description du syndrome du bébé secoué et fourni des conseils aux parents afin qu'ils puissent répondre calmement aux pleurs de leur bébé, accompagné d'un DVD. Pour le groupe contrôle, deux brochures sur la sécurité infantile et la mort subite du nourrisson sont données : la « Canadian Pediatric Society's brochure Savety Tips for Parents » ainsi que la « Canada's brochure on sleep position and sudden infant death</p>
--	--

	<p>syndrome ». Un DVD émanant de l'Institut canadien pour la santé infantile et le développement humain accompagne les brochures. Outils de mesure : les auteurs décrivent huit premières échelles (0-100 points) qui mesurent les connaissances sur les pleurs et le processus de secousse, les réponses générales face aux pleurs, les réponses face aux pleurs inconsolables et insistants et le partage des informations et des connaissances avec d'autres parents. Les différentes échelles de mesures sont plus détaillées et disponible au lien suivant : http://www.cmaj.ca/content/180/7/727/rel-suppl/48d36c3f630c59c5/suppl/DC1.</p> <p>Le journal quotidien Baby's Day Diary rempli par les participantes est exploité et transcrit à l'aide d'un programme statistique (RonNicLog). Les trois mesures faites sont : le temps accordé à l'enfant par les parents chaque jour lorsque le bébé est en situation de stress et de pleurs (nombre de minutes), le nombre de ces événements par jour et le nombre de fois par jour où les parents décident de s'éloigner de leur enfant lorsqu'il pleure de manière inconsolable. Finalement, une échelle de frustration (0-6 points) a été créée pour répondre à la question suivante : « How frustrating to you was your baby's crying today ? ».</p>
Analyse des données	<p>Les auteurs spécifient qu'il fallait entre 1052-4058 participantes pour pouvoir détecter une différence supérieure à 10% entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Leur objectif était de réunir environ 1200 participantes.</p> <p>Les méthodes d'analyse sont parfaitement décrites, plusieurs méthodes d'analyse statistiques sont choisies. Ne figure pas de résumé de résultats dans cette partie.</p>

RESULTATS		
Présentation des résultats	des	<p>Les auteurs présentent les résultats à l'aide de deux tableaux, une figure et d'un texte narratif explicatif.</p> <p>En résumé :</p> <p>3240 mères furent abordées, 2331 invitées à participer à l'étude. De celles-ci, 1833 mères de quatre régions différentes ont donné leur consentement de participation. Les participantes qui n'ont pas reçu de visite à domicile ont été exclues. Finalement, 1279 participantes ont été retenues, 649 ont reçu le « PURPLE » matériel et 630 font partie du groupe de contrôle. Les caractéristiques des participantes des deux groupes sont similaires, ce qui indique qu'il n'y a pas de biais de sélection. Voici les principaux résultats en reprenant l'échelle de 0-100 points :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats concernant l'évaluation des connaissances sur les pleurs montrent que les mères ayant reçu le matériel PURPLE ont plus de connaissances (63.8 points) que le groupe contrôle (58.4 points). - Il n'y pas de nette différence entre les deux groupes concernant les connaissances sur le processus de secousse. - Concernant les réponses face aux pleurs du bébé, les résultats pour le groupe test = 48.3 et pour le groupe contrôle = 48.2 - Réponses face aux pleurs inconsolables : groupe test = 27.7 et groupe contrôle = 26 - Réponses trouvées par soi-même : groupe test = 36 points et groupe contrôle = 32.9 <p>Ces résultats n'ont pas permis d'établir une différence statistique significative entre les deux groupes.</p> <p>Le taux de partage d'information et d'échange de connaissances avec d'autres parents est plus élevé dans le groupe PURPLE que dans le groupe</p>

	<p>contrôle. Les mères du groupe test sont plus à même de s'éloigner de leur enfant lorsque celui-ci pleure incessamment par rapport aux mères qui n'ont pas reçu l'éducation du « PURPLE Crying », à raison de 0.067 fois par jour contre 0.039 fois. En analysant ces données, on remarque que les mamans du groupe test s'éloignent de leur enfant 1.5 fois plus souvent que celles du groupe contrôle. D'autres résultats n'ont pas donné de différences statistiques significatives entre les deux groupes: le temps accordé à l'enfant stressé par la mère, le nombre de fois où la mère prend l'enfant dans ses bras, la fréquence et la durée des moments de stress, pleurs et pleurs inconsolables ainsi que le niveau de frustration des mères causé par les pleurs.</p> <p>L'auteur ne mentionne pas avoir fait évaluer les données par les participants ou des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont bien interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions posées. Les auteurs présentent les résultats sous forme de tableau à la page 731, en résumant les scores de connaissances pour les deux groupes de l'étude.</p> <p>En résumé, le score de connaissances sur les pleurs est 5% plus élevé chez les mères du groupe PURPLE que le groupe contrôle. Les mères du groupe PURPLE partagent plus de connaissances avec d'autres parents que les mères du groupe contrôle : description des pleurs (8% de différence), conseil de s'éloigner de l'enfant dans les moments de frustration (13% de différence) et avertissement sur les dangers liés à la secousse (13% de différence).</p> <p>Finalement, le score de connaissance sur les pleurs varie si les mères du groupe PURPLE ont lu la brochure et regardé le DVD fournis. Ceci nous</p>

	<p>amène à la conclusion que l'utilisation de matériel d'éducation influence sur les résultats et permet d'observer une différence des scores. Il n'y a pas de différence significative entre les mères qui ont un niveau d'éducation différent ou le fait que ce soit le premier enfant ou non. Les auteurs insistent sur le fait de partager des informations avec d'autres parents (en incluant le père) ou d'autres personnes car ce sont plus souvent les pères ou un tiers qui secouent leur enfant.</p> <p>Ce que les auteurs mettent en avant, c'est que l'étude aurait eu plus d'effet si le message de prévention et d'éducation était plus renforcé par plusieurs personnes autour des parents (à la maternité, par des infirmières, les médias ou des organisations,...). On observerait alors un changement de comportement des parents significatif en combinant plusieurs méthodes de prévention.</p> <p>En comparaison avec une étude similaire faite à Seattle, les auteurs suggèrent qu'il n'y a pas de différence significative selon le lieu ni le moment où le matériel de prévention est dispensé mais ils concluent qu'il pourrait être intéressant d'intervenir en prénatal via des infirmières de santé publiques. Les limites de l'étude sont bien mises en évidence par les auteurs.</p> <p>La première, c'est que ce sont les hommes qui sont le plus souvent les auteurs du SBS mais ceux-ci ne rentrent pas dans les critères d'inclusion de l'étude. En effet, les mères sont celles qui dispensent le plus souvent et fréquemment les soins à l'enfant et ce sont elles qui vont choisir les membres de leur entourage pouvant également dispenser des soins. Ainsi, elles pourront transmettre leurs connaissances et être vectrices de prévention.</p> <p>La deuxième limite est que les résultats sont basés sur ce que les mères nous rapportent dans leur journal de bord et non des faits observés</p>
--	--

	<p>directement.</p> <p>Une autre limite est le manque de données récolté qui est un biais à l'étude. De plus, les résultats ne peuvent être généralisés à d'autres populations.</p>
Conséquences et recommandations	<p>En conclusion, les auteurs nous disent que cette étude n'a pas été conçue pour savoir si le matériel PURPLE pouvait aider à réduire le taux d'incidence de syndrome du bébé secoué. Cependant, les résultats sont encourageants en sachant que du matériel de prévention peut donner des pistes sur les connaissances et les comportements à avoir avec un nourrisson. Elle renforce l'idée de l'importance de la prévention/éducation, qui pourrait, peut-être, réduire le taux d'incidence du phénomène que nous étudions.</p> <p>Les auteurs pensent que le « Period of PURPLE Crying » programme doit encore faire ses preuves afin d'être sûr qu'il peut réellement diminuer le taux d'incidence du syndrome s'il est implanté dans les milieux de pratique.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Blom, M.A., Van Sleuwen, B.E., De Vries, H., Engelberts, A.C. & L'Hoir, M.P. (2009). Health care interventions for excessive crying in infants : regularity with and without swaddling. *Journal of Child Health Care*, 13(2), 161-176.

Titre	Le titre précise deux concepts clés de notre étude, les interventions de santé ainsi que les pleurs excessifs. Il met bien en évidence la population à l'étude, les bébés. Le titre de l'article nous indique également la notion d'emballage du bébé comme intervention de santé.
Résumé	Dans le résumé, ne figurent pas les différents items habituels (problème, méthode, résultats et discussion). Les auteurs nous disent que l'article présent décrit deux interventions destinées à aider les parents de nourrissons qui pleurent de manière excessive. La première, une intervention visant à diminuer les stimuli externes à l'enfant et à s'en occuper régulièrement. La deuxième, une intervention plus pratique à propos de comment emballer l'enfant durant son sommeil afin qu'il puisse adopter un rythme de sommeil stable en stoppant les pleurs excessifs. Ainsi, l'enfant va moins pleurer, mieux dormir et le stress parental pourra alors être réduit.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème de recherche est clairement décrit : il s'agit d'exposer des interventions infirmières à des parents dans le but de les aider à réduire les pleurs excessifs de leurs nouveau-nés et ainsi diminuer le stress parental et renforcer les liens avec l'enfant. Les auteurs reprennent une étude menée par van Sleuwen et al. (2006). Le problème est pertinent dans le contexte des

	<p>connaissances actuelles car Roberts et al. (2004) nous disent que 5-25% de nourrissons pleurent excessivement durant leurs premiers mois de vie et que plusieurs études sont en cours afin d'aider les parents dans cette phase pas toujours évidente.</p>
Recension des écrits	<p>Présente une description de l'état actuel des connaissances en lien avec le problème des pleurs excessifs. Les auteurs font références à plusieurs autres auteurs qui se sont déjà penchés sur le phénomène afin de trouver des interventions de soins. L'étude de van Sleuwen et al. en Hollande (2006), qui est une étude randomisée contrôlée, nous donne des chiffres sur l'efficacité des deux interventions en question testées sur 398 enfants. Mais les auteurs nous disent que ces deux interventions ne sont pas nées de la recherche de van Sleuwen et al. ; c'est une sage-femme en 2001 qui a développé ces interventions sur la base de ses observations sur le terrain, Madame Blom. Les auteurs insistent sur cette démarche d'evidence-based practice. En effet, c'est par l'observation du phénomène que la sage-femme et d'autres infirmières en sont venues à ce raisonnement clinique et à trouver des interventions adaptées.</p> <p>Ainsi, Blom (2001) et van Sleuwen et al. (2006) ont observés qu'à l'aide de ces interventions enseignées aux parents, les enfants parvenaient à adopter un rythme de sommeil / temps d'éveil stable, ainsi qu'à diminuer fortement les pleurs au bout d'une à deux semaine post-intervention. De plus, si l'enfant est emmailloté dans son sommeil, les pleurs diminuent beaucoup plus rapidement (dès le premier jour). Grâce à ces résultats, ces interventions de soins font partie aujourd'hui du guide des sages-femmes dans les hôpitaux de Hollande.</p>

Cadre de recherche	Il n'y pas de cadre de recherche mis en évidence dans cette étude. Les concepts ne sont pas mis en lien avec un cadre conceptuel spécifique. Les auteurs reprennent des recherches déjà menées et les ré exploitent afin d'apporter une présentation du phénomène étudié.
Buts et question de recherche	Il n'y a pas de question de recherche à proprement dit, ni d'hypothèse car cet article va servir à présenter des interventions de soins qui vont pouvoir nous guider dans notre pratique.
METHODE	
Population et échantillon	Cet article a pour but de décrire précisément les interventions mises en place en Hollande pour les parents ayant des enfants qui pleurent excessivement. L'article se focalise surtout sur les interventions, la population est donc peu décrite. On sait cependant qu'il s'agit de parents ayant un enfant en bas âge (quelques semaines) qui pleurent excessivement.
Considérations éthiques	Les considérations éthiques ne sont pas mentionnées dans l'article.
Devis de recherche	Cet article reprend les résultats d'une étude déjà réalisée par Von Sleuwen et al. en 2006. Il ne s'agit donc pas vraiment d'un article quantitatif ou qualitatif. Ce type d'article ressemble plus à une analyse secondaire ou un guideline.
Modes de collectes de données	Cet article ne parle pas clairement du mode de collecte des données. Cependant, il mentionne la façon dont les infirmières suivent les parents tout au long du programme. Les infirmières réalisent deux entretiens face à face avec les parents et trois consultations téléphoniques. Si besoin, d'autres consultations peuvent être faites selon le désir des parents. Le premier entretien face à face à lieu à J1 et dure entre 60 et 90 minutes. L'infirmière fait une sorte de recueil de données avec les parents pour tenter de comprendre quand et pourquoi l'enfant

	<p>pleure. L'infirmière explique ensuite aux parents le programme à suivre et de quelle manière emmailloter le bébé si besoin. Ensuite, à J2 et J5 deux entretiens téléphoniques d'environ 15 minutes sont faits. L'infirmière demande un retour des parents et évalue si les interventions sont efficaces. Si à J5 il n'y a pas d'amélioration au niveau des pleurs du bébé, l'infirmière fixe un rendez-vous avec les parents pour leur apprendre la technique de l'emmaillotage. A J8 se déroule un deuxième entretien face à face d'environ 30 minutes. Cet entretien permet de faire le point avec les parents et d'évaluer comment ils se débrouillent après une semaine.</p> <p>Enfin, un dernier entretien téléphonique à lieu huit semaines après le début du programme et dure environ 15-30 minutes. L'infirmière va voir avec les parents s'ils ont pu maintenir l'approche et s'ils ont rencontré des difficultés lors du programme. L'infirmière informe également que la technique de l'emmaillotage peut être diminuée progressivement.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>La recherche est basée sur les concepts de la régularité et l'uniformité, avec ou sans emmaillotage. Pour commencer, les parents reçoivent une information par les infirmières sur la régularité et, si après cinq jours il n'y a pas de résultats, la méthode de l'emmaillotage est introduite. Les auteurs expliquent ensuite précisément plusieurs points utiles à la mise en place du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régularité et uniformité : les auteurs expliquent le schéma que doivent suivre les parents avec leur enfant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dormir ○ Nourrir l'enfant au réveil ○ Interactions positives avec l'enfant (jouer, câliner...) ○ Jouer un moment seul (de

	<p>préférence dans un parc pour bébé)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Mettre l'enfant au lit dès que les premiers signes de fatigue apparaissent.• Les auteurs expliquent également le fait que la régularité et l'uniformité offrent à l'enfant de bonnes conditions pour développer son autorégulation.• Aider l'enfant à s'endormir : les auteurs expliquent ensuite comment les parents doivent faire pour aider leur enfant à s'endormir. Il est important de mettre l'enfant dans son lit dès que les premiers signes de fatigue apparaissent. Il faut ensuite bien le couvrir avec une couverture et mettre ses pieds près du pied de lit. En étant bien couvert par la couverture, l'enfant agitera moins ses bras et ses jambes et s'endormira donc plus facilement. Les enfants qui pleurent beaucoup au coucher ne sont pas capables de s'endormir seul, il est donc important de les laisser pleurer 15-30 minutes afin de leur laisser l'opportunité de s'endormir par leurs propres moyens. Souvent, après 30 minutes l'enfant s'endort seul, si ce n'est pas le cas, les parents peuvent venir consoler l'enfant, mais ils doivent rester dans la chambre. Si l'enfant est vraiment inconsolable, il faut recommencer un nouveau cycle (nourrir, jouer avec l'enfant,...).• Réduire les stimuli : les auteurs soulignent le fait qu'il est important de réduire les stimuli pour les enfants qui pleurent beaucoup. Il s'agit donc d'arrêter la radio, télévision ou encore les jeux pour enfants qui font du bruit.• Emmaillotage : l'emmaillotage est recommandé si après 5 jours de régularité
--	--

	<p>il n'y a toujours pas de résultats. L'enfant est emmailloté avant d'être mis au lit. L'emmaillotage consiste à emballer l'enfant des épaules aux orteils, ce qui l'empêche de s'agiter. La tête de l'enfant doit être nue et il doit toujours être positionné sur le dos avec les pieds près du bout du lit. L'emmaillotage minimise les mouvements du corps qui ont tendance à maintenir l'enfant éveillé. Cela permet également de prolonger le sommeil paradoxal.</p>
Analyse des données	Les auteurs ne mentionnent pas la façon dont les données sont analysées.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont mentionnés au début de l'article et il s'agit des résultats obtenus par van Sleuwen et al. lors de leur étude de 2006. Ils ont comparé les deux interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention 1 : régularité et réduction des stimuli • Intervention 2 : régularité, réduction des stimuli et emmaillotage <p>Pour l'intervention 1, à J1 les pleurs ont augmenté de 20-25 minutes en moyenne, puis le temps de pleurs a diminué de onze minutes par jour en moyenne les six jours suivant.</p> <p>Pour l'intervention 2, à J1 les pleurs ont diminué de 30-40 minutes en moyenne. A J2, les pleurs ont augmenté d'environ dix minutes puis ont diminué de six minutes par jour en moyenne.</p> <p>Pour les deux interventions, après une semaine les pleurs avaient diminué de 42% en moyenne. Après deux semaines, les pleurs avaient diminué de 50% et après 8 semaines de 75%.</p> <p>L'étude a permis de mettre en évidence que l'emmaillotage est plus efficace chez les très jeunes enfants (2-7 semaines). Les enfants</p>

	<p>dorment plus par jour avec les deux interventions et pour l'intervention 2, les enfants dorment 1h de plus le premier jour (J1 par rapport à J0). Pour l'intervention 1 ce temps est acquis dès J2. Dès le 3^{ème} jour les enfants dorment en moyenne 2 heures de plus par jour pour les deux interventions.</p> <p>La présentation des résultats n'est pas accompagnée de graphiques ou de schémas.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Dans le chapitre discussion et conclusion, les auteurs nous parlent des implications pour la pratique :</p> <p>ils nous rappellent que les pleurs excessifs chez les nourrissons sont liés à un rythme de sommeil instable ce qui va augmenter l'irritabilité de l'enfant et puis des parents et ainsi entraîner plus de fatigue jusqu'à l'épuisement (cercle vicieux). Les parents cherchent souvent à trouver des solutions qui s'avèrent la plupart du temps insatisfaisantes. Grâce à ces études que les auteurs ont revisités, on sait que le fait de s'occuper de son enfant avec régularité et en évitant les stimuli externes aide à retrouver un équilibre dans son sommeil dans les 2 premières semaines directement. Il en va de même pour les pleurs, qui vont rapidement diminuer en temps et intensité. Cette manière de procéder est également à la base d'un guideline de l'association ActiZ (Association of Health Care Providers, 2007) validé par le « Dutch National Institute for Public Health and the Environment ». Il y figure une série de recommandations que les infirmières peuvent facilement apporter et enseigner aux parents.</p> <p>Un autre programme d'intervention, le « REST » routine développé par Keefe en 2005 se base sur les mêmes approches que ce qui a été présenté</p>

	<p>par nos différents auteurs. En somme, ces interventions vont être bénéfiques autant pour les parents que les enfants. Les parents vont être soumis à moins de stress et donc moins s'inquiéter.</p> <p>Il n'y a pas de limites à l'étude qui figurent dans l'article.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>En termes de recommandations pour les recherches futures, les auteurs nous parlent du risque de maltraitance lié aux pleurs intenses, notamment le risque de syndrome de bébé secoué, ce qui fait directement le lien avec la problématique de notre travail de Bachelor. Le fait d'apprendre les recommandations présentées aux parents va leur apporter des stratégies de coping et ainsi protéger l'enfant, ou en tout cas diminuer les risques d'en venir à un acte de maltraitance comme la secousse. De ce fait, les recherches montrent que si les parents appliquent ces recommandations dans les 2 semaines qui suivent la naissance de l'enfant, le phénomène de pleurs excessifs peut être prévenu et donc un syndrome du bébé secoué également. C'est dans ce sens où ces interventions sont bien une forme de prévention primaire.</p> <p>Finalement, on remarque que ces connaissances sont transférables à notre pratique infirmière. Les auteurs nous disent bien que l'on peut se servir de ces outils afin d'aider n'importe quel parent en situation de frustration, stress ou épuisement.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Coimbra Silva, C., Ribeiro de Paula, G., Ayres Veronez Peixoto, M.K., Souza de Oliveira, N.E., Ferreira Santos, L. & Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, L. (2013). NURSING CARE TO FAMILIES OF NEWBORNS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT : AN INTEGRATIVE REVIEW. *Cienc Cuid Saude*, 12(4), 804-812.

Titre	Le titre met en évidence les concepts clé : nursing care, familles et newborns in neonatal intensive care unit. Le titre met également en évidence le devis de la recherche, il s'agit d'une revue intégrative.
Résumé	Le résumé est très général et parle de l'article dans son ensemble. Le but de la recherche est identifié : il s'agit d'identifier les stratégies d'intervention utilisées par les infirmières pour fournir des soins aux parents d'un nouveau-né hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie. La méthodologie de recherche des articles est brièvement expliquée ainsi que les résultats.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Afin d'humaniser les soins en soins intensifs de néonatalogie, les auteurs soulignent l'importance de prendre en compte la famille des nouveau-nés dans les soins. Ceci dans le but diminuer les conséquences négatives de l'hospitalisation pour l'enfant et les membres de sa famille. Il est également important pour l'équipe d'établir un lien avec les membres de la famille pour ainsi améliorer la participation de ceux-ci dans les soins de leur enfant.
Recension des écrits	Les auteurs introduisent leur sujet en faisant une large recension des écrits, principalement sur les conséquences qu'engendre l'hospitalisation d'un

	<p>enfant en soins intensifs de néonatalogie.</p> <p>Les auteurs soulignent, par exemple, le fait que l'hospitalisation d'un enfant en soins intensifs de néonatalogie génère chez les parents de l'anxiété, du doute, de la peur et de l'incertitude. Dans les unités de soins intensifs, l'attention est principalement portée sur l'environnement technique, les pathologies et les procédures, alors que l'aspect humain à tendance à être négligé. Face à cette réalité, les infirmières devraient plus promouvoir l'investissement et la participation des parents dans les soins, mais aussi les soutenir dans les moments difficiles qu'ils vivent.</p>
Cadre de recherche	Le cadre de la recherche n'est pas identifié dans cet article.
Buts et question de recherche	<p>Le but de la recherche est d'identifier et analyser la littérature scientifique à propos des stratégies d'intervention utilisées par les infirmières pour fournir des soins aux parents d'un enfant hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie.</p> <p>La question de recherche est la suivante : quelles stratégies sont utilisées par les infirmières pour les soins des parents d'un nouveau-né en soins intensifs de néonatalogie ?</p> <p>Le but et la question de recherche découlent de la recension des écrits et sont pertinents en lien avec l'état actuel des connaissances. En effet, au vu des difficultés rencontrées par les parents lors de l'hospitalisation de leur enfant en soins intensifs de néonatalogie et au vu des conséquences que l'hospitalisation peut avoir, il semble logique de s'intéresser aux interventions que les infirmières peuvent mettre en place avec les parents.</p>

METHODE	
Population et échantillon	Pour répondre à leur question de recherche, les auteurs ont cherché des articles dans les bases de données électroniques <i>Nationnal Library of Medicine</i> (PubMed) et <i>Latin American Literature in Health Science</i> (LILACS). Les articles devaient être publiés entre 1999 et octobre 2010. Les articles devaient être disponible en entier sur les bases de données et être rédigés en anglais, portugais ou espagnol. Les articles devaient s'adresser aux infirmières et devaient étudier la participation de celles-ci dans les interventions avec les parents d'un nouveau-né en soins intensifs de néonatalogie.
Considérations éthiques	Les considérations éthiques ne sont pas mentionnées dans l'article.
Devis de recherche	Les auteurs ont choisi de faire une revue intégrative. Cette technique de recherche a pour but de synthétiser les résultats d'une recherche sur un thème particulier afin d'approfondir les connaissances sur le sujet (Crosseti, 2012 ; Ribeiro, Porto & Thofehrn, 2012).
Modes de collectes de données et conduite de la recherche	Les auteurs ont commencé par poser leur question de recherche : <i>what strategies have used by the nurses for the care of the parents of RN in NICU ?</i> Les auteurs ont ensuite identifié les mots-clés en termes MeSH (Medical Subject Heading) pour PubMed et en DeCS (Health Science Descriptors) pour LILACS. Ils ont également utilisé d'autres termes synonymes lors de leur recherche. Un tableau des mots-clés et des descripteurs est présenté dans l'article. Les recherches sur les bases de données ont permis de trouver 202 articles sur PubMed, dont 60 ont été sélectionnés ; 57 articles ont été trouvés sur LILACS et tous ont été sélectionnés. Après la lecture des articles sélectionnés afin de

		voir s'ils répondent bien à la question de recherche, 1 article de PubMed a été retenu et 8 articles de LILACS ont été retenus. Ces 9 articles feront l'objet de la revue intégrative. Ces 9 articles ont été analysés sur une forme spécifique.
Analyse des données		Les auteurs expliquent brièvement la façon dont ils analysent les articles. Tous les articles ont été analysés afin d'identifier et enregistrer les éléments. L'analyse des articles comprenait l'analyse du titre, les auteurs, le journal et l'année de publication, l'endroit où l'enquête a eu lieu, les objectifs de l'étude, la méthodologie, les sujets de recherche, les variables de l'étude, les résultats et la conclusion.
RESULTATS		
Présentation des résultats	des	<p>Dans la partie présentation des résultats, les auteurs expliquent d'abord de façon générale les caractéristiques des différentes études sélectionnées. Un tableau résume brièvement les 9 articles sélectionnés en reprenant les noms des auteurs, le journal de publication, le pays dans lequel l'étude a été faite, le sujet de l'étude, la population étudiée et la méthode utilisée.</p> <p>Tous les articles sélectionnés ont été publiés entre 2004 2008, la majorité (77.8%) a été publiée dans des journaux internationaux et deux (22.2%) ont été publiés dans un journal national. Six articles (66.7%) ont été publiés dans des revues infirmières.</p> <p>Cinq études (55.6%) ont utilisé une approche qualitative, ce qui s'explique par le fait que les recherches ont étudié des variables subjectives qui sont donc difficiles à mesurer.</p> <p>La majorité des études sélectionnées se sont déroulées au Brésil (33.3%) ou aux Etats-Unis (22.2%).</p> <p>La majorité des études (55.5%) ont pris en</p>

	<p>compte les deux parents, ce qui est un point positif, car l'hospitalisation d'un enfant en soins intensif de néonatalogie affecte autant les pères que les mères. Trois études (33.3%) ont également pris en compte d'autres proches de l'enfant hospitalisé, comme par exemple, ses grands-parents ou les infirmières qui s'en occupent. Seule une étude (11.2%) a uniquement pris en compte les mères.</p> <p>Les auteurs développent ensuite les résultats de chaque étude.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>La partie discussion et interprétation des résultats n'est pas clairement séparée de la partie résultats. De ce fait, les auteurs interprètent les résultats au fur et à mesure qu'ils développent les résultats de chaque étude. Voici quelques résultats qui nous semblent pertinents en lien avec notre problématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude de Campos et Cardoso (2008) montre que 95% des participants ont considéré que la participation au groupe de soutien était importante pour promouvoir un soutien social pour les familles. Ce groupe a contribué à augmenter la confiance des parents en vue de prendre soin de leur enfant. • L'étude de Turan et Basbakkal (2008) a permis de mettre en évidence le fait que les parents ayant participé au groupe de soutien ont un niveau de stress plus bas que ceux qui n'y ont pas participé. <p>Les auteurs soulignent qu'il est important que les unités de soins intensifs de néonatalogie aient une philosophie qui inclut la participation des familles dans les soins de leur enfant. Cela permet ainsi aux parents d'établir une forme de communication et d'interaction avec leur enfant,</p>

	<p>ils peuvent ainsi participer aux soins et sont guidés et encouragés par les infirmières. Il est important que cette philosophie soit la même pour toute l'équipe multidisciplinaire pour qu'ainsi tous les soins soient plus humanisés.</p> <p>Les auteurs mettent en évidence que les interventions les plus fréquemment utilisées par les infirmières sont celles qui ont pour but de satisfaire les besoins des parents en matières d'information et de soutien psychologique. Pour ce faire, la plus part des études ont étudié l'efficacité des groupes de soutien qui sont souvent très appréciés des parents et qui ont prouvé leur efficacité.</p> <p>Les auteurs ne parlent pas des limites de leur étude.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs ont remarqué que le nombre de publications sur les interventions infirmières en lien avec les parents d'un enfant hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie est très maigre. Une des raisons pourrait être le fait que les mots-clés attribués aux publications ne sont pas appropriés, ce qui exclut ces recherche lors de recherches sur les bases de données avec des termes MeSH ou DeSC. Une autre possibilité est que les infirmières ne mettent pas en place des interventions avec les parents ou simplement que leurs expériences ne sont pas publiées dans des journaux inclus dans les bases de données.</p> <p>Cette étude montre donc qu'un meilleur investissement de la part des infirmières permettrait de régler en partie ce problème. En effet, en rendant leurs expériences publiques, surtout lorsque celles-ci sont positives et efficaces, elles pourraient aider d'autres professionnels et ainsi augmenter la satisfaction des patients.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Deyo, G., Skybo, T. & Carroll, A, T. (2008). Secondary analysis of the « Love Me...Never Shake Me » SBS education program. Child Abuse & Neglect, 32, 1017-1025.

Titre	La lecture du titre nous permet de savoir qu'il s'agit d'une analyse secondaire, c'est à dire la ré-exploitation de résultats. L'abréviation SBS qui est utilisée pour parler du syndrome du bébé secoué (Shaken Baby Syndrome) n'est pas accessible pour les personnes qui ne la connaissent pas. En lisant le titre, nous pouvons voir que les auteurs analysent un programme de prévention, cependant les concepts centraux pourraient être mieux mis en évidence.
Résumé	<p>Le résumé est complet et se décompose en cinq parties distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : L'étude analyse l'efficacité d'un programme de prévention du syndrome du bébé secoué aux Etats-Unis. • Méthode : Les auteurs ont fait une analyse secondaire du programme de prévention « Love Me...Never Shake Me » du Prevent Child Abuse Ohio (PCAO). Ce programme inclut 7'051 femmes. • Résultats : les résultats de l'analyse sont brièvement présentés. Les auteurs soulignent par exemple que les mères recommandent ce programme éducatif pour les parents et qu'elles l'ont trouvé aidant. • Conclusion : les auteurs pensent qu'il faut continuer la prévention du syndrome du bébé secoué.

	<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt pour la pratique : les programmes de prévention du syndrome du bébé secoué doivent continuer, car l'hôpital est la première place où les parents reçoivent de l'éducation pour leur enfant. L'éducation devrait plus mettre l'accent sur les pleurs de l'enfant, comment calmer ceux-ci et le soutien des parents afin de leur donner des stratégies d'adaptation.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les auteurs pensent qu'il faut plus de recherches pour identifier s'il y a des similitudes ou des différences dans les résultats des différents programmes d'éducation du syndrome du bébé secoué. Cependant, il est difficile de comparer les programmes entre eux, car ils n'ont pas les mêmes méthodes ou les mêmes outils d'évaluation. L'étude des programmes actuels permet donc de savoir s'ils sont pertinents pour les parents et s'il est possible de changer le comportement des parents grâce à ces programmes. Il est également important de vérifier la fiabilité et la validité des instruments de mesures utilisés dans les différents programmes. Dans cette optique, les auteurs vont faire une analyse secondaire d'une étude déjà réalisée afin de tenter de répondre à la problématique.</p>
Recension des écrits	<p>En premier lieu, les auteurs expliquent ce qu'est le syndrome du bébé secoué, parlent de son incidence et de ces conséquences (physiques et financières) en se référant sur d'autres études déjà réalisées sur le sujet. Au vu des chiffres présentés, les auteurs soulignent qu'il serait dans l'intérêt public de faire de la prévention du syndrome du bébé secoué. En citant Carbaugh (2007), les auteurs soulignent le fait que l'éducation est la clé de la prévention.</p>

	<p>Ensuite, les auteurs évoquent les différents programmes de prévention existants et leurs buts. Les auteurs présentent ensuite brièvement deux études réalisées sur des programmes d'éducation, mais malheureusement les résultats étaient peu concluants. Cependant, les parents ayant participé à ces programmes les ont jugé utiles et les recommandent à d'autres parents (Dias et al., 2005 ; Showers, 1992).</p>
Cadre de recherche	L'introduction de l'article ne définit pas de cadre de recherche.
Buts et question de recherche	<p>Les auteurs ont analysé les données du programme de prévention « Love Me...Never Shake Me » en se basant sur cinq questions de recherche. Le but de la recherche est de donner des informations pour savoir comment affiner et développer le programme de prévention ou les instruments.</p> <p>Voici les cinq questions de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles sont les caractéristiques démographiques des femmes qui ont participé au programme ? 2. Quel est le pourcentage de réponse pour chaque item de la déclaration d'engagement, des pré et post test ainsi que pour l'évaluation téléphonique ? 3. Y a-t-il une différence entre les scores des pré et post tests ? 4. Y a-t-il une différence entre les pré et post tests par rapport à l'hôpital et la démographie ? 5. Quelle est la fiabilité des instruments pré et post tests ?
METHODE	
Population et échantillon	Pour leur analyse, les auteurs se sont basés sur les données disponibles dans la base de données du programme « Love Me...Never Shake Me ». Sur cette base de données, aucun prénom, adresse ou

	<p>numéro de téléphone n'étaient disponibles. Au total, 25'949 participants sont recensés dans cette base de données entre 2002 et 2005. Les participants au programme étaient des pères et des mères, des prisonniers et des étudiants (high-school).</p> <p>Pour pouvoir participer à l'étude, les participants devaient avoir suivi le programme dans un des cinq hôpitaux du centre de l'Ohio, et les mères devaient avoir plus de 18 ans et être la mère biologique de l'enfant. Au final, 7'051 personnes répondent aux critères de l'étude.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les considérations éthiques ne sont pas clairement mentionnées. Cependant, les auteurs nous informent que tous les parents qui ont participé au programme de prévention « Love Me...Never Shake Me » étaient volontaires et ils ont donné leur consentement verbal. Nous savons également que les données utilisées ne permettaient pas l'accès aux noms, adresses et numéros de téléphone des participants.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Cette étude est une étude secondaire, c'est-à-dire une ré-exploitation de données d'enquête. Ceci permet d'approfondir les résultats et de pouvoir en tirer de nouvelles conclusions. L'étude de base de laquelle les résultats ont été ré-exploités était une étude quantitative.</p>
<p>Modes de collectes de données et conduite de la recherche</p>	<p>Pour leur analyse, les auteurs ont utilisé les données enregistrées dans les hôpitaux sélectionnés. Ils décrivent le protocole utilisé pour la mise en place du programme ainsi que les différents tests destinés aux participants. On ne sait toutefois pas comment les données ont été enregistrées.</p> <p>Les infirmières ont été entraînées par le PCAO pour donner le programme de prévention « Love Me...Never Shake Me » auprès des parents. Les participants ont été sélectionnés après la naissance de l'enfant ou avant le retour à</p>

domicile. Les participants ont commencé par faire un pré-test, puis ils ont regardé une petite vidéo sur la prévention du syndrome du bébé secoué. Ensuite, les infirmières leur ont présenté le matériel éducatif (petite brochure), puis les participants ont répondu au post-test et ils ont signé une déclaration d'engagement. Avant leur sortie de l'hôpital, les parents ont reçu un sac contenant des brochures, une bavette et un aimant « Love Me...Never Shake Me ». Environ trois ou quatre mois après leur retour à domicile, les parents ont reçu un appel téléphonique afin de pouvoir évaluer leurs connaissances sur le syndrome du bébé secoué et savoir si le programme mis en place leur était encore utile.

Les pré et post tests mesurent les connaissances des participants en lien avec l'éducation reçue sur le syndrome du bébé secoué. Chaque test se compose de huit questions qui évaluent la compréhension du syndrome du bébé secoué et les attitudes des parents avec leur enfant.

La déclaration d'engagement enregistre le consentement écrit des parents à participer au programme, leur engagement à ne pas secouer leur enfant et des données démographiques ainsi que si les parents trouvent le programme utile. Les données démographiques comprennent le nom du parent, sa date de naissance, son niveau d'éducation, sa race, son type d'assurance maladie, son adresse, son numéro de téléphone, la date de naissance de l'enfant, l'hôpital où l'enfant est né et la situation immobilière (home situation).

L'évaluation par appel téléphonique a pour but de mesurer ce que les participants se rappellent du programme ainsi que s'ils utilisent les informations reçues une fois rentrés à domicile. L'évaluation comporte 16 questions, dont 13 évaluent l'utilité du programme une fois les parents rentrés à

	domicile, et trois questions sont tirées du pré/post test afin d'évaluer leur connaissances sur le syndrome du bébé secoué.
Analyse des données	<p>Les auteurs mentionnent le programme utilisé pour l'analyse des données (Statistical Package for the Social Science, SPSS 14.0), ainsi que les tests statistiques effectués (statistiques descriptive, Cronbach alpha, t-test, ANOVA et MANOVA). Les auteurs décrivent ensuite le nombre de participants (n) pour chaque étape du programme de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclaration d'engagement : n = 7'051 • Pré-test : n = 714 • Post-test : n= 5'222 • Pré-test ET post-test : n = 315 • Evaluation par appel téléphonique : n = 321 <p>Dans la partie analyse des données, les auteurs ne font pas de résumé des résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les auteurs présentent leurs résultats selon quatre catégories : les données démographiques des participants, les réponses des participants aux différents tests, la différence de score entre les pré et post tests et pour finir la fiabilité des pré et post tests. Pour illustrer leurs résultats, les auteurs présentent trois tableaux.</p> <p><u>Données démographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les participants étaient des femmes • La moyenne d'âge des participantes est de 28 ans • La majorité des femmes étaient blanches (76%) • 62% avaient au moins fait des études jusqu'au collège • 62% avaient une assurance privée • 85% vivaient avec le père de leur

	<p style="text-align: center;">enfant</p> <p><u>Réponses des participants aux tests :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclaration d'engagement : <ul style="list-style-type: none"> ○ 96% des participants avaient déjà entendu parler des risques de secouer leur bébé ○ 97% des participants ont trouvé le programme de prévention utile ○ 98% des participants conseilleraient ce programme à d'autres parents • Pré et post tests : <ul style="list-style-type: none"> ○ Plus de 98% des participants ont répondu juste à cinq question des pré et post tests ○ Pour la question 4 des tests (<i>It is okay to let an infant cry</i>), il y a une amélioration significative des connaissances. • Evaluation téléphonique : <ul style="list-style-type: none"> ○ 92% des participants se sont souvenu spontanément qu'ils ont participé au programme de prévention ○ 62 % des participant ont reporté qu'ils n'ont reçu aucune information concernant le syndrome du bébé secoué de la part de leur pédiatre ou d'une autre personne ○ Pour les participants qui ont entendu parler du syndrome du bébé secoué après la naissance de leur enfant, seul 40% ont reçu cette information de leur pédiatre ou d'une autre personne travaillant dans les soins. ○ 97% des participants ont pu définir correctement le syndrome
--	---

	<p>du bébé secoué ainsi que ses conséquences physiologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 94% des participants ont dit qu'ils savent quoi faire lorsqu'ils sont stressés en s'occupant de leur enfant ○ 79% des participants utilisent des techniques mentionnées lors du programme pour calmer leur enfant et 92% des participants trouvent que ces techniques les aident à offrir des meilleurs soins pour leur enfant ○ 87% des participants ont reporté que les pères ont reçu des informations concernant le syndrome du bébé secoué lors du programme de prévention à l'hôpital. <p><u>Différences de scores entre le pré test et le post test :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 315 participants ont remplis le pré test ET le post test • Il y a une différence significative entre les résultats du pré test et du post test • Il n'y a pas de différence de score entre les résultats en lien avec les données démographiques des participants <p><u>Fiabilité des pré et post tests :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La fiabilité des pré et post tests n'est pas prouvée (valeurs non significatives)
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les auteurs commencent par analyser les résultats en lien avec les connaissances actuelles puis ils parlent des limites de l'étude.</p> <p>Les auteurs commencent par mettre en évidence le fait que la grande majorité des participants connaissaient déjà les risques liés au fait de</p>

secouer son bébé. Il est donc important de mettre en avant d'autres aspects lors de la prévention du syndrome du bébé secoué. Les auteurs suggèrent, par exemple, de plus diriger le programme de prévention sur les pleurs du bébé, les façons de le calmer et l'importance pour les parents d'avoir du soutien. Ce que les mères ont le plus appris lors du programme est le fait qu'il soit acceptable de laisser son enfant pleurer une fois qu'on a essayé de le calmer, qu'il est nourri, propre et pas malade. Ceci montre bien que les mères présentent encore des lacunes par rapport aux pleurs du bébé et les techniques qu'elles peuvent utiliser pour essayer de le calmer. Même si les mères savent déjà les risques liés au fait de secouer leur bébé, il est important de continuer de faire de la prévention dans les hôpitaux, car l'étude montre qu'une fois sorti de l'hôpital les parents n'entendent plus parler du syndrome du bébé secoué.

Les auteurs pensent que les pères devraient être mieux inclus dans le programme de prévention, car ils ont plus de risques que les mères de secouer leur enfant. L'étude ne donne cependant pas assez d'information concernant la manière dont les mères ont transmis leurs connaissances aux pères.

Finalement, les auteurs pensent que les outils d'évaluation, notamment la déclaration d'engagement et le pré/post test, devraient être améliorés. Les données démographiques devraient être séparées de la déclaration d'engagement afin de garantir la confidentialité des participants.

En ce qui concerne les limites de l'étude, les auteurs mettent en avant quatre points :

- Il s'agit d'une analyse secondaire, qui est donc basée sur les données déjà disponibles. Les auteurs ne pouvaient

	<p>donc pas changer le protocole du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude est basée sur un petit échantillon ce qui restreint la capacité à généraliser les résultats de l'étude • Les procédures d'application du programme n'étaient pas forcément les mêmes dans tous les hôpitaux. • Les pré et post test ne sont pas fiables
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs concluent en recommandant de continuer l'éducation du syndrome du bébé secoué en postpartum. Cependant, le programme demande à être amélioré notamment au niveau du contenu et des instruments d'évaluation. En sachant que les mères savent déjà les risques liés au syndrome du bébé secoué, il serait plus utile d'accentuer l'éducation des parents sur les pleurs du bébé, les techniques pour calmer ces pleurs, les stratégies de coping qui peuvent être utilisées par les parents ainsi que le soutien qui leur est disponible. Il est également important que ce programme de prévention continue, car l'étude montre bien que les mères ne reçoivent pas d'éducation par les professionnels de la santé une fois sorties de l'hôpital.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Dias, M. S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. (2005). Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics*, 115, 470-477.

Titre	Le titre présente les concepts clés qui seront étudié lors de la recherche : la prévention du syndrome du bébé secoué chez les enfants et les jeunes enfants, un programme parental éducatif en milieu hospitalier et l'évaluation de l'efficacité de ce programme.
Résumé	<p>Le résumé est clair, concis et structuré. Tous les points nécessaires comme le problème, la méthode, les résultats et la discussion y figurent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : les auteurs souhaitent déterminer si un programme d'éducation parental peut réduire l'incidence du syndrome du bébé secoué chez les enfants de moins de 36 mois. • Méthode : tous les hôpitaux ayant une maternité dans la région ouest de l'état de New York ont participé au programme. Celui-ci donne des informations aux parents sur les dangers de secouer son enfant et leur donne également des pistes pour répondre aux pleurs de leur enfant. • Résultats : pendant les cinq ans et demi de l'étude, 65'205 parents ont participé au programme. L'incidence du syndrome du bébé secoué a diminué de 47%. • Conclusion : ce programme de prévention peut donc réduire significativement l'incidence du syndrome du bébé secoué chez les bébés de moins

	de 36 mois.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est présenté de façon concise : il s'agit du syndrome du bébé secoué.</p> <p>Dans l'introduction, il s'agit de prendre conscience de la gravité d'un tel acte (secouer son enfant), en expliquant que les traumatismes crâniens chez les nourrissons représentent l'une des plus graves formes de maltraitance des enfants avec une mortalité de 13 à 30 %, ainsi que des déficiences neurologiques importantes chez la moitié des survivants.</p> <p>Ensuite, les auteurs évoquent les conséquences des coûts économiques qu'engendre le syndrome du bébé secoué. Une hospitalisation initiale coûte en moyenne 18 000 à 70 000 dollars par enfant et les frais médicaux peuvent dépasser 300 000 dollars par enfant. Beaucoup d'enfants ont besoin d'un service médical à long terme (physique, ergothérapie, orthophonie et éducatif), de thérapies et de soins de garde permanente. Les coûts de gestion à long terme peuvent dépasser un million de dollars par cas. Les coûts additionnels associés à la perte de la productivité sociétale et des revenus du travail et la poursuite et l'incarcération de l'auteur des faits sont inconnus.</p> <p>Selon les auteurs, une campagne de prévention efficace pourrait potentiellement sauver la vie de beaucoup d'enfants et améliorer la vie de beaucoup d'autres. Puis, on peut s'apercevoir que c'est un acte encore peu connu, car malgré la gravité des blessures et l'énorme coût social, des études antérieures ont suggéré que 25 à 50% de personnes n'ont pas reçu d'informations sur ce problème. Dans certains cas d'abus, les auteurs des faits ont admis avoir secoué l'enfant</p>

	<p>violemment mais ils ont avoué qu'ils étaient inconscients des dangers de cet acte.</p> <p>Par conséquent, le rôle de la prévention ne serait pas d'éduquer le grand public, mais de rappeler les bonnes personnes au bon moment et c'est pourquoi le problème a une signification particulière pour la discipline infirmière, car c'est elle qui pourrait intervenir au bon moment et avec les bonnes personnes.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs entreprennent une recension des écrits et présentent rapidement les connaissances actuelles sur le phénomène de l'étude.</p>
Cadre de recherche	<p>Un cadre conceptuel adéquat est défini : le concept clé est la prévention du syndrome du bébé secoué.</p> <p>Une base théorique est posée : le cadre de base de cette recherche est l'étude menée par Caffey qui définit le concept « syndrome du bébé secoué ». Il a été le premier à employer le terme coup du lapin-syndrome de l'enfant secoué pour décrire l'association entre des blessures intracrâniennes, des hémorragies rétiniennes et certaines fractures des os longs dues à la maltraitance du nourrisson.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de manière claire et concise. Il s'agit d'évaluer l'efficacité d'un programme d'éducation parental, en milieu hospitalier, donné dès la naissance de l'enfant et d'examiner son impact sur l'incidence du syndrome du bébé secoué chez les nourrissons de moins de 36 mois. Le but de ce programme est:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De fournir un programme d'éducation universel conforme aux parents de tous les nouveau-nés dans la région • D'évaluer les connaissances des parents sur les dangers de secouer un enfant • De suivre la diffusion du programme par

	<p>le retour des déclarations d'engagement signées par un ou deux des parents</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'évaluer l'impact du programme dans la région donnée et l'incidence du syndrome de bébé secoué chez les nourrissons et les enfants de 36 mois
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée pour l'évaluation du programme est définie de façon claire : il s'agit des deux parents des enfants nés dans les 16 hôpitaux participant à l'étude entre 1999 et 2004. Aucun chiffre précis sur la participation du nombre de parents n'est mentionné. La méthode pour recruter les participants s'est effectuée d'un commun accord avec les hôpitaux sélectionnés. Dans le plan d'échantillonnage, les auteurs ont envisagé les moyens d'accroître l'échantillonnage en affichant des posters éducatifs dans les salles pour fournir aux familles et aux visiteurs des informations sur les dangers de secouer un enfant.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel du WCHOB (Women and Children's Hospital of Buffalo) avant sa mise en œuvre.</p>
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'une étude quantitative. En effet, les auteurs utilisent des outils à variables mesurables et ils présentent ensuite leurs résultats sous forme de tables et graphiques, ce qui permet de comparer les résultats de manière objective.</p>
Modes de collectes de données et conduite de la recherche	<p>Les méthodes de collectes de données sont appropriées et décrites de manière précise en nous donnant toutes les informations nécessaires.</p> <p>Toutes les infirmières cheffes des services de maternité ont reçu une séance de sensibilisation</p>

	<p>d'une heure qui mettait l'accent sur les dangers de la violence infantile. Lors de cette séance, il a également été discuté des méthodes du programme et les infirmières cheffes repartaient en étant aptes à fournir une instruction écrite pour former les infirmières de leurs unités. De ce fait, les infirmières avaient pour mission d'informer les deux parents sur les dangers de secouer leur enfant, avant leur sortie de l'hôpital.</p> <p>Les instruments ont été importés pour les besoins de l'étude. En effet, les participants à l'étude ont été amenés à lire un dépliant sur comment prévenir le syndrome du bébé secoué provenant de l'<i>American Academy of pediatrics</i>. Ils ont également dû visionner une vidéo qui s'intitulait « Portrait de promesse : La prévention du syndrome du bébé secoué » du <i>Midwest Children's Resource Center</i>. Des posters étaient affichés dans les salles d'accouchement. Les parents devaient également signer une déclaration d'engagement de bonne réception et de compréhension du matériel reçu. Les infirmières ont été encouragées à fournir un programme d'éducation séparé afin de ne pas entraver le message central et de pouvoir répondre aux questions des deux parents.</p>
Analyse des données	<p>Une équipe médicale multidisciplinaire composé d'un médecin spécialisé dans les abus d'enfants, de deux neurochirurgiens pédiatres, de pédiatres ophtalmologues, des pédiatres radiologues, de pédiatres orthopédistes et de pédiatres chirurgiens (quand nécessaire) ont revu en détails tous les cas suspects de blessures infligées à la tête des nourrissons durant la période de contrôle. Le New York State Children youth and family caseworkers a, quant à lui, confirmé la nature des blessures</p>

	<p>infligées dans tous les cas identifiés. Afin de comparer le nombre de cas par année et le nombre de cas pour 100'000 naissances pour les deux périodes (contrôle historique et période de l'étude), c'est le <i>Poisson regression model</i> qui a été utilisé.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont résumés à l'aide d'un texte narratif et sont présentés à l'aide de tableaux et de graphiques.</p> <p>Sur les 16 hôpitaux de la région qui offraient des prestations de maternité treize ont participé durant les 66 mois de la durée de l'étude.</p> <p>Voici les principaux résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un total de 65'205 déclarations d'engagement a été enregistré. Cela représente 69% des 94'409 naissances vivantes durant la période de l'étude • 97% des déclarations d'engagement ont été signées par la mère et 76% par le père • 93% des parents qui avaient retourné la déclaration d'engagement ont reconnu avoir entendu parler précédemment du danger de secouer un enfant, ce qui confirme les hypothèses de l'étude • 92% des parents ont pensé que l'information était utile. La plupart des autres parents ont dit qu'ils n'ont pas jugé l'information utile car ils connaissaient déjà les dangers que peut provoquer le fait de secouer un nourrisson • 95% des parents pensent que l'information devrait être donnée à tous les nouveaux parents • Environ 10% des répondants ont fourni des commentaires positifs au sujet du

	<p>programme.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les suivis des enquêtes téléphoniques avec les parents ont confirmé qu'ils se souvenaient du programme, mais que beaucoup n'avait pas vu la vidéo• Quand il leur a été demandé quel sujet du programme qu'ils avaient reçu les touchait, 27% ont répondu le syndrome du bébé secoué. Parmi les 73% restants, 94 % ont répondu par l'affirmative lorsqu'on leur a demandé s'ils se souvenaient avoir reçu des informations à propos d'enfants secoué• Parmi les parents qui se souvenaient de l'information sur le programme, 98 % se souvenaient du document écrit, 92 % de la déclaration d'engagement, 89% des conversations avec l'infirmière et 60 % la visualisation des affiches. En revanche, seulement 23 % se souvenaient avoir vu la vidéo.• Durant les 6 ans avant le début du programme, 49 cas de syndrome du bébé secoué ont été identifiés. Au cours des 66 mois de la période d'étude, 21 cas de violence à la tête ont été identifiés. Une analyse de sous-groupe a montré que sept des 21 cas identifiés au cours du programme étaient nés de parents qui n'avaient pas été exposés au programme ; deux sont nés avant que le programme n'ait commencé et cinq sont nés dans les hôpitaux qui ne participaient pas encore au moment de la naissance de l'enfant. Sur les 14 les nourrissons restant, l'hôpital de naissance était inconnu pour un et trois sont nés dans les hôpitaux participants. Les 10 autres nourrissons sont nés dans les hôpitaux
--	---

		participants, les parents avaient signé une déclaration d'engagement.
DISCUSSION		
Interprétations des résultats	des	<p>Les résultats sont repris un par un, ainsi, on peut s'apercevoir de l'efficacité d'un tel programme et de la nette amélioration sur l'incidence de survenue du syndrome du bébé secoué. Les résultats peuvent donc être utilisés dans la pratique et permettent de répondre à la question de recherche.</p> <p>Les limites de l'étude ont été définies. Vu que ce n'était pas un essai contrôlé randomisé, cela soulève la possibilité qu'il pourrait y avoir des variables de confusion qui auraient eu un effet sur les résultats. Les auteurs expliquent que bien qu'ils avaient initialement envisagé de réaliser un essai randomisé, ceci n'était pas réalisable car une étude randomisée exigeait la participation de beaucoup plus de familles pour assurer une statistique suffisante, compte tenu de l'incidence relativement faible du syndrome du bébé secoué dans la population.</p>
Conséquences et recommandations	et	<p>Les conséquences de la recherche reposent sur l'importance d'une prise de conscience qu'un programme de prévention parental sur le syndrome du bébé secoué en milieu hospitalier est efficace.</p> <p>Cette recherche se montre utile pour la pratique infirmière. En effet, c'est un programme qui a eu du succès et il pourrait être mis en œuvre sur une large échelle, car c'est un programme simple contenant un message puissant, donné au bon moment et ne nécessitant que très peu d'efforts et de temps de la part de ceux qui fournissent l'information et de ceux qui la reçoivent.</p> <p>Les auteurs expliquent que les données ont confirmé que 93% des parents étaient déjà</p>

	<p>conscients des dangers de la violence de secouer son enfant et ils suggèrent que les parents doivent seulement être rappelés au moment opportun, à savoir, celle de la naissance de l'enfant.</p> <p>Cette étude fournit la première preuve solide qu'un programme en milieu hospitalier permet, en éduquant les parents au moment de la naissance de leur enfant, de réduire efficacement l'incidence du syndrome du bébé secoué. Le succès de ce programme pilote est actuellement testé à New York sur une plus grande échelle. Le programme a débuté en Mai 2002 dans le centre de la Pennsylvanie et a été élargi aux régions orientales et occidentales en 2004. Le programme est entré dans une deuxième phase (à partir de janvier 2004) dans lequel l'information en milieu hospitalier complétée par des informations supplémentaires fournies aux parents au moment de la première visite de l'enfant chez le pédiatre. Il est souhaité que cette prévention devienne plus systématique. Les auteurs sont conscients que de tels actes ne peuvent pas être totalement exclus mais que le but sera au moins de réduire l'incidence.</p>
--	--

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Joy Dayton, C., Walsh, T.B., Oh, W. & Volling, B. (2014). Hush Now Baby : Mothers' and Fathers' Strategies for Soothing Their Infants and Associated Parenting Outcomes. *Journal of pediatric Health Care*, 29(2), 145-155.

Titre	Le titre indique ce que les auteurs cherchent à analyser, c'est à dire les stratégies des pères et des mères pour apaiser leurs enfants ainsi que les effets sur leur rôle de parents.
Résumé	<p>Le résumé est complet et reprend les quatre grands chapitres de l'article :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : le but de l'étude est d'examiner les techniques adoptées par les parents (père et mère) pour relaxer leur enfant, les différences en fonction du temps ainsi que les résultats sur le rôle de parents (parenting outcome). • Méthode : les auteurs ont réalisé une étude longitudinale sur 241 familles qui ont eu leur deuxième enfant. Les données ont été collectées à un, quatre et huit mois après la naissance du second enfant. • Résultats : la moyenne des techniques de relaxation utilisées par les mères est de 7.7 et de 5.9 pour les pères. • Discussion : les auteurs encouragent la participation des pères pour relaxer leurs enfants, cela facilite le lien de confiance au sein des parents et encourage la participation des pères pour les soins de leur enfant. <p>Les mots-clés sont présentés après le résumé :</p>

	parenting, infancy, father, soothing.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les auteurs mettent en évidence le fait que les techniques de relaxation de l'enfant sont fondamentales dans le développement du lien parents-enfant. Cependant, encore peu de choses sont connues par rapport aux techniques quotidiennes de relaxation utilisées par les parents. Les périodes de pleurs sont normales chez le nourrisson et les parents doivent apprendre à les identifier et y faire face à l'aide de techniques de relaxation. Il est important pour les auteurs de comprendre et de renforcer ces techniques de relaxation parce qu'elles répondent à un besoin de développement et aident l'enfant à développer ses propres capacités de régulation. Les techniques de relaxation efficaces renforcent la confiance des parents et permettent d'établir une relation parents-enfants positive. Lorsque les techniques de relaxation ne sont pas efficaces, elles peuvent engendrer de la frustration ce qui crée une relation parents-enfants à risque. Cette frustration peut mener à des comportements violents comme le fait de secouer l'enfant par exemple.</p>
Recension des écrits	<p>Dans l'introduction de l'article, les auteurs se basent sur d'autres études pour souligner l'importance du rôle du père pour calmer l'enfant lorsqu'il pleure. En effet, Bianchi (2011), souligne que malgré le fait que les pères s'engagent de plus en plus dans les soins de l'enfant, c'est toujours la mère qui passe le plus de temps avec son enfant. Ceci est dû en partie au fait que les mères peuvent plus facilement prendre congé au travail pour s'occuper de leurs enfants. Cependant, McGlaughlin et Grayson</p>

(2001) ont démontré que les moments où l'enfant se met le plus à pleurer arrivent souvent le soir, lorsque la mère et le père sont présents à la maison. Les auteurs expliquent également la pertinence de l'étude car elle permettra d'encourager les parents, en particulier les pères, à calmer leurs enfants avec des techniques adaptées, car les pleurs persistants peuvent mener à un syndrome du bébé secoué. Esernio-Jenssen, Tai & Kodsi (2011) ont démontré que les enfants victimes du syndrome du bébé secoué causé par des hommes ont de plus graves blessures.

Pour leur étude, les auteurs ont décidé d'étudier les techniques de relaxation des parents ayant leur deuxième enfant. Ils vont donc expliquer pourquoi ils choisissent ce critère en se basant sur d'autres études. En 2012, Volling a démontré que pour la plupart des familles le fait d'avoir un deuxième enfant peut être stressant pour les parents. La participation du père dans les soins de l'enfant (y compris les techniques de relaxation) est très importante car elle permet de soutenir la mère et ainsi favoriser un bon fonctionnement familial. Les auteurs ont également choisi d'étudier les familles avec deux enfants car souvent les pères n'ont jamais été confrontés aux pleurs d'un enfant avant la naissance de leur premier enfant. Etudier les techniques de relaxation du père mises en place avec le premier enfant ne serait donc pas très significatif.

Quelques études ont déjà été réalisées concernant les techniques de relaxation, comme par exemple celle de Kaitz et al. (2000) qui met en évidence le fait que les pères utilisent des techniques moins tactiles que les mères pour calmer leurs enfants.

Cadre de recherche	<p>Les auteurs mettent en évidence le fait que l'American Academy of Pediatrics (AAP) et l'American Psychological Association ont identifié la problématique de la participation des pères dans la santé de leurs enfants comme une priorité sanitaire nationale (2004 & 2003). Comprendre mieux comment les pères calment leurs enfants permettra de développer des recommandations adaptées aux pères et ainsi de faciliter la relation pères-personnel soignant sur le long terme.</p>
Buts et question de recherche	<p>L'étude examine les techniques de relaxation auprès des enfants après la naissance du deuxième enfant. Cette période est importante, car les parents doivent apprendre à gérer deux enfants et les pères sont souvent plus sollicités pour participer aux soins des enfants. L'étude est une étude longitudinale qui examine la fréquence et le type de techniques de relaxation utilisées par les deux parents pendant les premiers mois après la naissance du deuxième enfant. Les auteurs étudient également la relation entre le partage des responsabilités pour calmer l'enfant et le sentiment d'efficacité parentale. En se basant sur la littérature concernant les pères, les auteurs ont prédit que (a) les pères vont utiliser des techniques de relaxation plus actives que les mères, (b) la plupart des pères ne vont pas participer également à apaiser leurs enfants et (c) les pères qui partagent équitablement cette responsabilité auront un sentiment d'efficacité parentale plus fort.</p> <p>L'objectif final de l'étude est d'améliorer les recommandations parentales en matière de soins, en particulier auprès des pères, afin de renforcer leur participation dans l'apaisement de leurs enfants et de renforcer la relation pères-enfants.</p>

	Le but de la recherche est bien défini, ce n'est par contre pas le cas de la question de recherche. En effet, aucune question claire n'apparaît dans la partie introduction.
METHODE	
Population et échantillon	Les participants ont été sélectionnés depuis un échantillon longitudinal de 241 familles attendant leur deuxième enfant. La plus part des participant ont un revenu moyen et sont bien éduqués. Un tableau est présent pour présenter les différentes informations démographiques relatives aux participants. Les parents ont été recrutés à l'aide d'annonces dans les cliniques, hôpitaux et dans la presse écrite. Les familles étaient sélectionnées si la grossesse de la mère était normale, que le premier enfant avait entre 1 et 5 ans, si le père biologique vivait dans la maison et si tous les participants étaient d'accord de participer. Tous les couples de l'étude étaient mariés.
Considérations éthiques	Tous les parents ont été informés à propos de la confidentialité, ils ont remplis un consentement écrit et ont été payé pour leur participation à l'étude. L'étude était également approuvée par un conseil d'examen institutionnel universitaire.
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude quantitative, en effet, les auteurs utilisent des outils à variables mesurables et ils présentent ensuite leurs résultats sous forme de tables et graphiques, ce qui permet de comparer les résultats de manière objective.
Modes de collectes de données et conduite de la recherche.	Les données ont été collectées à l'aide de plusieurs questionnaires remplis par le père et la mère séparément. Les données ont été collectées à 1,4 et 8 mois après la naissance du deuxième enfant lors de visite à la maison des parents. Les auteurs présentent ensuite les trois

	<p>questionnaires qui ont été utilisés pour l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crying Patterns Questionnaire (St.James-Roberts & Halil. 1991.) : ce questionnaire évalue quelle méthodes d'apaisement sont utilisées par les parents et à quelle fréquence. Ce questionnaire a été distribué aux parents à 1,4 et 8 mois après la naissance du deuxième enfant. Au final un score était calculé en fonction des réponses de chaque parent. Les parents devaient également indiquer ce qu'ils ressentent lorsque leurs enfants pleurent afin de pouvoir calculer un autre score pour chaque parent. • Parental Cognitions Scale (Boivin et all. 2005.) : ce questionnaire évalue le sentiment d'efficacité parental ressenti par les parents lorsqu'ils s'occupent de leurs enfants. Ce questionnaire a été complété à 4 et 8 mois après la naissance du deuxième enfant. • Childcare Checklist (Ehrenberg, Gearing-Small, Hunter & Small. 2001.) : ce dernier questionnaire évalue les responsabilités parentales pour les soins des enfants. 1,4 et 8 mois après la naissance du deuxième enfant, les parents ont remplis conjointement ce questionnaire afin de définir lequel des deux parents était responsable pour certaines tâches.
Analyse des données	Dans la partie Méthode, les auteurs ne parlent pas de l'analyse des résultats. L'analyse de ceux-ci est décrite dans la partie résultats de l'article.

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans leur article, les auteurs décrivent les résultats et les illustrent à l'aide de plusieurs tableaux et figures. C'est également dans la partie résultats que les auteurs expliquent la façon dont ils ont analysé les résultats de leurs questionnaires.</p> <p>Les auteurs présentent les résultats sous trois angles, qui correspondent aux résultats des trois questionnaires réalisés par les parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence et types de techniques utilisées par les mères et les pères avec leurs enfants : l'étude montre que les mères utilisent la plus part des techniques plus fréquemment que les pères. Le fait de câliner son enfant, de le porter ou encore lui donner une médication sont des techniques utilisées à la même fréquences par les pères et les mères. Lors de chaque évaluation (1,4 et 8 mois), les mères utilisaient plus de techniques différentes que les pères (en moyenne 7.7 techniques pour les mères contre 5.9 pour les pères). Les résultats ont aussi permis de montrer qu'autant les pères que les mères utilisent moins de techniques différentes avec le temps. • La trajectoire des techniques d'apaisement utilisées par les mères et les pères : les auteurs ont pu voir que les mères ont tendance à utiliser plus souvent des techniques d'apaisement que les pères durant la journée. Cependant, la fréquence journalière de ces techniques a tendance à diminuer avec le temps.

	<p>L'étude a également pu montrer que les pères ont tendance à moins souvent câliner leur enfant avec le temps comparé aux mères. Les deux parents prennent leur enfant dans les bras à la même fréquence à 1 mois, mais les pères diminuent fortement cette fréquence à 4 et 8 mois par rapport aux mères. Les mères ont moins souvent tendance à nourrir leur enfant pour les apaiser à 8 mois, alors que les pères augmentent leur fréquence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le partage des responsabilités pour apaiser l'enfant en association avec le sentiment d'efficacité parentale et les réactions aux pleurs de l'enfant : l'étude a pu montrer qu'à 1 et 4 mois, 34% des couples disent se partager les responsabilités pour ce qui est de l'apaisement de l'enfant, à 8 mois ce chiffre augmente à 41%. Les auteurs ont également pu démontrer que lorsque les pères partagent équitablement les responsabilités avec la mère ils se sentent plus efficace en tant que parents à 4 mois et à 8 mois. Les mères se sentent tout autant efficaces que les partage des responsabilités soit partagé ou pas. A 8 mois, les mères ont rapporté se sentir moins déçues face aux pleurs de leurs enfants.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	Dans la partie discussion, les auteurs interprètent les résultats et les mettent en lien avec d'autres études déjà réalisées. Les auteurs reprennent aussi en partie des prédictions qu'ils

avaient faites au départ afin de voir si celles-ci étaient justes. Les auteurs commencent par rappeler que leur étude est la première étude longitudinale à reporter quelles techniques d'apaisements sont utilisées par les deux parents (père et mère) durant les premiers mois de développement de l'enfant. Les auteurs avaient prédit que les pères utiliseraient des techniques plus actives pour apaiser leurs enfants, or l'étude a pu démontrer que les deux techniques les plus utilisées (tant par les mères que par les pères) sont le fait de câliner l'enfant (technique « douce ») et le prendre dans ses bras (technique « active »). Les pères n'utilisent donc pas forcément des techniques plus actives que les mères. Par contre, l'étude a pu démontrer que les pères utilisent moins de techniques différentes que les mères (répertoire plus restreint). Il est pourtant important de connaître plusieurs techniques d'apaisement afin de mieux pouvoir s'adapter aux besoins de l'enfant, mais également pour permettre aux parents d'avoir plus de ressources lorsqu'une technique est moins efficace, ce qui évite ainsi la frustration. L'étude montre également que les deux parents n'ont pas forcément la même approche en fonction de l'âge de l'enfant.

Concernant le partage des responsabilités et le sentiment d'efficacité parentale, un tiers des couples ont dit partager équitablement les responsabilités. Les pères de ces couples ont reporté un niveau d'efficacité parentale plus élevé à 4 et 8 mois. Les mères quant à elles se sentent tout autant efficaces que les responsabilités soient partagées ou non. Ces résultats suggèrent que le partage des responsabilités est donc plus bénéfique pour le développement de la relation père-enfant et mère-enfant. De plus, à 8 mois, les mères des

	<p>couples qui partagent les responsabilités se sentent moins déçues par les pleurs de leur enfant et les pères plus aptes à apaiser leur enfant.</p> <p>Les auteurs définissent ensuite les limites de l'étude, comme par exemple le fait que cette étude a été réalisée auprès de familles ayant un bon niveau d'éducation et étant majoritairement Européennes ou Américaines. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés pour d'autres groupes raciaux ou pour les familles ayant un moins bon niveau d'éducation. Un autre biais de l'étude est le fait que les données étaient reportées par les parents eux-mêmes, ce qui n'est pas forcément très objectif. L'étude ne mesure pas non plus la réaction de l'enfant et son tempérament, ce qui peut influencer sur la fréquence d'utilisation des techniques d'apaisement.</p>
Conséquences et recommandations	<p>En matière de recommandations, les auteurs soulignent le fait qu'il est important pour les soignants de soutenir et aider les parents afin qu'ils puissent trouver de bonnes techniques d'apaisement afin de prévenir la risque de maltraitances. Les parents ayant un sentiment d'efficacité parentale élevé sont moins sujets aux maltraitances (Dubowitz et al., 2000).</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Kurth, E., Kennedy, H. P., Zemp, S. E., Kesselring, A., Fornaro, I., & Spichiger, E. (2014). Responding to a crying infant - You do not learn it overnight: A phenomenological study. *Midwifery, 30*, 742-749.

Titre	<p>Le titre met en évidence un concept clé de notre travail : Responding to a crying infant.</p> <p>Le titre met également en évidence le devis de la recherche, il s'agit d'une étude phénoménologique.</p>
Résumé	<p>Le résumé est présent, il synthétise clairement le sommaire de la recherche. Le problème, la méthode, les résultats et la discussion y figurent.</p> <p>L'objectif de cette étude est d'examiner les opinions et les pratiques des mamans novices et expérimentées en réponse aux pleurs de leur nourrisson, durant les douze premières semaines après la naissance.</p> <p>Pour la méthode, deux entretiens narratifs sont effectués chez les participantes à 6-8 et 12-14 semaines post-partum.</p> <p>En conclusion, les mères ont montré des compétences d'apaisement, elles ont affiné leurs pratiques de manipulation de leur enfant en pleurs et la gestion de leurs propres réactions. Elles ont acquis une compréhension différente de la raison des pleurs et de l'urgence et elles ont utilisé des techniques apaisantes qui se sont avérées plus efficaces. En même temps, les mères ont appris à évaluer et atténuer leurs propres réactions aux stress par des techniques auto-apaisantes et en ayant des attentes réalistes du comportement normal du nourrisson.</p> <p>Les mères expérimentées savent que les pleurs normaux des nourrissons diminuent après un certain temps, alors que les mères novices</p>

	doivent faire face aux pleurs sans cette information. De ce fait, plus la mère s'occupe de l'enfant, plus ses compétences et ses aptitudes vont lui faire changer sa façon de voir les pleurs et de les gérer. Ceci les amène à répondre aux pleurs de leur nourrisson de manière plus calme.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de l'étude n'est pas clairement formulé, mais on peut comprendre de quoi il s'agit en lisant l'introduction. Les auteurs reviennent souvent sur les pleurs du nouveau-né, sur le fait que les parents dits « novices » sont plus susceptibles de ne pas s'adapter facilement aux pleurs, plutôt que les parents dits « experts ».</p> <p>Le problème a une signification particulière pour la discipline infirmière, car les mères inexpérimentées ont besoin d'informations sur les pleurs de leurs nouveau-nés et de quelle manière y répondre lorsqu'elles sont sous stress. Selon les auteurs, il faudrait apprendre aux parents à reconnaître et à répondre aux signaux des nouveau-nés et également à gérer leur propre stress.</p>
Recension des écrits	<p>Le point de départ de cette étude est basé sur des recherches antérieures et amène de nouveaux apports sur cette problématique. La recension des écrits est très longue et diversifiée, elle semble présenter une base solide pour l'étude.</p> <p>Les auteurs soulignent un point néfaste que peut procurer les pleurs des nouveau-nés, autant sur l'enfant lui-même que sur ses parents. Etre confronté à un enfant qui pleure est une transition difficile dans la vie quotidienne de beaucoup de nouveaux parents (Christie et al., 2007; Kurth et al., 2010). Entendre le son des pleurs du nourrisson incite les parents et à</p>

répondre aux besoins des nourrissons en se livrant à des pratiques apaisantes (Lagasse et al., 2005; Swain et al., 2011). Si les techniques apaisantes ne fonctionnent pas, les pleurs du nourrisson deviennent l'une des raisons les plus courantes pour lesquelles les parents cherchent des soins médicaux dans les premières mois de vie (Long, 2001). Les pleurs excessifs affectent 5-19% des nourrissons (Crowcroft et Strachan, 1997 ; Lucassen et al., 2001; Wake et al., 2006) et peuvent entraîner une diminution de la durée de l'allaitement (Howard et al., 2006), provoquer une relation mère-enfant tendue (Papousek and von Hofacker, 1998; Raiha et al., 2002), accroître le risque de dépression post-partum (Vik et al., 2009; Britton, 2011), du syndrome du bébé secoué et de toutes autres formes de maltraitance (Carbaugh, 2004; Talvik et al., 2008). Les nourrissons qui souffrent de pleurs excessifs sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de comportement dans l'enfance, avec un risque plus élevé chez les personnes ayant eu des problèmes multiples dans l'enfance et dans les familles à risque (Schmid et al., 2010; Hemmi et al., 2011). Des études ont montré à maintes reprises que les problèmes de pleurs ont été plus fréquents chez les nourrissons de nouveaux parents (Crowcroft and Strachan, 1997; Canivet et al., 2005; Talachian et al., 2008). Avoir plus d'un enfant est le facteur de protection le plus fort qui pousse à signaler les problèmes de pleurs, selon une étude de cas récente. Cet effet augmente encore plus lorsque c'est le troisième (ou plus) enfant (Kurth et al., 2010). La manière dont ce mécanisme de protection fonctionne n'est pas totalement comprise. Il y a des études (qui utilisent des questionnaires d'autoévaluation, des interviews ou des observations prolongées par les enquêteurs et les enregistreurs audio des

	<p>nourrissons et des parents) qui ont constaté que les mères primipares sont moins sensibles aux pleurs et moins confiantes dans l'interprétation des informations que donne le nourrisson, par rapport aux mères multipares (Drummond et al., 1993; van IJzendoorn and Hubbard, 2000; Drake et al., 2007). En revanche, Kaitz et al. (2000) ont trouvé que les mères qui ont eu un seul enfant étaient aussi efficaces que les mères multipares dans les techniques d'apaisement.</p> <p>Les auteurs concluent en expliquant que les compétences apaisantes ne dépendent pas de l'expérience parentale mais des penchants naturels des mères primipares.</p>
Cadre de recherche	Les concepts clés sont mis en évidence et définissent le plan conceptuel. Ils reposent sur des bases scientifiques, le lien avec les études antérieures est clairement identifié.
Buts et question de recherche	Le but de cette étude est de mieux comprendre les processus sous-jacents des mères novices et expérimentées pour les réponses face aux pleurs des nourrissons, ainsi que leurs pratiques reconfortantes, durant les 12 premières semaines de vie du nouveau-né.
METHODE	
Population et échantillon	<p>Les auteurs ont utilisé un échantillonnage de variation maximale pour recruter 15 paires de mères-enfants de parité et de milieux éducatifs différents.</p> <p>Le recrutement a eu lieu dans une clinique de soins tertiaires pour femmes, externe à l'hôpital. Les futures mères ont été invitées à participer à l'étude par la sage-femme au cours d'un rendez-vous de soins prénatal entre la 30^{ème} semaine de grossesse et la naissance. Les critères d'admission comprennent : la grossesse unique, l'accouchement par voie basse ou par césarienne, la mère en bonne santé et un nouveau-né en</p>

	bonne santé à terme.
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique cantonal. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé écrit et participé à l'ensemble de l'étude.
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude phénoménologique. La phénoménologie est une tradition de recherche qualitative ; elle est ancrée dans la psychologie et la philosophie et met l'accent sur l'expérience vécue.
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont décrits de manière précise et nous donnent toutes les informations nécessaires : les modes d'entretiens (type narratifs, question ouvertes, questions détaillées, etc).</p> <p>De cette manière, afin d'examiner le suivi post-natal, les auteurs ont effectué les observations des participantes dans une salle prévue à cet effet, et, ils ont ensuite organisé deux entretiens narratifs d'une durée de 60-90 minutes à 6-8 et 12-14 semaines à domicile. L'objectif de cette intervention est d'observer les interactions mère-enfant, incluant les pleurs et les comportements apaisants. L'entrevue semi-structurée suivie vise à encourager les participants à partager des histoires sur les pleurs du nourrisson et de leurs propres besoins en tant que nouvelles mères. Les questions de recherche sont bien ciblées ; à savoir, quel ressenti les mères éprouvent-elles lorsque leur bébé pleure, il leur est également demandé de se rappeler d'une situation où elles n'ont pas réussi à apaiser leur bébé en pleurs et ce qu'elles ont fait à ce moment-là, ainsi que leur réaction face à cette situation.</p> <p>Il est également expliqué très précisément ce qui a été entrepris pour assurer l'exactitude des résultats : Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites mot à mot. Les noms ont été remplacés par des pseudonymes pour maintenir</p>

		une confidentialité des participants. Certaines citations allemandes ont été traduites en anglais et validées par un conférencier bilingue. Les données peuvent être considérées comme valables.
Conduite de la recherche		Le processus de collecte de donnée est décrit de manière simple, la présence d'un petit tableau permet tout de même de mieux ce processus.
Analyse des données		Les méthodes d'analyses sont décrites. Les auteurs ont analysé les protocoles d'observation et les données d'entrevue. Ils ont utilisé les connaissances acquises pour affiner leurs collectes de données.
RESULTATS		
Présentation des résultats		<p>Les résultats sont présentés à l'aide d'un tableau et résumés à l'aide d'un texte narratif. Les auteurs ont fait évaluer les données par les participantes.</p> <p>L'échantillon de l'étude comprenait 15 couples mères – enfant.</p> <p>Le contexte éducatif variait considérablement, par exemple des mères avocates, infirmières, secrétaires, infirmière - assistante). Six femmes avaient une formation en soins infirmiers. Toutes les participantes migrantes ont vécu en Suisse pendant une longue période et ont pu communiquer en allemand.</p> <p>Les auteurs ont développé les résultats en cinq catégories différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réponses aux pleurs : les auteurs ont trouvé que les réponses face aux pleurs des mères novices ont changé avec l'expérience qu'elles ont gagnée durant l'étude. Les mères expérimentées ont quant à elles remarqué un changement par rapports à leurs enfants précédents. • Evaluation des pleurs de l'enfant : quand l'enfant commence à pleurer, les mères

	<p>essayer d'abord d'identifier la raison des pleurs, la gravité et l'urgence. Les mères développent ensuite une liste des besoins de l'enfant afin de mieux pouvoir identifier la source de l'inconfort de celui-ci. Les auteurs remarquent également que les mères expérimentées ont une liste plus élargie des de raisons possibles des pleurs de leur enfant et que les mères novices ont plus tendance à interpréter les pleurs de leur enfant comme un signe d'alarme</p> <ul style="list-style-type: none">• Apaiser l'enfant en pleurs : les comportements des mères pour apaiser leurs enfants sont souvent en lien avec les sens du bébé (lui parler, le regarder, le toucher ou encore le bouger). Même si toutes les mères ont naturellement des techniques d'apaisement, l'entraînement et l'expérience pour acquérir des techniques spécifiques est nécessaire. Les mères novices apprennent à ces techniques au travers d'essais et de leurs erreurs, en demandant conseil ou en observant d'autres personnes plus expérimentées.• Evaluer ses propres réactions face aux pleurs de l'enfant : les auteurs ont pu montrer comment les mères évaluent leurs réactions physiques et émotionnelles face aux pleurs de leur enfant. Elles ressentent un stress physique (tachycardie ou douleurs dans les oreilles notamment) lorsqu'elles sont incapables de calmer leur enfant rapidement. Ce stress physique fait que les mères ont l'impression que la situation est encore plus urgente. Sur le plan émotionnel, les mères ressentent de la compassion lorsque leur enfant pleure (surtout lorsqu'il s'agit du premier) mais également de l'irritation et de la colère
--	---

	<p>lorsque l'enfant ne répond pas aux techniques d'apaisement. Les mères expérimentées remarquent qu'elles arrivent mieux à gérer leurs réactions avec l'expérience.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auto-apaisement : les auteurs ont pu mettre en évidence que les mères novices pensent souvent que leur enfant va peu pleurer et qu'elles peuvent éviter ces pleurs. Avec l'expérience, elles réalisent qu'il est normal que l'enfant pleure beaucoup et que cette phase ne va pas durer éternellement. Cette prise de conscience les aide à mieux prendre du recul face aux pleurs et donc à réduire leur stress.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les limites de l'étude sont définies : L'échantillon de l'étude comprend une variation maximale de parité et de niveaux d'éducation. Pourtant, les mères non germanophones ont été exclues. Le nombre élevé de participantes avec une formation en soins infirmiers n'était pas intentionnelle, mais bien qu'elles s'étaient familiarisées avec les tâches bienveillantes, elles exprimaient les mêmes insécurités sur les soins aux nourrissons que les mères n'ayant pas de lien avec les soins infirmiers. Sur la base des participantes et de la description du contexte de l'étude, le lecteur peut juger si, et dans quelle mesure, les résultats peuvent être transférés à d'autres contextes.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs terminent en évoquant le fait que la manière de répondre à un bébé qui pleure dépend en partie du comportement inné de la mère, mais est aussi fortement influencé par l'expérience. Pour acquérir les compétences nécessaires et la confiance en soi, les mères</p>

	novices devraient exiger des soins en maternité et chercher à ce que les professionnels soient à l'écoute de leurs apprentissages et de leur besoins, surtout avec leur premier enfant.
--	---

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Russel, B.S., Trudeau, J., & Britner, P.A. (2008). Intervention type matters in primary prevention of abusive head injury : Event history analysis results. *Child Abuse & Neglect*, 32, 949-957.

Titre	Le titre précise les concepts d'interventions de prévention du syndrome du bébé secoué sans mentionner la population à l'étude. Il nous indique qu'il s'agit d'une étude longitudinale analytique.
Résumé	<p>Le résumé reprend les points clés de la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • But de la recherche : comparer des types de matériel d'intervention sur les connaissances et pratiques des parents en lien avec le syndrome du bébé secoué. 264 adultes divisés en deux groupes (parents, non-parents) participent à l'étude. • Méthode : étude longitudinale avec 3 interventions ponctuelles (à 2, 6 et 12 semaines après la première intervention à la naissance de l'enfant). Les chercheurs ont testé 2 vidéos de prévention différentes auxquelles s'ajoutent une brochure informative et un autre groupe qui ne reçoit que la brochure. Les réponses sont combinées en 5 facteurs de scores. • Résultats : trois des 5 facteurs de scores démontrent des résultats significatifs. En premier, on obtient les meilleurs résultats de connaissance en présentant aux parents la vidéo qui leur apprend des techniques, en deuxième la vidéo contenant des témoignages de parents et les moins bons résultats pour ceux qui n'ont eu que la brochure comme message

	<p>d'éducation. Les données démographiques n'influencent pas les résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conclusion : en utilisant des vidéos qui conseillent et enseignent des techniques aux parents, cela permet d'accroître la probabilité de changement positif et d'apprentissages dans l'éducation en lien avec les pleurs du bébé et le SBS. • Perspectives pour la pratique / recherche : il est important de réfléchir au matériel d'intervention, éducation, prévention en lien avec le SBS afin que le public cible soit réceptif et sensible au message que l'on veut faire passer.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de l'étude consiste à évaluer, comparer du matériel d'intervention de prévention afin d'augmenter les connaissances pratiques des parents en lien avec le phénomène du syndrome du bébé secoué. Les auteurs exposent clairement 3 questions distinctes reliées à 3 hypothèses.</p> <p>Le problème est pertinent dans le contexte actuel ; les auteurs mettent en évidence que les maltraitements incluant des traumatismes crâniens sévères atteignent les 10% chez les moins de 2 ans et que 30% des enfants en décèdent. Le phénomène reste encore peu connu et il y a peu d'études concernant les interventions de prévention et encore moins sur l'efficacité, l'évaluation des interventions, ce qui rends le comportement des potentiels auteurs de maltraitance difficile à changer.</p>
Recension des écrits	Présente la description de l'état actuel de manière très claire, précise en lien avec le problème. Ils parlent notamment de la multiplicité des facteurs pouvant amener à un SBS, en mettant en évidence les pleurs comme un facteur important

	<p>qui agit sur l'état émotionnel des parents pouvant engendrer l'acte de secousse. Une autre recherche nous dit que pour qu'un programme de prévention soit efficace, il faut chercher à agir sur l'interaction parent-enfant et sur des aspects tels que le sentiment d'efficacité personnelle, la confiance et l'estime de soi, le contrôle des émotions des parents. Durant ces 15 dernières années, il y a peu pas mal de programmes de prévention qui ont été menés mais très peu de données post-interventions ont été collectées afin de mesurer l'efficacité des programmes et ainsi favoriser le changement de comportement chez les parents, pour les protéger et prévenir ce type de maltraitance.</p>
Cadre de recherche	<p>Il n'y pas de cadre de recherche mis en évidence dans cette étude. Les concepts ne sont pas mis en lien avec un cadre conceptuel spécifique.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de la recherche va être de tester l'efficacité de plusieurs interventions d'éducation (différents types de matériel) aux parents en lien avec la prévention du SBS. Les auteurs exposent clairement 3 questions distinctes ainsi que 3 hypothèses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} question : est-ce que des parents (ou autre personne qui s'occupe habituellement d'enfants) en comparaison avec des personnes sans enfants, vont être plus sensibles aux interventions de prévention ? - 2^{ème} question : est-ce que les informations/connaissances retenues varient selon le matériel d'éducation (vidéo, brochure) ? - 3^{ème} question : est-ce que les connaissances sur les attitudes, comportements à adopter dans le but de prévenir le phénomène peuvent être bénéfiques, augmentées lors d'une seule

	<p>intervention ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse 1 : les attitudes, le comportement des parents va changer plus vite par rapport aux non-parents car l'intervention aura plus de sens pour les parents. - Hypothèse 2 : le type de matériel d'intervention aura une influence sur le changement de comportement des participants. - Hypothèse 3 : une seule intervention de prévention peut promouvoir un changement de comportement. <p>On remarque que les hypothèses sont clairement reliées aux questions posées par le groupe de recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Deux groupes distincts pour cette étude : parents (46%) et non-parents (54%). Un total de 264 adultes (+18 ans) suivis entre 2004-2005. Aucun critère liée à la démographie, au sexe, à l'âge, à l'éducation, au revenu ni à l'ethnicité ne fut inclus. La moyenne d'âge calculée est de 32 ans, 72% des participants sont des femmes.</p> <p>la taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique, Il ne figure pas plus d'informations concernant la détermination de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<p>les participants furent invités à l'University of Connecticut community et soumis à un consentement éclairé.</p>
Devis de recherche	<p>Devis quantitatif. L'étude cherche à récolter des données, comparer plusieurs variables et valider des hypothèses.</p>
Modes de collectes de données Conduite de la recherche	<p>L'outil de mesure pour cette recherche est le <i>Shaken Baby Syndrome Assessment</i> de Russell et Britner (2006). Des séries de questions posées aux participants avec 4 groupes d'items: la</p>

régulation des émotions de l'adulte, les attitudes d'apaisement de l'enfant, les attitudes de punition, discipline et les connaissances de bases nécessaires pour s'occuper d'un enfant de manière générale. Ces 4 items ont été choisis en regard des études menées qui nous disent que les actes de secousse se font dans un but d'arrêter les pleurs et de discipliner l'enfant. Dans chaque item, des questions ouvertes sont posées afin d'en juger le contenu et des questions fermées vont permettre de vérifier la justesse des réponses. Ce sont 2 variables-exemple : la justesse et le contenu. Chaque réponse va être rapportée sur une échelle déterminée par des codes. Deux assistants de recherche vont s'occuper de collecter les données et les coder, chacun de leur côté.

Le matériel d'intervention se constitue de 2 vidéos différentes (*Shaking, Hitting, Spanking* et *Portrait of Promise* et : *Want To Do Instead*) ainsi que d'une brochure (*Never, Never Shake A Baby*). Les 2 vidéos donnent les mêmes informations concernant les risques et les conséquences de la secousse infligée à l'enfant, cependant la manière de faire passer le message diffère. La première vidéo donne des conseils et le comportement à adopter pour calmer l'enfant et diminuer la tension lors de pleurs incessants, tandis que la 2^{ème} inclue des témoignages de parents d'enfants ayant subi un SBS. Ainsi la première serait plus efficace en termes d'éducation que la 2^{ème}, qui est plus centrée sur l'émotion qui se dégage des témoignages.

Chaque échantillon (parent/non-parent) se divise en trois groupes : le premier reçoit la première vidéo + brochure, le 2^{ème} la deuxième vidéo + brochure et le 3^{ème} groupe uniquement la brochure (groupe contrôle), ceci d'une manière aléatoire. Ces différents niveaux d'interventions

	<p>sont repris dans la table 1 de la page 952.</p> <p>Le suivi des participants se fait par e-mail à des moments ponctuels : à 2, 6 et 12 semaines suivant leur début de participation à l'étude. Les participants furent invités à remplir le <i>Shaken Baby Syndrome Assessment</i> quatre fois pendant 4 mois. Le but étant de voir l'évolution de l'impact du message de prévention dans le temps.</p>
Analyse des données	<p>Les facteurs d'analyse qui découlent du <i>Shaken Baby Syndrome Assessment</i> sont répertoriés au nombre de 5 : les pratiques de discipline sévères en regard de l'enfant, les méthodes d'apaisement positives, les émotions négatives ressenties, les attitudes d'apaisement sûres et les attitudes d'apaisement nuisibles et négatives. Tout ceci est détaillé sur la table 2 de la 952. De nombreuses variables entre en jeu et sont détaillées.</p> <p>Sur les 264 participants, 16% n'ont retourné aucune réponse au questionnaire à aucun des quatre moments établis.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les auteurs présentent les résultats sous forme de texte explicatif et 3 modèles qui représentent les résultats dans la durée des 4 mois de l'étude. Les résultats ne varient pas selon les facteurs démographiques.</p> <p>Au départ de la semaine 0, 11.3% présentaient des facteurs de risques élevés (lié à un manque de connaissances) contre 5.6% à la semaine 2. En fonction du matériel d'intervention utilisé, le résultat est le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le groupe qui a vu la vidéo <i>Portrait of Promise</i> + la brochure arrive en tête des probabilités d'induire un changement positif de comportement - le groupe qui a regardé l'autre vidéo + brochure arrive en 2^{ème} position. - Le groupe test ayant reçu uniquement la

	<p>brochure en 3^{ème} position.</p> <p>Deux facteurs reliés à un changement de comportement négatif ont été mis en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le revenu : les gens plus aisés financièrement sont plus à même d'avoir un comportement nuisible à l'enfant lorsqu'ils sont soumis à des émotions négatives - Le niveau d'éducation : plus il est élevé et plus les réponses d'apaisement de l'enfant sont négatives. <p>Les résultats figurant dans ce chapitre ne sont pas précisément détaillés et clairs en regard de la complexité des variables, des facteurs, etc.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les conclusions de l'étude découlent logiquement des résultats décrits. C'est la première étude longitudinale jamais publiée dans la littérature concernant le syndrome du bébé secoué. Sur les 3 hypothèses, 2 se confirment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le matériel de prévention de type vidéo en plus de la brochure est plus à même d'entraîner un changement de comportement ou de promouvoir un comportement positif et protecteur par rapport à la brochure unique comme prévention. ⇒ La deuxième : une seule intervention de prévention permet d'entraîner un changement dans le comportement et d'accroître les connaissances. <p>La 3^{ème} hypothèse ne se confirme pas : les parents ne sont pas forcément plus sensibles à adopter des comportements protecteurs par rapport aux non-parents (pas de différence). Tout ceci suggère que le type de matériel de prévention choisi influence fortement les comportements et les réponses que les parents</p>

	<p>vont apporter à leur enfant pour les apaiser. Les résultats concordent également avec une étude similaire de Nordfeld et Ludvigsson (2002).</p> <p>En conclusion, les auteurs nous disent qu'il est bénéfique d'utiliser la vidéo comme matériel de prévention. En comparant avec la brochure comme unique information, on note une différence de 26% dans la probabilité de changement de comportement et d'enseignement aux parents. Les vidéos qui se concentrent sur l'enseignement de techniques visant à apaiser les bébés qui pleurent beaucoup sont plus efficaces et vectrices de changement que les vidéos qui contiennent des témoignages et qui jouent sur l'émotionnel.</p> <p>Les limites de l'étude sont énoncées : il faudrait un échantillon plus large et varié, celui-ci présentant une majorité de femmes, blanches, avec un haut niveau d'éducation. Une autre limite est qu'il serait bien de tester d'autres matériaux, notamment une brochure de l'American Academy of Pediatrics (<i>Prevent Shaken Baby Syndrome</i>) qui est souvent utilisée mais très peu évaluée.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude a permis de se rendre compte que les moyens de prévention audio-visuels permettaient de promouvoir des comportements et attitudes positifs à l'égard d'un enfant lors de situations stress lorsque l'enfant pleure de manière inconsolable. Il serait nécessaire de faire plus de recherche concernant les parents qui utilisent des manières d'éducation strictes et sévères car il est souvent difficile de promouvoir un changement chez ces personnes. D'un autre côté, il faudrait approfondir les recherches sur les pratiques des parents et leur niveau de sensibilité en situation d'émotion très intense (colère, frustration) et d'émotion moins intense (fatigue, tristesse).</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Simmonet, H., Laurent-Vannier, A., Yuan, W., Hully, M., Valimahomed, S., Bourennane, M., & Chevignard, M. (2014). Parent's behavior in response to infant crying : Abusive head trauma education. *Child Abuse & Neglect, 38*, 1914-1922.

Titre	Le titre de cet article précise les concepts de pleurs du bébé et de syndrome du bébé secoué, qui sont deux concepts clés de notre étude. Il nous informe qu'il va s'agir d'étudier le comportement des parents et leurs réponses face aux pleurs de leur enfant.
Résumé	Le résumé est complet et détaillé : il met en avant que le SBS est une forme de maltraitance commune et sous-estimé car c'est notamment la première cause de mortalité en termes de maltraitements infantiles. Deux objectifs figurent dans cette étude : (a) évaluer les connaissances des parents à propos des pleurs, des réponses face aux situations de pleurs et du SBS ; (b) évaluer l'impact d'une simple intervention d'éducation sur les pleurs et le SBS auprès des parents très vite après la naissance. 190 parents ont rempli un questionnaire oral à 2 jours post-partum. Le pédiatre fournit un court message de prévention et les parents sont contactés à nouveau 6 semaines après la naissance pour un questionnaire. En somme, les connaissances des parents se sont améliorées avec le message de prévention. Une brève intervention de prévention devrait être systématiquement donnée par les pédiatres ou les infirmières lors de l'examen du nouveau-né.

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Selon les auteurs, le SBS est un acte de maltraitance caractérisé par un acte de secousse violent qui cause des dommages sévères à l'enfant (surtout chez les moins d'une année) et qui a un taux de mortalité élevé, soit de 15-38%. De nombreux programmes de prévention ont déjà été mis en place mais il reste difficile d'inclure le père dans l'échantillon. Cet étude vise les deux parents et va chercher à évaluer leurs connaissances et voir si une intervention de prévention est bénéfique pour ces derniers.</p> <p>Le problème de l'étude est pertinent et a une signification pour la discipline car l'on voit une fois de plus que le SBS est sous-estimé, peu connu de la population. L'infirmière détient un rôle central dans la prise en charge, elle est à même d'accompagner les parents et fournir des interventions de prévention, si bien auprès des pères que des mères.</p>
Recension des écrits	<p>Présente la description de l'état actuel des connaissances en lien avec le problème en s'appuyant sur différents auteurs. En effet, les auteurs nous disent que l'incidence de ce phénomène est probablement sous-estimée, actuellement à 15-30 pour 100'000 enfants en-dessous d'une année. Les pleurs sont le facteur déclencheur menant à l'acte de maltraitance, favorisé par la colère et le déficit de self-control des parents. Chez un enfant normal, la durée des pleurs peut varier entre 4-5 heures durant une journée jusqu'à l'âge de trois mois, période au cours de laquelle les pleurs diminuent et se stabilisent. Il a été estimé que 25-50% des parents ne connaissent pas les conséquences sévères qu'inflige un acte de secousse. Plusieurs programmes de prévention utilisent différents moyens : vidéos, brochures, cartes. Cependant, il</p>

		est difficile d'inclure les pères dans cette prévention alors que ceux-ci sont le plus souvent les auteurs de ce type de maltraitance.
Cadre de recherche		Ne figure pas de cadre de recherche mis en évidence dans cette étude. Les concepts ne sont pas mis en lien avec un cadre conceptuel spécifique.
Buts et question de recherche		<p>L'étude présente deux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluer les connaissances des parents à propos des pleurs, des réponses face aux situations de pleurs et leurs connaissances sur le syndrome du bébé secoué - juger la faisabilité et l'impact d'une intervention d'éducation sur les pleurs et le SBS auprès des parents dans les jours qui suivent la naissance de leur enfant, ceci dans l'espoir que les parents comprennent le message et intègrent / appliquent leurs connaissances au quotidien <p>Il n'y pas de questions de recherche ou d'hypothèses formulées par les auteurs.</p>
METHODE		
Population et échantillon		L'étude vise tous les parents de nouveau-nés issus de la maternité de l'hôpital de Saint-Maurice en France. Les parents doivent parler français pour participer à la recherche. Celle-ci a été menée entre décembre 2010 et janvier 2011. La méthode d'approche des participants n'est pas décrite dans l'article. La méthode de détermination de la taille de l'échantillonnage n'est pas décrite non plus.
Considérations éthiques		L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital et tous les participants furent invités à donner leur consentement par écrit.
Devis de recherche		Il s'agit d'une étude quantitative, en effet, les auteurs utilisent des outils à variables mesurables et ils présentent ensuite leurs résultats sous forme de tables et graphiques, ce qui permet de comparer les résultats de manière objective.

<p>Modes de collectes de données et conduite de la recherche</p>	<p>En premier lieu, les parents furent interviewés par le staff médical du département de médecine physique et réhabilitation en incluant les pères le plus souvent possible. De là, des données démographiques ont été collectées (âge des parents, niveau d'éducation, nombre d'enfants, sexe du bébé, date du terme, poids et score d'Apgar à la naissance). Ces informations figurent dans la table à la page 1915.</p> <p>Par la suite, les parents furent invités à répondre à un questionnaire à choix multiples figurant dans la table 2 (questionnaire de pré-intervention) à propos des pleurs, du SBS, de situations dangereuses en comparaison avec le SBS et des réponses à donner face à un enfant qui pleure. Suite à ce questionnaire (à 2-3 jours après la naissance) le pédiatre délivre un message oral d'environ 3 minutes aux parents à propos des pleurs et du SBS et leur fourni une brochure. Le speech oral est très court et parlant, avec des phrases simples à retenir. La brochure a été conçue à Paris en 2005 par le Centre Ressource Francilien du Traumatisme Crânien, disponible à : http://www.france-traumatisme-cranien.fr/upload/mediatheque/plaquette-crftc-2005.pdf.</p> <p>Pour ne pas biaiser l'étude, il a été demandé aux membres de l'équipe soignante de ne pas donner plus d'informations aux parents.</p> <p>Six semaines plus tard, les mères et les pères furent contactés séparément par téléphone afin de répondre à un questionnaire. Celui-ci inclus les questions du premier questionnaire auxquelles sont ajoutées d'autres questions sur la satisfaction et l'utilité des messages de prévention reçus (table 2).</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les données analysées en premier furent les réponses aux questions du questionnaire de pré intervention, en calculant un pourcentage de</p>

	<p>réponses oui/non afin d'évaluer les connaissances des parents. Afin d'évaluer l'impact de l'intervention sur les connaissances des parents entre les deux questionnaires (pré et post intervention), les questions similaires dans les deux questionnaires furent comparées à l'aide d'un test χ^2 McNemar. Une échelle allant de 0 à 5 fut créée pour évaluer le niveau de connaissances. Le 0 correspond à aucune réponse juste et le 5 à toutes les réponses justes. Afin d'analyser les facteurs qui influencent les connaissances des parents avant et après l'intervention, les parents furent divisés en deux groupes selon leur âge.</p> <p>Ne figure pas de résumé de résultats dans cette partie de l'article.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les auteurs présentent les résultats à l'aide d'un court texte explicatif, de tableaux et graphiques.</p> <p>Echantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 202 bébés sont nés durant la période de l'étude, les parents de 190 bébés participent à l'étude (94%) ⇒ 266 parents (186 mères et 80 pères) ont répondu au questionnaire de pré intervention ⇒ 183 parents (147 mères et 36 pères) ont répondu au questionnaire de post intervention, 6 semaines plus tard <p>Questionnaire de pré-intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 27% de mères et 36% de pères n'ont jamais entendu parler du syndrome du bébé secoué. Les autres en ont entendu parler à la télévision ou dans les médias. ⇒ Un quart des parents ignoraient que les bébés peuvent pleurer jusqu'à 2 heures par jour. ⇒ Un tiers pensaient qu'on pouvait secouer un enfant pour jouer avec et seulement 20%

	<p>affirment qu'il est plus dangereux de secouer un bébé que lorsqu'il chute de la table à langer.</p> <p>A la question de savoir ce que les parents feraient si leur bébé pleurait incessamment sans se calmer,</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Un tiers répondent qu'ils recoucheraient l'enfant dans son lit ⇒ Un tiers répondent qu'ils garderaient l'enfant dans leur bras <p>Finalement, le score de connaissance du premier questionnaire fut de 2.8 pour les mères et 2.6 pour les pères. Il faut savoir que les mères qui viennent d'avoir leur premier enfant ont obtenu des scores moins élevés que les mères ayant déjà un enfant ou plus.</p> <p>Questionnaire de post intervention :</p> <p>Tous les parents ont rapporté que le fait de secouer un bébé une seule fois peut le tuer ou causer de graves lésions. Quasi la totalité des parents trouvent le message de prévention utile à tous les nouveaux parents.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 47% des mères et 43% des pères pensent que cette prévention doit se faire en maternité. ⇒ 25% et 24% pensent qu'il faut le faire avant l'accouchement. ⇒ La majorité des parents ont appliqué les conseils donnés lors des situations de pleurs. ⇒ La majorité ont lu la brochure et ont été satisfait des informations fournies. <p>Le score de connaissances du deuxième questionnaire a atteint le seuil de 4.0 pour les mères et 4.2 pour les pères.</p> <p>Comparaison des deux questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les réponses des mères se sont nettement améliorées /ajustées lors du deuxième questionnaire ⇒ Pour les pères, le nombre de participants au
--	---

	<p>2^{ème} questionnaire fut trop bas pour pouvoir le comparer</p> <p>L'amélioration des connaissances (comparaison des scores) a eu plus de succès chez les pères que chez les mères.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats de l'étude nous montrent que les connaissances des parents à propos du SBS en France restent très pauvres. L'étude confirme qu'un simple court message de prévention comme une brochure peut significativement alerter les parents et améliorer leurs connaissances. En effet, les deux parents ont obtenu de meilleurs scores dans leurs réponses lors du deuxième questionnaire, à 6 semaines post-intervention. Les scores des pères ont plus augmenté que celui des mères. Concernant ces dernières, ce sont les mères qui ont eu leur premier enfant (primipares) qui ont le plus progressé. Celles-ci constituent probablement des cibles prioritaires de la prévention.</p> <p>Les auteurs insistent sur le fait que les connaissances générales restent faibles, avec seulement un tiers des parents qui peuvent répondre de manière appropriée lorsque leur enfant pleure. Contrairement à une étude de Deyo, Skybo et Carroll (2008) qui nous dit que lors du questionnaire de pré intervention, 99% des mères ont des actions de réponses aux pleurs appropriées. Ceci nous ramène au fait que plus de prévention se fait aux Etats-Unis par rapport à la France.</p> <p>Il y a également un autre contraste avec d'autres études : dans la présente étude, un tiers des parents n'avaient jamais entendu parler du SBS alors que dans d'autres études mentionnées, 93-96% des mères connaissent ce syndrome.</p> <p>De plus, il reste un gros effort à fournir pour</p>

	<p>inclure les pères dans les programmes de prévention, de plus qu'ils sont les plus sujets à secouer leur bébé.</p> <p>En conclusion, l'étude souligne des lacunes en termes de connaissances pour les parents à propos des pleurs normaux de l'enfant et du SBS. Les résultats indiquent qu'un message de prévention court et simple accompagné d'une brochure informative est faisable, bien acceptée et appliquée par les parents. Ceci contribue fortement à augmenter les connaissances des parents.</p> <p>Les auteurs nous indiquent 3 limites présentes à cette étude. La première est la taille de l'échantillon, qui est très petite en comparaison avec d'autres études. La deuxième est que le niveau d'éducation des parents était supérieur à celui de la moyenne générale de la population française, ce qui a pu biaiser l'étude. La 3^{ème} est qu'il faudrait pouvoir calculer une baisse de l'incidence du phénomène du bébé secoué pour pouvoir réellement prouver que ce type de programme de prévention est efficace ou non.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs nous disent que de nouvelles recommandations de critères de diagnostic pour le syndrome du bébé secoué furent approuvées par un groupe d'experts français en 2011 et que les professionnels devraient s'y référer en cas de suspicion de SBS.</p> <p>L'objectif par la suite serait d'implanter un programme de prévention nationale qui inclut tous les professionnels de la santé. Le message oral de prévention se fait surtout par les pédiatres lors d'examen de routine de l'enfant ; il faudrait cependant que les infirmières et les sages-femmes mettent en place des interventions de prévention à l'aide de courtes-vidées, brochures, etc.</p>