

**Le syndrome du bébé secoué :
pertinence des programmes de prévention et
impact sur les soins infirmiers**

Une revue de littérature étoffée

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

Par

Baeriswyl Martine et Curty Lara

Promotion 2011-2014

Sous la direction de : Corinne Bulliard

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 30 juin 2014

Résumé

Etat des connaissances : Le syndrome du bébé secoué (SBS) touche 15 à 40 enfants sur 100'000 âgés de moins de douze mois (Barlow & Minns, 2000). Les pleurs du nourrisson et la frustration qu'ils peuvent engendrer sont souvent la cause de cette maltraitance. La prévention du SBS s'est répandue essentiellement en Amérique du Nord à travers plusieurs programmes de prévention dont le but est de diminuer l'incidence de ce syndrome.

Objectifs : Le but de cette revue de littérature étoffée est d'analyser les nouvelles connaissances et les changements de comportements que les programmes de prévention du SBS peuvent apporter aux parents et d'y situer le rôle de l'infirmière¹.

Méthode : Treize recherches scientifiques ont été sélectionnées dans les banques de données PubMed, CINAHL et PsycInfo, selon des critères d'inclusion et d'exclusion préalablement définis. Elles ont été analysées de manière détaillée dans le but de rédiger ce travail. Onze recherches sont quantitatives, une qualitative et une mixte.

Résultats : Les programmes de prévention utilisent différents outils (vidéos, brochures, cartes ou affiches), souvent couplés, pour délivrer leur message et sont, pour la plupart, mis en place dans les maternités. Les infirmières jouent un rôle central dans ces programmes et permettent de renforcer les informations données. Les pères, auteurs principaux de cette maltraitance, sont peu touchés par cette prévention en raison de leur difficulté d'accessibilité ou d'un sentiment d'exclusion ressenti au moment de la naissance de l'enfant, à la maternité. Souvent, les programmes de prévention mettent l'accent sur les pleurs et la frustration qu'ils peuvent engendrer. Après réception du matériel éducatif, les connaissances des parents au sujet des pleurs sont augmentées. Les parents ont souvent partagé les informations reçues (stratégies en cas de frustration) avec d'autres personnes susceptibles de garder leur enfant. Finalement, deux études ont conclu que les programmes de prévention ont un impact sur la diminution des cas de SBS recensés dans une région donnée.

Discussion : Le couplage d'outils ainsi que la présence infirmière permettent d'optimiser le message délivré par les programmes de prévention à la maternité. Une seule

¹ Le terme « infirmière » sera utilisé dans ce travail pour désigner tous les professionnels infirmiers et infirmières sans discrimination de sexe, ceci pour des simplifications de rédaction.

intervention, incluant les deux parents, semble suffisante. En Suisse, un enseignement sur les pleurs et la frustration qu'ils peuvent engendrer peut être un moyen d'aborder le SBS.

Mots-clés : Shaken Baby Syndrom, prevention and control, abusive head trauma, prevention.

Remerciements

Nous tenons à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Corinne Bulliard, qui nous a guidées tout au long de nos réflexions ainsi que durant la rédaction de ce travail. Nous la remercions pour ses conseils, sa disponibilité et son expérience.

Nous remercions également Elisabeth, Aline, Jean-Marie, Julien et Pierre qui ont pris du temps pour la relecture et la correction de ce travail.

Table des matières

Introduction.....	7
1. Formulation de la problématique et de la question de recherche.....	8
1.1. Etat des connaissances et énoncé du problème.....	8
1.2. Question de recherche.....	13
1.3. Intérêt du problème et de la question pour la pratique infirmière.....	13
2. Cadres de référence et concepts.....	15
2.1. Maltraitance infantile.....	15
2.2. Prévention.....	16
3. Méthode.....	19
3.1. Type d'étude (devis).....	19
3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	19
3.3. Banques de données consultées et mots-clés.....	19
3.4. Diagramme de présentation des recherches.....	23
3.5. Démarche d'extraction des données et d'analyse critique.....	24
3.6. Démarche de synthèse narrative.....	25
4. Résultats.....	26
4.1. Types d'outils.....	26
4.1.1. Vidéos.....	28
4.1.2. Brochures.....	30
4.1.3. Cartes.....	31
4.1.4. Affiches.....	31
4.2. Conditions de mise en place des programmes.....	32
4.2.1. Conditions générales	32
4.2.2. Place de l'infirmière dans cette prévention.....	35
4.2.3. Implication des pères.....	36
4.2.4. Coûts de la prévention	37

4.3. Acquisition de nouvelles connaissances.....	38
4.4. Adoption de nouveaux comportements.....	42
4.4.1. Gestion des pleurs et de la frustration.....	42
4.4.2. Partage de l'information.....	45
4.4.3. Valeurs et impacts des signatures demandées aux parents	46
4.5. Impact sur l'incidence du SBS.....	48
5. Discussion	50
5.1. Limites et critiques méthodologiques des articles sélectionnés.....	50
5.1.1. Limites.....	50
5.1.2. Critiques méthodologiques.....	52
5.2. Discussion des résultats et réponse à la question de recherche.....	53
5.2.1. Mise en place des programmes de prévention.....	53
5.2.2. Contenu des programmes de prévention.....	57
5.2.3. Efficacité des programmes de prévention	59
5.3. Mise en lien avec le contexte suisse.....	59
5.3.1. Services à disposition lors d'une naissance	60
5.3.2. Mise en place d'un programme de prévention.....	60
5.4. Implications pour la pratique.....	62
5.4.1. Programme « idéal » de gestion des pleurs et de prévention du SBS.....	62
5.4.2. Rôle infirmier dans la prévention du SBS.....	63
5.5. Implications pour la recherche.....	65
5.6. Limites du travail de Bachelor.....	65
Conclusion	67
Bibliographie.....	69
Annexes.....	74
Annexe A : Déclaration d'authenticité.....	74
Annexe B : Cartes du programme PPPSBS.....	75
Annexe C : Grilles vierges de lecture critique d'un article scientifique.....	78
Annexe D : Grilles de lecture critique des articles scientifiques sélectionnés.....	84

Introduction

Le choix de la thématique de la prévention du syndrome du bébé secoué (SBS) a été fait par intérêt pour la maternité et la maltraitance infantile. Ce sujet, encore peu connu en Suisse, est passablement développé en Amérique du Nord où des programmes spécifiques de prévention ont été mis en place dans des hôpitaux et évalués scientifiquement. Apporter de nouvelles connaissances aux parents au sujet des pleurs et des dangers de secouer ainsi que des stratégies de gestion de ces derniers sont les préoccupations centrales de ces programmes. Le but est de diminuer l'incidence du SBS. L'intérêt de ce travail est de connaître le contenu de ces programmes, leur efficacité et l'impact qu'ils représentent sur les soins infirmiers. Il semble pertinent de s'interroger quant à la possibilité d'instaurer de tels programmes dans les maternités suisses.

La première partie de ce travail comprend une recension des écrits où la thématique du SBS est définie. La question de recherche et les buts du travail sont ensuite exposés. La deuxième partie contient des concepts pertinents permettant de situer la problématique et de comprendre les résultats. La méthodologie de cette revue de littérature étoffée est décrite dans la troisième partie. Par la suite, les principaux résultats sont exposés et catégorisés en vue de répondre à la question de recherche. La dernière partie comprend la discussion où les recherches sélectionnées pour ce travail sont critiquées. Les résultats sont mis en lien avec les concepts choisis et le contexte suisse. Des recommandations pour la pratique infirmière et pour de futurs travaux de recherche ainsi que les limites de ce travail sont aussi présentées.

1. Formulation de la problématique et de la question de recherche

Ce premier chapitre définit le SBS et résume les connaissances existantes sur le sujet. La question de recherche est formulée et son intérêt pour la pratique infirmière est décrit.

1.1. Etat des connaissances et énoncé du problème

Le syndrome du bébé secoué a été décrit pour la première fois en 1971 par le neurochirurgien britannique Guthkelch qui a démontré que certaines hémorragies sous-durales chez les enfants étaient liées au fait de secouer celui-ci (Guthkelch, 1971).

En ce qui concerne l'incidence de ce type de maltraitance, selon Barlow & Minns (2000), 15 à 40 enfants sur 100'000 de moins de un an sont chaque année victimes du SBS ou traumatisme crânien non-accidentel (TCNA). En Suisse, il n'existe pas de données épidémiologiques officielles. Cependant, une étude menée par Fanconi & Lips (2010) estime qu'environ 14 enfants sur 100'000 sont victimes en Suisse du SBS. Les résultats de cette étude ne sont néanmoins pas complètement représentatifs de l'entier du pays, puisque la moitié des cantons n'y ont pas participé, ce qui représente 20% de la population totale. D'autres chiffres issus du rapport annuel de la Swiss Pediatric Surveillance Unit (SPSU) (2011) font état de 50 cas de SBS entre juillet 2002 et juin 2007.

Selon Labbé & Fortin (2004) cités par Stipanivic, Nolin et Fortin (2010),

Le terme « bébé » rappelle que la grande majorité des victimes sont des nourrissons. L'expression « syndrome » désigne l'ensemble des signes et symptômes caractéristiques d'un traumatisme crânien infligé à un bébé, symptômes qui, pris séparément, ne sont pas spécifiques ni résolument diagnostiques. C'est en effet la cooccurrence des signes et symptômes qui les rend diagnostiques. Quant au terme « secoué » il fait appel au mécanisme particulier où des forces d'accélération et de décélération engendrées par le fait de secouer violemment un enfant cause les lésions intracrâniennes. (p.10).

Plus spécifiquement, les lésions les plus souvent causées par le SBS sont les hémorragies sous-durales, l'œdème cérébral et les hémorragies rétiniennes (triade symptomatique). D'autres lésions peuvent apparaître, comme par exemple, des fractures des côtes ou de l'extrémité des os longs, des fractures du crâne et des ecchymoses (Frappier, Fortin & Goulet, 2007). Dans un premier temps, le diagnostic est néanmoins

difficile à poser. Outre la triade symptomatique, l'enfant peut présenter d'autres symptômes, tels que les convulsions, les troubles de la conscience, les vomissements ou encore les apnées, qui peuvent s'apparenter à d'autres maladies (Lips, 2007). De plus, selon Jenny et al. (1999), divers facteurs peuvent influencer la pose du diagnostic. Ceux-ci sont ressortis d'une étude de cas menée entre 1990 et 1995 aux Etats-Unis dont l'objectif était de déterminer le nombre de SBS non-identifié par les professionnels (médecins). Les chercheurs ont analysé les cas de traumatismes crâniens de tous les enfants de moins de trois ans et les ont comparés à des critères préalablement choisis. L'âge du nourrisson est un des facteurs qui influence la pose de diagnostic : l'étude démontre que les enfants chez qui le diagnostic du SBS n'a pas été posé étaient tous plus jeunes que ceux chez qui le SBS a été identifié. La « race » influence également la pose du diagnostic : les parents d'enfants blancs sont moins facilement suspectés que les parents ayant d'autres origines. De plus, selon cette même étude, lorsque les deux parents habitent avec l'enfant, ceux-ci sont également moins suspectés que dans le cas de famille mono-parentale. Ces différents éléments mettent en évidence la difficulté de poser le diagnostic du SBS et expliquent par conséquent le nombre restreint de statistiques scientifiques existant sur ce sujet.

Selon une étude de King, MacKay & Sirnick (2003), sur 364 enfants identifiés comme victimes du SBS, 19% sont décédés suite à ce traumatisme. Seulement 22% des survivants n'ont eu aucune conséquence sur leur développement ou leur santé, alors que 55% ont présenté un déficit neurologique persistant, et 65% ont souffert de problèmes de la vue.

Les chiffres ci-dessus démontrent que la gravité des séquelles du SBS peut entraîner de lourdes conséquences tant sur le bébé que sur l'auteur du secouement. En cas de décès de l'enfant, un « secoueur de bébé » s'expose à une poursuite pénale au sens de l'article 117 du Code Pénal Suisse : homicide par négligence pouvant induire une peine maximale de trois ans d'emprisonnement ou condamnation à une amende. Suivant les raisons qui poussent l'auteur à agir, il pourrait même être accusé de meurtre (article 111 du Code Pénal ; emprisonnement de cinq ans au moins). Si l'enfant survit, le jugement s'appliquera en fonction des lésions corporelles de ce dernier (articles 122, 123, 125, 126 et 127 du Code Pénal).

Cette étude de King et al. (2003) démontre que la moyenne d'âge des bébés secoués est de 4,6 mois et 56% d'entre eux sont des garçons. Quant à l'auteur du traumatisme, le père biologique est le plus souvent identifié suivi par le beau-père et la mère biologique de l'enfant. Selon Carbaugh (2004) cité par Walls (2006), la baby-sitter ou d'autres « donneurs de soins » de l'enfant peuvent également être susceptibles de secouer ce dernier. Les caractéristiques les plus souvent rencontrées chez les auteurs du SBS regroupent plusieurs éléments comme le genre masculin, le stress physique et psychologique, une maladie mentale passée ou actuelle, un abus de substance ou encore la présence de violence domestique. Concernant le bébé, certains facteurs augmentent le risque d'être victime du SBS : genre masculin, pleurs inconsolables, coliques, prématurité, caractère difficile et présence de besoins médicaux spéciaux (Carbaugh, 2004 cité par Walls, 2006).

Les pleurs inconsolables d'un bébé sont les causes principales qui poussent une personne à secouer un bébé (Barr, Trent & Cross, 2006). Selon Frappier et al. (2007), face à ces cris persistants, « la personne se questionne, éprouve de l'impuissance, puis de l'irritation. La colère monte et peut mener à une perte de contrôle puis dégénérer en violence. » (p.2). Ces auteurs décrivent également les facteurs menant au SBS : les parents ont souvent peu de connaissances liées aux pleurs des bébés et aux dangers de secouer un nourrisson. De plus, la majorité d'entre eux manquent de stratégies de gestion de leur colère.

Au vu de la difficulté à poser un diagnostic et de la gravité des conséquences que peut avoir le SBS sur un enfant et également sur ses parents, la prévention paraît un moyen pertinent pour limiter l'incidence de ce syndrome. Divers programmes de prévention ont déjà été développés, principalement aux Etats-Unis et au Canada. Plusieurs hypothèses peuvent être émises à ce sujet : la présence de programmes de prévention dans ces pays est-elle due à l'avancée importante des sciences médicales et communautaires dans cette région du monde ? Les moyens financiers pour la recherche et pour la mise en place de ce type de programmes de prévention sont-ils plus importants qu'en Suisse ? La durée de séjour post-partum ne rentre, quant à elle, probablement pas en compte quant à l'instauration de programmes de prévention dans les maternités. En effet, la durée de séjour moyenne en maternité au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Sainte-Justine (Canada) est d'environ 48 heures lors d'accouchement par voie basse et entre trois et quatre jours lors d'une césarienne (Centre Hospitalier Universitaire Sainte-

Justine [CHU-Sainte-Justine], 2009). En Suisse, selon l'Office Fédérale de la Statistique (OFS, 2012), une femme reste hospitalisée en moyenne 4,6 jours pour un accouchement par voie basse et en moyenne 6,1 jours lors d'une césarienne. Au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), en 2014, la durée moyenne d'hospitalisation lors d'accouchement physiologique est de trois à quatre jours et de quatre à cinq jours en cas de césarienne (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV], 2014).

Cinq programmes de prévention du SBS développés en Amérique du Nord sont décrits et résumés par Stipanovic et al. (2010) :

- « Don't shake the Baby » (Showers, Franklin Country, Ohio, Etats-Unis, 1992)
- « Shaken Baby Syndrom Education Program » (Dias et Barthauer, New York, New Jersey, Pennsylvanie, 2002)
- « Shaken Baby Syndrom Education Program » repris par Herman (Utah, Etats-Unis, 2002)
- Programme périnatal de prévention du Syndrome du bébé secoué (PPPSBS) (CHU Sainte-Justine, Québec, Canada, 2003)
- « The period of PURPLE Crying » (National Center of Shaken Baby Syndrom, Canada, 2009).

Ces cinq programmes sont enseignés aux parents par une infirmière lors du séjour post-partum immédiat. Des informations concernant le SBS et le danger de secouer un bébé sont présentes dans ces cinq outils. De plus, à l'exception du programme de Dias et Barthauer (« Shaken Baby Syndrom Education Program »), des explications sur les pleurs du bébé sont également données ainsi que des stratégies pour y faire face lorsque ceux-ci sont incessants. Plus spécifiquement, la gestion de la colère provoquée par les pleurs du bébé est abordée dans le PPPSBS du CHU Sainte-Justine. Les projets de Dias et Barthauer, d'Herman et du « National Center of Shaken Baby Syndrom » encouragent les parents à partager les informations reçues à toutes les personnes susceptibles de prendre soin de leur enfant. Finalement, ces programmes sont enseignés non seulement à travers des discussions entre l'infirmière et les parents mais également à l'aide de supports écrits (fiches informatives et affiches notamment) ou de vidéos (Stipanovic et al., 2010).

Ces différents programmes ont fait l'objet d'une évaluation scientifique. Les résultats de ces analyses sont présentés dans le chapitre 4 « Résultats ».

Par rapport au moment où se déroule la prévention, ces cinq programmes de prévention axent leur action durant la période post-partum immédiate (Stipanivic et al., 2010). Les jours suivants une naissance sont pourtant riches en émotions et en nouveaux apprentissages et un accouchement a toujours un impact physique important. Les parents sont-ils alors réceptifs à ce type de prévention ? Peuvent-ils intégrer les informations qui leur sont données ? Ce moment est-il choisi afin d'atteindre une grande population de nouveaux parents ? Selon Goulet et al. (2009), les pleurs des nouveau-nés augmentent au cours des deux premiers mois de vie, avec un pic à la sixième semaine. Ils diminuent ensuite entre le quatrième et le sixième mois. De ce fait, la période post-partum immédiate permettrait-elle d'agir le plus rapidement possible afin de prévenir le SBS ? En effet, selon Barr et al. (2006), il existe un lien direct entre la courbe normale des pleurs et la fréquence des hospitalisations dues au SBS. L'enseignement uniquement durant la période post-partum immédiate est-il néanmoins suffisant ? La prévention ne devrait-elle pas se poursuivre par exemple à domicile, durant les premiers mois de vie du nourrisson ?

Les divers programmes décrits ci-dessus n'ont pas été développés dans les maternités de Suisse. Néanmoins, de nombreuses documentations existent, notamment en ce qui concerne les pleurs du bébé. La prévention du SBS est une préoccupation de la fondation suisse « Enfance et Violence ». Cette fondation a pour but « d'apporter un soutien financier à des personnes et à des institutions qui s'occupent de prévenir, détecter et combattre les maltraitances infantiles de même que de conseiller, encadrer et soigner les enfants maltraités et leurs familles. » (Fondation Enfance et Violence, s.d.). Elle a édité un prospectus au sujet du SBS : « Au secours ! Mon bébé ne cesse pas de crier. » qui décrit les méfaits de secouer un enfant, donne des indications sur les pleurs et propose des pistes aux parents en cas de pleurs incessants. Cette brochure est notamment distribuée par les infirmières ou les sages-femmes dans certaines maternités suisses comme celle de l'Hôpital Fribourgeois (HFR) ; les infirmières la commentent selon la demande des parents. La fondation « Enfance et Violence », qui a traduit sa brochure de prévention du SBS dans diverses langues (français, allemand et italien), l'a également mise à disposition des clients dans certaines pharmacies suisses ou encore dans des maisons de naissance. Cependant, aucune recherche scientifique n'a évalué

l'impact réel de ce type de prévention.

Une autre association, « Mon bébé pleure », a été fondée en Suisse alémanique en 2005. Le site internet de l'association se focalise essentiellement sur la problématique des bébés qui pleurent beaucoup (« bébé crieur »). Des explications sur les pleurs sont données, tout comme des causes possibles à ces derniers ainsi que des stratégies pour y faire face. Seul un article de ce site internet évoque la problématique du SBS (Association « Mon bébé pleure », 2012).

En conclusion, en Suisse, il existe des associations et de nombreux documents traitants essentiellement des pleurs du nourrisson. Cependant, aucun programme spécifique de prévention lié au SBS n'existe. Au contraire des programmes de prévention américains qui ciblent principalement tous les parents de nouveau-nés en maternité, ces brochures ou autres articles ne visent pas une population précise. Ils fournissent des informations mais leur questionnement n'est pas aussi approfondi que celui des programmes de prévention.

1.2. Question de recherche

La majorité des programmes de prévention du SBS existants au Canada ou aux États-Unis focalise leur action durant la période post-partum immédiate. L'infirmière en maternité y a, par conséquent, un rôle important. Ceci nous amène à nous poser, pour notre travail de Bachelor Thesis, la question de recherche suivante :

Comment et à quelles conditions la prévention du SBS par les infirmières en maternité peut favoriser ou non l'acquisition de nouvelles connaissances au sujet du SBS et l'adoption de comportements adaptés par les parents, en lien avec les pleurs, la gestion de la colère et les dangers de secouer un bébé ?

1.3. Intérêt du problème et de la question pour la pratique infirmière

Cette revue de littérature étoffée a pour but de comprendre comment et à quelles conditions la prévention du SBS par les infirmières en maternité permet ou non l'acquisition de nouvelles connaissances au sujet du SBS et l'adoption de comportements adaptés par les parents de nouveau-nés.

Cette prévention est-elle réellement évaluable dans la pratique ? Dans les diverses lectures effectuées pour ce travail, les chercheurs utilisent différents moyens pour évaluer un programme de prévention implanté. Par exemple, quelques mois après la naissance de leur enfant, des appels téléphoniques sont effectués auprès des parents ayant reçu une information de prévention du SBS lors du séjour post-partum. Leurs connaissances au sujet de cette maltraitance sont évaluées et des informations concernant leur comportement en cas de pleurs incessants leurs sont demandées. La fiabilité de ce mode d'évaluation est néanmoins à démontrer, puisque l'évaluation se fait à distance des parents et qu'elle se base uniquement sur leurs dires. Les analyses de la courbe de l'incidence du SBS constituent également un outil d'évaluation quant à l'efficacité de la prévention de ce syndrome, bien qu'un rapport de cause à effet direct entre l'implantation d'un mode de prévention et une diminution de l'incidence est difficile à démontrer, notamment en lien avec les difficultés à diagnostiquer les enfants victimes de SBS. Un dernier moyen d'évaluation peut être instauré auprès des infirmières responsables de donner les informations de prévention aux parents. Quelles sont leurs connaissances réelles au sujet du SBS ? Quelles impressions retirent-elles de ses expériences auprès des parents, en lien avec leur action de prévention ?

L'objectif de ce travail est également de se questionner sur la possibilité d'implanter des programmes de prévention du SBS dans les maternités suisses. Il s'agit également d'identifier les enjeux et les besoins des infirmières concernées par cette implantation.

Le sujet de la prévention du SBS a non seulement été choisi par intérêt personnel mais il s'agit également de promouvoir et de renforcer la sensibilité des professionnels travaillant en maternité concernant ce syndrome et ce type de prévention.

Ce travail nous permettra d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences en lien avec le sujet choisi mais également en lien avec la recherche scientifique en soins infirmiers. Ces nouveaux apprentissages nous serviront dans nos futures pratiques infirmières.

2. Cadres de référence et concepts

Les deux cadres de référence choisis sont la maltraitance infantile et la prévention. Le but est de définir ces deux termes et d'y situer la problématique du SBS.

2.1. Maltraitance infantile

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2010),

La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitements négligents, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes.

La définition de l'OMS se retrouve dans celle de Rey, Bader-Meunier & Epelbaum (2001) qui classent les maltraitements infantiles comme suit :

- Les mauvais traitements physiques parmi lesquels le SBS est classé.
- Les carences et négligences qui correspondent à la « non-satisfaction des besoins physiologiques (sommeil, alimentation,...) et/ou affectifs (amour parental, protection face au danger) de l'enfant » (Rey et al., 2001, p.35).
- Les sévices psychologiques qui regroupent notamment les humiliations verbales et non verbales, les menaces, les marginalisations ou encore les exigences excessives demandées à l'enfant. (Rey et al., 2001).
- Les abus sexuels.
- Le syndrome de Münchhausen par procuration que Rey et al. (2001) définissent comme « une forme particulière de maltraitance dans laquelle un parent, (...) invente ou provoque délibérément chez son enfant des symptômes ou des maladies, parfois très sévères. » (p.63).

Dans la maltraitance, la fonction d'éducation de l'enfant par l'adulte est transgressée. En effet, De Béchillon (2009) souligne l'idée de l'« emprise de l'auteur sur l'enfant » (p.32) et donc du rapport de force entre la victime et son auteur. D'après le même auteur, la notion de maltraitance n'est pas juridiquement définie. Où la limite se situe-

elle ? Une claque sur les fesses est-elle le début de la maltraitance ? Ce concept dépend ainsi des circonstances, des mœurs de chaque société et de l'intention des auteurs de violence. Les conséquences induites par la maltraitance sont également à prendre en compte. D'après l'OMS (2010), la maltraitance peut avoir des conséquences à long terme tant pour les victimes que pour les auteurs de préjudices. Engendrant un stress, la maltraitance met également en jeu l'aspect psychologique de la victime et peut avoir des conséquences sur le développement des enfants. Les coûts économiques, liés notamment aux hospitalisations engendrées par les actes de maltraitance, s'ajoutent aux préjudices psychiques et physiques.

Le SBS se classe dans les maltraitances dites « physiques » puisqu'il résulte de l'action de secouer physiquement un enfant. Les conséquences pour l'enfant peuvent être le décès mais également un dysfonctionnement dans leur développement ou encore un déficit neurologique (King et al., 2003), comme évoqué précédemment. Ce type de maltraitance est souvent le résultat d'un débordement de colère de la part d'un parent ou d'une personne prenant soin d'un nourrisson. Par la suite, l'auteur du SBS ressent une énorme culpabilité. Le SBS peut-il ainsi se différencier des autres maltraitances physiques ? Un parent violent ou battant son enfant à plusieurs reprises ressent-il également de la culpabilité ?

Les différents types de maltraitance infantile, et notamment le SBS, sont souvent difficiles à identifier. Par conséquent, d'importants dispositifs de prévention ont été élaborés dans divers pays depuis près de vingt ans, dans le but de diminuer l'incidence de ces violences (De Béchillon, 2009).

2.2. Prévention

Selon l'OMS (1999), la prévention se définit comme « 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). Il existe trois paliers de la prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire visent à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple. (OMS, 1999, p.4)

Plus spécifiquement, la prévention primaire (ou promotion de la santé) s'adresse à tout public, sans distinction. Elle peut se faire de différentes manières, telles des campagnes d'informations à la radio ou à la télévision, des conférences, des démonstrations ou encore des dépliants d'informations. Cependant, ces campagnes sont souvent coûteuses et il est difficile de mesurer leur réel impact sur la population (Stipanivic et al., 2010).

Stipanivic et al. (2010) sont des auteurs qui se sont spécifiquement intéressés à la prévention du SBS. Ils donnent l'exemple d'une campagne radiophonique américaine qui a permis une diminution de l'incidence du SBS dans la région, et ce jusqu'à trois mois après cette campagne.

Dans ce projet, toutes les stations de radio de cette région diffusaient au même moment un court message dans lequel on entendait les pleurs d'un bébé, les paroles d'un parent en besoin d'aide et enfin des informations relatives aux dangers de secouer un bébé. (Stipanivic et al., 2010, p.175.).

La prévention secondaire, quant à elle, s'adresse à un public cible qui possède certains facteurs de risque. Stipanivic et al. (2010) proposent à nouveau un exemple en lien avec le SBS pour illustrer ce type de prévention. En effet, un projet visant des jeunes familles de 18 à 35 ans vivant dans les communautés autochtones Wendake a été réalisé, dans lequel les personnes visées ont reçu un dépliant d'information et une affiche sur le SBS ainsi qu'une éducation aux pleurs, au SBS et aux dangers de perte de contrôle. Est-ce qu'une telle prévention serait envisageable en Suisse ? De qui serait constitué le groupe cible ? Tous les nouveaux parents ? Ou le groupe cible serait-il choisi en fonction de facteurs de risque préalablement définis (parent de genre masculin, ayant vécu un stress physique et psychologique, ayant une maladie mentale passée ou actuelle, abusant ou ayant abusé de substance ou encore vivant dans un contexte de violence domestique) ?

Pour finir, la prévention tertiaire peut aussi se faire pour le SBS. Stipanivic et al. (2010) donnent l'exemple de familles étant déjà en contact avec des services d'aides spécifiques (service de protection de l'enfance ou services sociaux par exemple) qui peuvent tout à fait recevoir une prévention sur le SBS.

La prévention du SBS est assez nouvelle et le contexte dans lequel un tel syndrome peut survenir commence à être connu grâce à diverses études réalisées sur ce sujet.

Ainsi, les nouvelles connaissances quant au rôle des pleurs du nourrisson comme déclencheur du SBS et quant à l'émotion de la colère et aux stratégies de gestion de cette dernière sont des facteurs sur lesquels les programmes de

prévention à la naissance se sont appuyés. (Stipanivic et al., 2010, p.178).

Les recherches effectuées sur l'effet des différents programmes de prévention décrits plus haut dans ce travail montrent qu'une prévention aux parents lors de la naissance de leur enfant est réalisable et semble efficace. En effet, un très grand nombre de parents préconisent que tous les parents reçoivent une telle information et ces études ont aussi montré que beaucoup ont accru leurs connaissances sur les pleurs et le SBS (Stipanivic et al., 2010).

Cependant, il ne faut pas oublier que la prévention reste complexe. En effet, pour changer un comportement, il ne suffit pas de s'appuyer sur les connaissances, mais il faut aussi « agir sur plusieurs composantes (...) : les attitudes, l'environnement, le soutien social, le stress, et ce, de façon répétée au cours du continuum de soins et de services. » (Stipanivic et al., 2010. p.179). Ce continuum de soins et de services reste un challenge pour les programmes de prévention actuels qui doivent encore faire le lien entre les interventions en période post-natale immédiate et les services à domicile. Cela permettrait de réaliser une prévention optimale et ainsi de réduire au mieux l'incidence du SBS (Stipanivic et al., 2010).

3. Méthode

Dans ce chapitre, le devis de recherche est tout d'abord défini. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont ensuite mentionnés. La démarche ayant permis la sélection des articles est finalement expliquée.

3.1. Type d'étude (devis)

Ce travail est une revue de littérature étoffée. Selon Loisel et Profetto-McGrath (2007), ce type de recherche a pour but de faire le point sur l'état des connaissances à propos d'un problème de recherche choisi et ainsi de développer ses connaissances sur ce sujet. Les infirmières utilisant ce type de recherche peuvent ainsi évaluer les pratiques qu'elles utilisent et développer un esprit critique de leur travail.

3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour la rédaction de ce travail de Bachelor, les critères d'inclusion des articles qui sont sélectionnés sont les suivants :

- Les articles scientifiques présentant une méthodologie conforme aux normes de l'Evidence Base Nursing (EBN).
- Les articles publiés durant les dix dernières années.
- Les articles de langue française, anglaise et allemande.
- Les articles traitant de la prévention du SBS.
- Les articles disponibles en textes intégraux sur les moteurs de recherche.

Certains articles seront exclus selon les critères suivants :

- Les articles publiés avant l'année 2004.
- Les articles ne traitant pas de la prévention du SBS.
- Les articles n'étant pas des textes scientifiques.

3.3. Banques de données consultées et mots-clés

Pour cette revue de littérature, les recherches utilisées proviennent des banques de données PubMed, CINAHL et PsycInfo. Certaines associations de mots-clés n'ont pas permis de trouver d'articles. Dans le moteur de recherche PubMed, les associations de

mots-mesh suivantes n'ont donné aucun résultat :

- « shaken baby syndrome », « prevention and control », « social conditions »
- « program evaluation », « accident prevention », « shaken baby syndrome »
- « primary prevention », « geographic information systems », « shaken baby syndrome »

Dans le moteur de recherche CINAHL, les associations de mots-clés suivantes n'ont donné aucun résultat :

- « program evaluation », « accident prevention », « shaken baby syndrome »
- « abusive head trauma », « emotions », « regulation »
- « abusive head trauma », « primary prevention »

D'autres associations ont permis de trouver un certain nombre d'articles qui n'ont pas été sélectionnés pour cette revue de littérature. Dans le moteur de recherche PubMed :

- « patient education as topic », « crying » : 8 articles trouvés, 0 retenu
- « accident prevention », « head injury, closed » : 37 articles trouvés, 0 retenu
- « education », « shaken baby syndrome » : 8 articles trouvés, 0 retenu
- « crying », « behavior », « parents » : 100 articles trouvés, 0 retenu
- « primary prevention », « shaken baby syndrome » : 6 articles trouvés, 0 retenu

Dans le moteur de recherche CINAHL :

- « shaken baby syndrome » : 80 articles trouvés, 0 retenu
- « shaken baby syndrome », « primary prevention » : 2 articles trouvés, 0 retenu
- « accident prevention », « head injuries » : 1 article trouvé, 0 retenu
- « shaken baby syndrome », « coping » : 2 articles trouvés, 0 retenu

Les associations de mots-clés ayant permis de sélectionner des articles sont résumées dans les tableaux ci-dessous.

Base de données	PubMed
Mots-clés	« shaken baby syndrome », « prevention and control »
Nombre d'articles trouvés	63
Référence des recherches sélectionnées	<ul style="list-style-type: none"> 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. <i>Pediatrics</i>, 128(5), 1164-1172. Barr, R.G., Barr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N. & Brant, R. (2009a). Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. <i>Canadian Medical Association</i>, 180(7), 727-33. Barr, R.G., Rivara, F.P., Barr, M., Cummings, P., Taylor, J., Lengua, L.J., & Meredith-Benitz, E. (2009b). Effectiveness of Educational Materials Designed to Change Knowledge and Behaviors Regarding Crying and Shaken-Baby Syndrome in Mothers of Newborns : A Randomized, Controlled Trial. <i>PEDIATRICS</i>, 123(3), 972-980. Bechtel, K., Le, K., Martin, K.D., Shah, N., Leventhal, J.M. & Colson, E. (2011). Impact of an Educational Intervention on Caregivers' Beliefs About Infant Crying and Knowledge of Shaken Baby Syndrome. <i>ACADEMIC PEDIATRICS</i>, 11(6), 481-486. Coles L. & et Collins L. (2009). Including fathers in preventing non-accidental head injury. <i>Community Practitioner</i>, 82(4), 20-23.

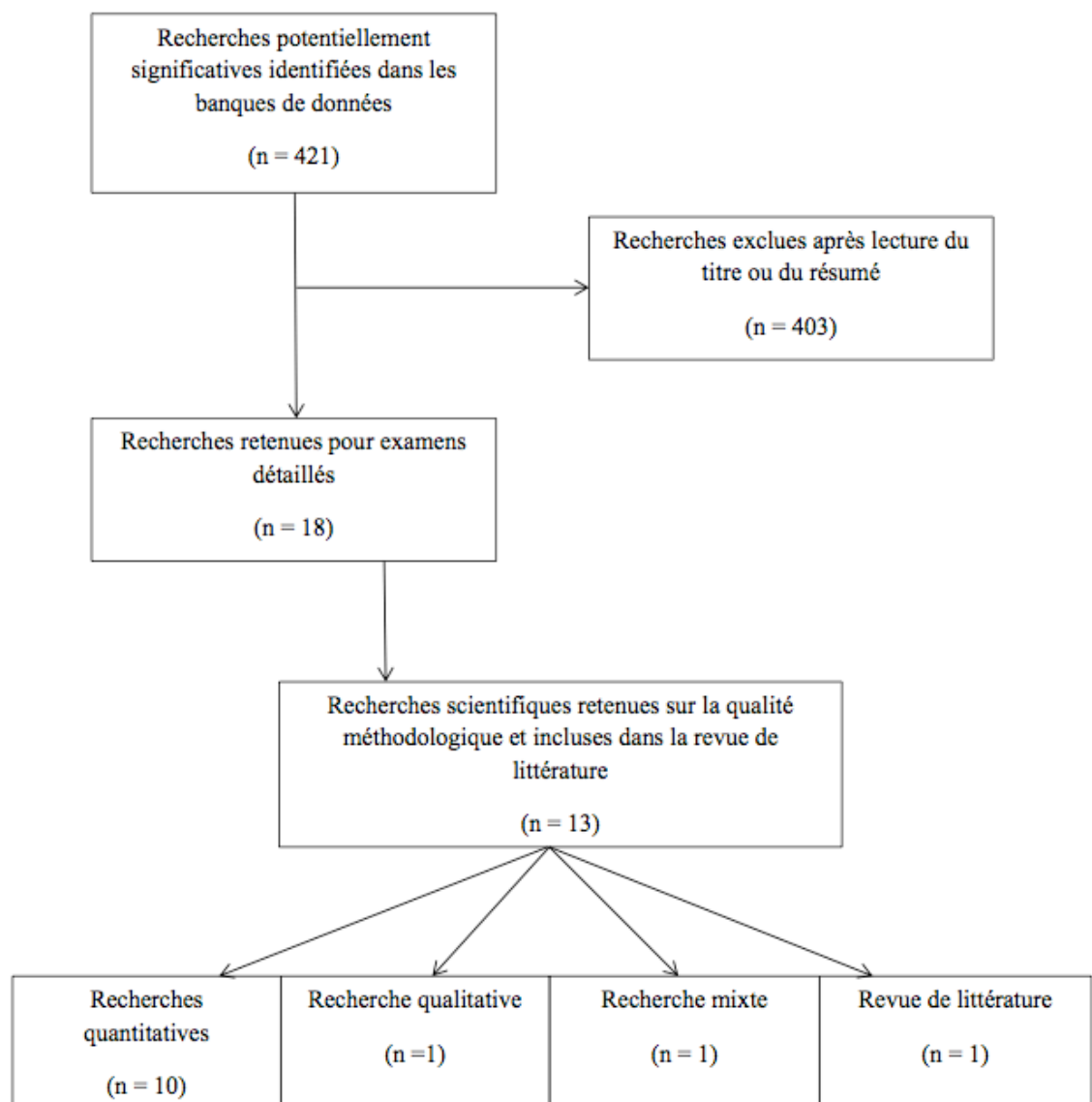
- Deyo, G., Skybo, T., Carroll, A. (2008) **Secondary analysis of the “Love Me... Never Shake Me” SBS education program.** *Child Abuse & Neglect*, 32, 1017–1025.
- Dias, M.S., Smith, K., deGuehery, K., Mazur, P., Li, V. & Shaffer, M.L. (2005). **Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children : A Hospital-Based, Parent Education Program.** *PEDIATRICS*, 115(4), 470-477.
- Fujiwara, T., Yamada, F., Okuyama, M., Kamimaki, I., Shikoro, N., Barr, R.D. (2012). **Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome : a replication of a randomized controlled trial in Japan.** *Child Abuse & Neglect*, 36, 613-620.
- Goulet, C., Frappier, J.-Y., Fortin, S., Déziel, L., Lampron, A. & Boulanger, M. (2009). **Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program.** *The association of Womens’s Health, Obstetric ans Neonatal Nurses*, 38(1), 7-21.
- Keenan, H.T. & Leventhal, J.M. (2010). **A Case-Control Study to Evaluate Utah’s Shaken Baby Prevention Program.** *ACADEMIC PEDIATRICS*, 10(6), 389–394.
- Russell, 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.

Base de données	CINHAL
Mots-clés	« shaken baby syndrome », « prevention and control »
Nombre d'articles trouvés	37
Référence de la recherche sélectionnée	<ul style="list-style-type: none"> • Russell, B.S., Alpert, L. & Trudeau, J.J. (2009). Child Abuse Prevention During Infancy : Intervention Implications for Caregivers' Attitudes Toward Emotion Regulation. <i>Journal of Human Behavior in the Social Environment</i>, 19, 540-553.

Base de données	PsycInfo
Mots-clés	« abusive head trauma », « prevention »
Nombre d'articles trouvés	77
Référence de la recherche sélectionnée	<ul style="list-style-type: none"> • Smith. T.K., Duggan, A., Bair-Merritt, M.H. & Cox, G. (2012). Systematic Review of Fathers' Involvement in Programmes for the Primary Prevention of Child Maltreatment. <i>Child Abuse Review</i>, 21, 237–254.

3.4. Diagramme de présentation des recherches

Les recherches initiales d'articles donnaient 421 articles. La lecture des titres des articles a permis une première sélection. La majorité des articles exclus traitaient du SBS, mais pas spécifiquement de la prévention de celui-ci. Dix-huit articles ont fait l'objet d'une analyse plus détaillée comprenant la lecture du résumé voire la lecture de l'article. Au final, treize articles ont été retenus pour rédiger ce travail. Le diagramme suivant résume ce processus de recherche.



3.5. Démarche d'extraction des données et d'analyse critique

Les articles sélectionnés pour le travail de Bachelor Thesis ont été analysés à l'aide des grilles de lecture critique d'un article scientifique de Loisel et Profetto McGrath (2007) (annexe C). Elles ont permis de justifier l'éligibilité de chaque recherche en mettant en évidence la question de recherche, le devis, la population, la collecte des données, l'analyse des résultats et la discussion.

3.6. Démarche de synthèse narrative

Les articles choisis pour le Bachelor Thesis ont été lus, puis leurs résultats ont été synthétisés et regroupés par thèmes : les types d'outils utilisés, les conditions dans lesquelles les programmes sont mis en place, l'acquisition de nouvelles connaissances, l'adoption de nouveaux comportements et l'impact des programmes sur l'incidence du SBS. Le but est de mettre en lien les différents articles en soulignant leurs divergences et leurs similitudes. A partir des résultats obtenus, le chapitre discussion présente l'impact d'une telle prévention sur les soins infirmiers.

4. Résultats

4.1. Types d'outils

Les programmes de prévention du SBS utilisent différents outils pour prévenir ce type de maltraitance auprès des parents. Dans les recherches sélectionnées, les outils répertoriés sont les suivants : vidéos, brochures, cartes et affiches. Ils sont souvent couplés afin d'optimiser l'impact du message délivré. Les résultats des recherches n'évaluent pas toujours les outils en tant que tels, mais rapportent souvent l'effet général obtenu par la délivrance du programme. Le tableau de la page suivante résume les outils utilisés par chaque programme ainsi que la présence ou non d'un professionnel lors du programme.

Programme	Outils	Présence d'un professionnel
L'initiative préventive du SBS de la vallée de Hudson (Altman R.L., Canter J., Patrick P.A., et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Brochure - Vidéo 	Oui (infirmière)
« Take 5 Safety Plan for Crying », Connecticut (Bechtel K., Le K., Martin K.D., et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Brochure (informations incluses dans le guide de sortie de la maternité) 	Oui (infirmière)
Programme de prévention du SBS de l'Utah (Keenan H.T. & Leventhal J.M., 2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Vidéos « Elijah's Story » et « Portrait of Promise » - Brochures - Aimants - Affiches 	Oui (infirmière)
« Period of PURPLE Crying », Vancouver (Barr R.G., Barr M., Fujiwara T., et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Brochure - Vidéo 	Non
« Period of PURPLE Crying », Seattle (Barr R.G., Rivara F.P., Barr M., et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Brochure - Vidéo 	Non
« Period of PURPLE Crying », Japon (Fujiwara T., Yamada F., Okuyama M., et al., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Brochure - Vidéo 	Non
« Perinatal Shaken Baby Syndrome Prevention Program », Québec (Goulet C., Frappier J.-Y., Fortin S., et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Cartes 	Oui (infirmière)
« Love Me...Never Shake Me », Ohio (Deyo G., Skybo T. & Carroll A., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Vidéo « Portrait of Promise » - Matériel éducatif (non spécifié) - Sac-cadeau contenant une brochure, une bavette et un aimant 	Oui (infirmière)
Programme pilote d'éducation des parents en milieu hospitalier, New York (Dias M.S., Smith K., deGuehery K., et al., 2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Brochure « Prevent Shaken Baby Syndrome » - Vidéo « Portrait of Promise » - Affiches 	Oui (infirmière)

L'étude longitudinale de Russel, Trudeau et Britner (2008) suggère, parmi plusieurs hypothèses, que le type de matériel utilisé dans une intervention influence la rétention de l'information (autres hypothèses : les attitudes des personnes s'occupant d'un bébé changent plus rapidement après la présentation d'un matériel d'intervention que celles qui ne s'occupent pas d'un enfant ; une intervention unique peut promouvoir un changement d'attitude). Les chercheurs ont utilisé deux vidéos ainsi qu'une brochure (« Never, Never Shake a Baby ») afin d'évaluer l'efficacité de ces outils. La première vidéo (« Shaking, Hitting, Spanking : What To Do Instead ») propose des techniques de coping en cas de pleurs inconsolables, la seconde (« Portrait of Promise ») résume brièvement les mêmes éléments et comprend en plus des témoignages de parents dont l'enfant a été secoué. Selon les résultats de l'étude, la vidéo contenant les stratégies de coping a été la plus appréciée des parents, suivie par l'autre vidéo, et en dernier lieu la brochure. De plus, une intervention vidéo favorise plus le changement que l'utilisation d'une brochure uniquement. Selon les mêmes auteurs, le type de matériel éducatif délivré aux participants est une variable importante à prendre en compte pour favoriser un changement positif de comportement concernant des stratégies pour apaiser son enfant.

4.1.1. Vidéos

La vidéo est l'un des moyens qu'emploient plusieurs programmes, comme par exemple l'initiative préventive de la vallée de Hudson (Altman et al., 2011). Dans ce programme, en plus d'une brochure distribuée, une vidéo de huit minutes sur la thématique a été montrée aux parents à la maternité. Au moment de l'intervention, les parents ont rempli un questionnaire concernant l'utilité des informations délivrées dans la vidéo, à l'aide de cinq items allant de « extrêmement aidant » à « pas du tout aidant ». Pour 73,1% d'entre eux, la vidéo était « extrêmement aidante » ou « très aidante ». Six mois après la naissance de leur enfant, les parents ont été contactés et sollicités pour répondre à un second questionnaire du même type. A ce moment-là, 97,8% d'entre eux se souvenaient spécifiquement avoir visionné la vidéo. Le couplage de la vidéo et de la brochure n'a pas été évalué (Altman et al., 2011).

Une étude de cas-témoin, dont le but est d'évaluer l'utilisation d'une vidéo éducative pour prévenir le SBS, compare deux vidéos de prévention du SBS (« Elijah's Story » et « Portrait of Promise ») avec une vidéo de prévention des blessures par accident de voiture. Les deux reportages du matériel d'intervention contiennent des témoignages de

parents dont l'enfant a été victime du SBS, des messages de prévention tels que laisser son enfant dans un endroit sûr et s'éloigner un moment, et expliquent brièvement le mécanisme du SBS (Dewey, S.d. ; The Hudson Valley Shaken Baby Prevention Initiative, S.d.). La vidéo « Portrait of Promise » a été créée par une clinique pour enfants dans le Minnesota en 1995, et celle d'« Elijah's Story » a été réalisée par le centre national du SBS de l'Utah en 2000 (Keenan et Leventhal, 2010). La vidéo concernant les accidents de voiture explique aux parents comment attacher leur enfant de manière à éviter une blessure crânienne en cas d'accident. Le but de la recherche est de définir l'influence du visionnement d'une vidéo sur l'incidence du SBS, en comparant deux éléments (accident de voiture et SBS) qui sont susceptibles de provoquer des blessures similaires chez un enfant. Les chercheurs ont conclu que la vidéo sur le SBS n'était pas statistiquement associée à une diminution des cas de traumatismes crâniens non-accidentels (Keenan & Leventhal, 2010).

Le programme « Period of PURPLE Crying », créé par le « National Center of Shaken Baby Syndrom » au Canada en 2009, est évalué dans trois essais cliniques randomisés (RCT) sélectionnés pour ce travail (Barr et al., 2009a ; Barr et al., 2009b ; Fujiwara et al., 2012). Ce programme utilise également, entre autre, une vidéo de douze minutes comme matériel éducatif. Les résultats des RCT réalisés à Seattle et à Vancouver ne décrivent pas l'influence directe de la vidéo sur les parents mais relatent l'acquisition de nouvelles connaissances ainsi que de nouveaux comportements en lien avec la réception du matériel éducatif entier (vidéo et brochure) (Barr et al., 2009b ; Barr et al., 2009a). Concernant la recherche menée au Japon, les mères du groupe d'intervention qui ont visionné le DVD montrent des connaissances plus élevées concernant les pleurs que les mères du groupe contrôle, alors qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes dans le cas où les mères du groupe d'intervention n'ont pas regardé le DVD (Fujiwara et al., 2012).

Le programme « Love Me...Never Shake Me » évalué par Deyo, Skybo & Carroll (2008) contient lui aussi notamment une vidéo, « Portrait of Promise », déjà décrite ci-dessus. A nouveau, les résultats montrent une augmentation des connaissances qui ne peut néanmoins pas directement être assimilée à la vidéo uniquement.

Pour finir, la campagne d'éducation des parents entreprise dans la région de New York et évaluée par Dias et al. (2005) contient une vidéo (« Portrait of Promise »), mais seul

moins de deux tiers des hôpitaux participants à l'étude ont proposé son visionnement. Par conséquent, lors de l'enquête de suivie qui a eu lieu sept mois après l'intervention, seul 23% des parents se souvenaient avoir vu la vidéo.

4.1.2. Brochures

La brochure est un second outil couramment utilisé dans les programmes de prévention. Dans l'initiative préventive de la vallée de Hudson (Altman et al., 2011), les infirmières de la maternité sont chargées de donner aux parents une brochure expliquant le SBS et comment le prévenir. L'utilité de la brochure n'a pas été individuellement analysée. Les résultats de cette recherche tiennent compte de l'entier de l'initiative, tout comme dans l'évaluation du programme « Love Me...Never Shake Me » où les parents reçoivent, entre autre, des brochures éducationnelles sur le SBS et les pleurs (Deyo et al., 2008).

En ce qui concerne le programme « Period of PURPLE Crying », une brochure d'information de onze pages sur les pleurs et leurs caractéristiques spécifiques en lien avec le développement du bébé accompagne la vidéo délivrée aux parents dans les trois lieux d'intervention. Les résultats des RCT de Vancouver et de Seattle montrent un effet bénéfique du matériel sur les connaissances des mères qui ont regardé la vidéo, lu le matériel, ou les deux, mais les deux outils ne sont pas spécifiquement différenciés (Barr et al., 2009a ; Barr et al., 2009b). Les résultats décrits dans le RCT du Japon sont liés à l'entier du matériel utilisé et ne montrent pas les effets précis de la brochure sur l'acquisition de nouvelles connaissances (Fujiwara et al., 2012).

Dias et al. (2005) ont évalué le programme pilote d'éducation des parents dans la région de New York. Sept mois après l'intervention, ils ont montré que 98% des parents se souvenaient avoir reçu un dépliant (Prevent Shaken Baby Syndrome ; American Academy of Pediatrics) au moment de la naissance de leur enfant. Cependant, les souvenirs des parents quant au contenu de cette brochure n'ont pas été évalués. Le message a intentionnellement été gardé très simple, ce qui explique que la brochure ne contienne qu'une page. Dans les résultats de l'étude de Coles et Collins (2009) qui traite de l'inclusion des pères dans les programmes de prévention, la difficulté d'accès aux brochures se trouvant souvent dans des salles d'attente (non spécifiées) est mise en avant. De plus, les pères soulignent que les brochures sont souvent jetées, une fois ramenées à la maison (Coles & Collins, 2009). Les messages écrits sont également un obstacle lors de problèmes de dyslexie, par exemple. Pour cette raison, les affiches avec

de courts messages et des illustrations ont un meilleur impact (Coles & Collins, 2009).

4.1.3. Cartes

Le programme périnatal de prévention du SBS (PPPSBS), développé au Canada, utilise trois cartes comme outils pour délivrer l'information aux parents (CF. Annexe B). La première parle des pleurs en lien avec le développement de l'enfant, la deuxième de la colère parentale et des stratégies pour la gérer, et la dernière informe des dangers de secouer un bébé et de ses conséquences. L'évaluation de ce programme de prévention a montré que les parents ont apprécié les cartes qu'ils qualifient d'« hautement pertinentes » et « simples à comprendre » (Goulet et al., 2009, p.16). La quantité d'informations et la présentation visuelle sont des éléments positifs qui en sont ressortis. Les infirmières qui ont évalué le programme ont des avis similaires à ceux des parents sur les cartes (Goulet et al., 2009). Ces cartes ont facilité leurs propres apprentissages et leur préparation avant d'administrer le programme aux parents. Les infirmières apprécient également l'adéquation entre la quantité d'informations scientifiques et les exercices pratiques qui favorisent l'appropriation des connaissances (Goulet et al., 2009).

4.1.4. Affiches

Les affiches sont un autre outil utilisé par les programmes de prévention mis en place dans l'Utah (Keenan & Leventhal, 2010) et dans la région de New York (Dias et al., 2005) où des posters ont été affichés sur les murs des maternités. Le contenu de ces affiches éducatives n'est pas connu. Sept mois après la mise en place du programme pilote d'éducation des parents en milieu hospitalier dans la région de New York, 60% des participants ayant répondu à l'enquête téléphonique se souvenaient de l'affichage des posters (Dias et al., 2005).

En conclusion de ce chapitre, le type de matériel utilisé dans les programmes de prévention a une influence sur la conservation de l'information par les parents. La vidéo, utilisée dans cinq des sept programmes décrits dans les études sélectionnées pour ce travail, est souvent appréciée des participants qui en gardent facilement un souvenir. La brochure est également fréquemment utilisée (dans six programmes sur sept), contrairement aux cartes (1/7) et aux affiches (2/7) dont la présentation visuelle agréable et la synthèse de qualité des informations sont néanmoins soulignées. L'impact de

chaque outil n'est pas toujours évalué de manière séparée, mais le couplage de ces derniers amène des résultats positifs quant à la prévention du SBS.

4.2. Conditions de mise en place des programmes

4.2.1. Conditions générales

La plupart des programmes de prévention évalués dans les articles sélectionnés pour ce travail s'insèrent dans des activités de prévention primaire. En effet, délivrés à la maternité peu après la naissance de l'enfant, ils s'adressent à tous les parents et non pas uniquement à une population à risque. 98% des mères participant à l'étude de Deyo et al. (2008) et 85% des parents participant à l'étude de Dias et al. (2005) recommandent que tous les nouveaux parents reçoivent une prévention au sujet du SBS.

Le temps choisi pour l'intervention est évalué dans l'étude de Goulet et al. (2009). « 60,5% des parents ont apprécié recevoir l'intervention à l'hôpital, 21,7% auraient néanmoins préféré la recevoir durant une visite post-natale à domicile de l'infirmière et 17,9% auraient préféré traiter du sujet avant la naissance de leur enfant. » (Goulet et al., 2009, p.15). De plus, certains parents de cette même étude suggèrent que l'information soit répétée durant la période du pic des pleurs. Les pères interrogés dans l'étude de Coles et Collins (2009) expriment quant à eux, qu'au moment de la naissance, « il y a trop de choses à penser » (p.22). Les infirmières, elles, mentionnent que l'intervention à la maternité est « sensible » mais réalisable dans un temps limité de cinq à dix minutes. La difficulté résulte dans le fait de trouver un temps où les deux parents sont présents (Goulet et al., 2009). L'adjectif « sensible » utilisé par les infirmières n'est pas spécifiquement défini.

Le tableau ci-dessous récapitule les conditions dans lesquelles les programmes sont délivrés. Les données sont tirées des études qui les ont évaluées et qui ont été sélectionnées pour ce travail.

Programme	Qui délivre le programme ?	Formation préalable du délivreur du programme ?	A qui est délivré le programme ?	Quand est-il délivré ?
L'initiative préventive du SBS de la vallée de Hudson (Altman et al., 2013)	Les infirmières de la maternité.	Les infirmières ont reçu une formation par un coordinateur du projet (thèmes : blessures crâniennes par abus, relation entre le SBS et les pleurs, stratégies de sécurité).	Aux deux parents dans 39,9% des cas, à la mère dans 41,1% des cas, au père dans 0,5% des cas, et à aucun parent dans 14,5% des cas.	A la maternité.
« Take 5 Safety Plan for Crying », Connecticut (Bechel et al., 2011)	Les infirmières de la maternité.	Les infirmières ont été formées par des médecins de pédiatrie, eux-même formés par l'un des investigateurs de l'étude au sujet de comment incorporer le plan de sécurité dans le guide de sortie de la maternité.	Le groupe d'intervention ayant reçu le matériel éducatif comprend 88,4% de mères, 7,1% de pères et 4,5% de grands-mères.	Au moment de la sortie de la maternité.
Programme de prévention du SBS de l'Utah (Keenan & Leventhal, 2010)	Les infirmières de la maternité.	Aucune information.	Aux mères uniquement.	Durant la période post-partum, à la maternité.
« Period of PURPLE Crying », Vancouver (Barr et al., 2009a)	Les assistants de recherche envoient le programme par poste. Les infirmières de santé publique ont expliqué l'utilisation de l'agenda.	Aucune information.	Aux mères uniquement.	Jusqu'à deux semaines après la naissance de l'enfant, durant une visite à domicile.
« Period of PURPLE Crying », Seattle	Les assistants de recherche envoient le	Aucune information.	Aux mères uniquement.	Trois lieux de recrutement (cours

(Barr et al., 2009b)	programme par poste.			prénataux, maternités, cabinets pédiatriques). Le matériel éducatif est ensuite envoyé à domicile.
« Period of PURPLE Crying », Japon (Fujiwara et al., 2012)	Les assistants de recherche envoient le programme par poste.	Aucune information.	Aux mères uniquement.	Les mères ont été recrutées à l'hôpital, mais le matériel a été envoyé par poste à domicile.
« Perinatal Shaken Baby Syndrom Prevention Program », Québec (Goulet et al., 2009)	Les infirmières de la maternité.	Elles ont reçu trois heures d'entraînement et du matériel pour augmenter leurs connaissances et leurs compétences dans l'éducation des parents au sujet du SBS.	Aux pères dans 26,2% des cas et aux mères dans 73,8% des cas, incluant 34 couples.	Durant le séjour à la maternité, après l'accouchement.
« Love Me...Never Shake Me », Ohio (Deyo et al., 2008)	Les infirmières de la maternité.	Elles ont reçu une formation par un coordinateur du programme.	Aux mères uniquement.	A la maternité.
Programme pilote d'éducation des parents en milieu hospitalier, New York (Dias et al., 2005)	Les infirmières de la maternité.	Les infirmières cheffes ont reçu une formation par le chercheur principal (thèmes : dangers de secouer, programme, instructions pour la formation des infirmières). Elles ont ensuite transmis les informations aux infirmières.	Aux deux parents. 86% des mères et 76% des pères ont signé le consentement de participation à l'étude.	A la maternité, avant la sortie de l'hôpital.

4.2.2. Place de l'infirmière dans cette prévention

Le tableau ci-dessus montre que les infirmières de la maternité ont un rôle important dans la plupart des programmes de prévention du SBS. L'initiative « Take 5 Safety Plan for Crying » (Connecticut) est délivrée par les infirmières de la maternité qui ont déjà été formées, durant leurs études, à donner un enseignement aux jeunes parents. Le programme ne requière de ce fait pas de personnel supplémentaire. De plus l'information donnée est brève et s'insère facilement dans le guide de sortie de la maternité (Bechtel et al., 2011). Dans le RCT de Barr et al. (2009a), un groupe d'intervention a reçu le matériel éducatif « Period of PURPLE Crying » et un groupe contrôle a reçu un DVD et deux brochures sur la sécurité des enfants et les positions adéquates de couchage. Les assistants de recherche ont envoyé le matériel par la poste, mais aucune information verbale n'a été transmise. Au Japon et à Seattle, les assistants de recherche ont expliqué aux mères, par téléphone, l'utilisation de l'agenda : elles devaient reporter quotidiennement le comportement de leur bébé et le leur, ainsi que le degré de frustration qu'elles ressentaient à différents moments de la journée à l'aide d'une échelle numérique (Barr et al., 2009b). A Vancouver, les infirmières de santé publique se sont chargées de l'explication de l'utilisation de l'agenda. Selon les chercheurs, l'intervention aurait eu un effet plus important si les infirmières renforçaient le message transmis ou si le message était renforcé par plusieurs expositions (pré-natale, maternité, post-natale, médias, etc.) (Barr et al., 2009a). Les auteurs comparent le programme avec le succès d'une initiative sur les méthodes de couchage qui a pour but de réduire l'incidence de la mort subite du nourrisson (« Back to sleep ») : « l'impact de la campagne sur les changements de comportement a été possible grâce à une combinaison entre des conseils donnés par des cliniciens et des infirmières, la lecture d'un matériel et l'intervention des médias » (Barr et al., 2009a, p.732). L'importance du rôle infirmier est démontrée à travers l'évaluation du programme pilote d'éducation des parents en milieu hospitalier. En effet, sept mois après l'intervention, 89% des participants contactés par téléphone se souviennent des conversations qu'ils ont eu avec l'infirmière au sujet du SBS (Dias et al., 2005).

L'évaluation du programme PPPSBS montre que 98% des parents ont apprécié l'intervention des infirmières et 94% pensent que la délivrance du matériel sans participation de professionnels serait insuffisante. De leur côté, les infirmières ont eu le sentiment que l'information était bien accueillie de la part des parents. Elles se sont

senties à l'aise durant l'intervention qui correspond, selon elles, aux besoins des parents (Goulet et al., 2009).

Certains programmes de prévention ont mis en place une formation préalable pour le personnel impliqué et notamment pour les infirmières. Dans la recherche de Goulet et al. (2009), les infirmières sont pour la plupart « hautement satisfaites » (72,5%) de leur formation. La majorité confirme les énoncés suivants : « la formation est une bonne préparation pour intervenir auprès des parents » et « la longueur de la formation correspond au contenu » (Goulet et al., 2009, p.18). Néanmoins, les conditions de mise en place de cette formation ainsi que ces coûts ne sont pas explicités.

4.2.3. Implication des pères

Le tableau du chapitre 4.2.1. montre une faible participation des pères aux programmes de prévention du SBS. Pourtant, selon Coles et Collins (2009), ceux-ci n'ont que de vagues connaissances au sujet du bébé et du SBS. La population ciblée par leur étude comprend trois groupes de pères. Les participants des deux premiers groupes proviennent de zones urbaines défavorisées et le troisième d'une prison. D'après les mêmes auteurs, les pères sont auteurs de 70% des blessures crâniennes par abus. Selon la revue de littérature de Smith, Duggan, Bair-Merritt et Cox (2012) qui évalue l'implication des pères aux programmes de prévention de la maltraitance infantile en général, les difficultés d'accessibilité des pères expliquent cette différence de participation aux programmes de prévention entre les deux parents. Sur les douze programmes évalués, dont deux traitent spécifiquement du SBS, moins d'un tiers des participants était des pères. Plusieurs hypothèses expliquent cette différence de participation entre les pères et les mères. Pour commencer, il n'est pas toujours clair si les pères ont activement été recrutés pour participer aux programmes. De plus, l'accessibilité des mères semble plus facile que celle des pères en raison « des exigences de travail, d'un contact pauvre entre le père et la mère de l'enfant, d'un manque d'intérêt paternel à la participation au programme, d'un manque d'investissement du père envers son enfant ou des difficultés de positionnement ou d'engagement du père » (Dubowitz, Lane, Ross & Vaughan, 2000 et Roggman, Boyce, Cook G.A. & Cook J., 2002, cités par Smith et al., 2012, p.250). Les auteurs ont ressorti ces suppositions des articles qu'ils ont sélectionnés pour leur revue de littérature.

Coles et Collins (2009) relèvent que les hommes manquent de confiance, de connaissances et de compétences en lien avec leur rôle de père. Selon cette même étude, les pères comptent plus sur leur instinct que sur des moyens formels pour apprendre. Certains indiquent que les aspects de la masculinité contrastent avec la fragilité du nouveau-né. Finalement, des pères ont expliqué s'être sentis exclus lorsque leur femme se trouvait à la maternité. L'un d'eux raconte qu'à force de ne pas être inclus dans les conversations avec les professionnels de la santé, son propre intérêt et son investissement ont diminué. Les soins étaient ainsi perçus comme inéquitable. Certains proposent que des informations sur le SBS destinées aux pères soient incluses dans le guide de sortie de la maternité (Coles & Collins, 2009). L'étude de Smith et al. (2012) appuie cette différence entre les mères et les pères et suggère que l'impact des programmes de prévention soit examiné séparément selon les genres. En effet, les perceptions du rôle parental et les responsabilités divergent entre les deux parents. Les auteurs proposent par conséquent que les programmes de prévention visant les pères soient différents de ceux visant les mères.

4.2.4. Coûts de la prévention

La mise en place de ce type de programme nécessite un investissement financier. Selon Altman et al. (2011), celle-ci coûte 4,5 dollars par naissance et prévient deux blessures crâniennes non-accidentelles pour 25'000 naissances. Ces coûts de 112'500 dollars (25'000 X 4,5\$) représentent moins de 1% des vingt millions de dollars qu'auraient coûté les soins aigus et dans la durée de deux enfants victimes du SBS. D'après Dias et al. (2005), les coûts d'administration du programme pilote d'éducation des parents en milieu hospitalier sont de 177'268 dollars par an, incluant les salaires des infirmières, les coûts de fournitures, les dépenses de voyage, les frais de port, les coûts téléphoniques, les frais divers et les coûts en temps pour les infirmières. Ces chiffres représentent environ dix dollars par enfant, ce qui est comparable aux coûts d'une vaccination. De plus, si l'efficacité du programme sur la diminution de l'incidence du SBS est prouvée, les frais liés à la prévention seraient nettement inférieurs aux 21'925 dollars qu'aurait en moyenne coûté en un an un enfant victime du SBS (Dias et al., 2005). L'étude qui évalue le PPPSBS compare quant à elle les coûts de formation des infirmières avec ceux des soins d'une victime du SBS et considère le programme comme une intervention rentable (Goulet et al., 2009). Ces différents chiffres sont toutefois à mettre en lien avec les difficultés d'obtenir des statistiques précises de l'incidence du SBS.

En synthèse à ce chapitre, six des sept programmes de prévention sont délivrés à la maternité. L'infirmière y a un rôle central : elle permet souvent de renforcer le message-clé du programme et de répondre aux questions des parents. Ce moment ainsi que la présence de l'infirmière sont deux éléments appréciés par la majorité des parents. Dans la plupart des cas, les infirmières sont préalablement formées à donner ces programmes et en sont satisfaites.

Les pères participent peu aux programmes de prévention malgré qu'ils soient les auteurs principaux du SBS. Leurs besoins, leur rôle parental ainsi que leur accessibilité sont différents de ceux des mères ; un programme de prévention ciblé exclusivement sur les pères pourrait par conséquent être mis en place.

Les coûts de cette prévention sont relativement bas en eux-même et par rapport aux coûts engendrés par les soins apportés à une victime du SBS. Plusieurs études montrent l'efficacité des programmes sur l'incidence du SBS et font le lien avec les coûts générés.

Finalement, les études exposent diverses conditions essentielles à la mise en place de tels programmes, mais aucune ne décrit concrètement les conditions institutionnelles nécessaires à ce type de prévention.

4.3. Acquisition de nouvelles connaissances

Les messages délivrés par les programmes de prévention contiennent tous des informations au sujet des dangers de secouer un bébé et des pleurs des nouveau-nés. Cependant, l'acquisition de nouvelles connaissances concernant ces deux thématiques n'est pas toujours distinctement évaluée.

Pour commencer, l'initiative préventive de la vallée de Hudson a pour but d'enseigner aux parents les dangers de secouer un enfant. Il donne des informations concernant les blessures crâniennes par abus et les met en relation avec les pleurs du nourrisson. L'acquisition de nouvelles connaissances n'est pas clairement évaluée. Néanmoins, après avoir reçu l'information, les parents sont amenés à signer un consentement indiquant qu'ils comprennent les dangers de secouer un enfant. 94,9% des participants à l'étude ont ainsi reconnu avoir compris les dangers de secouer un bébé (Altman et al., 2011).

Le programme « Take 5 Safety Plan for Crying » mis en place dans le Connecticut, décrit les pleurs comme normaux, faisant parti du développement de l'enfant et n'indiquant pas forcément que celui-ci a besoin de quelque chose. Il évoque également

le risque que ces pleurs mènent à la frustration du parent et au secouement de l'enfant. Le but de l'étude de Bechtel et al. (2011), qui évalue ce programme, est de déterminer l'impact d'une intervention éducative à propos des pleurs du bébé et des connaissances sur le SBS. Les chercheurs ont utilisé pour cela un groupe d'intervention (109 participants) qui reçoit le matériel éducatif et un groupe contrôle (96 participants) qui ne reçoit pas de matériel éducatif. L'évaluation de cette intervention, environ cinq mois plus tard, montre un changement dans les croyances des participants au sujet des pleurs des bébés. En effet, 23,8% des participants du groupe d'intervention considèrent les pleurs comme étant nuisibles pour l'enfant contre 32,3% du groupe de contrôle. 56% des personnes ayant reçu le matériel éducatif et 51% du groupe de contrôle pensent que les bébés pleurent souvent. 56,9% des participants du groupe d'intervention contre 52,1% du groupe contrôle sont d'accord qu'une personne devrait toujours être capable de calmer un enfant qui pleure. De plus, 73,4% des participants du groupe d'intervention pensent que la frustration liée aux pleurs peut mener au SBS alors que 58,3% du groupe contrôle l'affirment également. Bien que la majorité des membres des deux groupes (82,6% du groupe d'intervention et 74% du groupe contrôle) avaient des connaissances au sujet du SBS, plus de personnes du groupe d'intervention (42%) que du groupe contrôle (19,1%) ont cité l'hôpital comme source d'information (Bechtel et al., 2011).

Le programme de prévention du SBS implanté dans l'Utah a été conçu pour éduquer les parents au sujet des causes possibles et des conséquences de secouer un enfant. Le message délivré est « Do not shake » (« Ne pas secouer »). L'étude de Keenan et Leventhal (2010), qui s'intéresse à ce programme, ne vérifie pas s'il y a une augmentation des connaissances au sujet du SBS, car son but est d'évaluer si l'utilisation de la vidéo éducative du programme diminue l'incidence du SBS.

Le matériel éducatif du programme « Period of PURPLE Crying » aide les parents à comprendre que les pleurs sont normaux, mais qu'ils peuvent mener au SBS. Chaque lettre du mot PURPLE correspond à une caractéristique des pleurs du nourrisson : P (« peak pattern ») pour l'intensité maximale des pleurs, U (« unexpected timing of prolonged crying bouts ») pour l'imprévisibilité des crises, R (« resistance to soothing ») pour les pleurs difficiles à atténuer, P (« pain-like look on the child's face ») pour l'expression faciale du bébé qui suggère de la douleur même s'il ne souffre pas, L (« long crying bouts ») pour les pleurs persistants et E (« evening clustering ») pour les pleurs qui se manifestent en soirée (Stipanovic et al., 2010). Ce programme se base sur

des écrits scientifiques sur les pleurs et met en avant la similitude existante entre la courbe des pleurs d'un nouveau-né et la courbe d'incidence du SBS (Barr et al., 2006). Les évaluations de cette initiative, faites deux mois après l'intervention à Seattle et au Japon, montrent une légère augmentation des connaissances au sujet des pleurs entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle (Seattle : 69,5% VS 63,3%, Japon : 56,1% VS 53,1%) (Barr et al., 2009b ; Fujiwara et al., 2012). L'étude menée à Vancouver fait également part d'une augmentation de 5% des connaissances sur les pleurs chez les participants du groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle (Barr et al., 2009a). Les augmentations des connaissances concernant les dangers de secouer un enfant sont minimales dans les trois études (Seattle : 84,8% VS 83,5% ; Vancouver 84% VS 83,2% ; Japon : 62,7% VS 61,8%). Par rapport aux scores rapportés en Amérique du Nord (Seattle et Vancouver), les connaissances sur les dangers de secouer sont inférieures au Japon. Les auteurs émettent l'hypothèse que les mères japonaises sont plus réticentes à adopter des informations sur cette thématique car elles ne veulent pas penser qu'elles pourraient secouer leur bébé (Fujiwara et al., 2012).

L'évaluation du programme périnatal de prévention du SBS (PPPSBS) a eu lieu six à neuf semaines après la naissance de l'enfant et la réception du matériel éducatif. Ce moment a été choisi par les chercheurs car il correspond au pic des pleurs du nourrisson. Selon les résultats, 57% des parents ont appris soit « beaucoup » (51%), soit « vraiment beaucoup » (6%) des cartes sur les pleurs. « La carte sur le SBS a eu le meilleur impact en terme de diffusion de nouvelles connaissances : 61% des parents ont reporté avoir appris soit « beaucoup » (45%), soit « vraiment beaucoup » (16%) de cette carte » (Goulet et al., 2009, p.16). Néanmoins, les parents ont suggéré, pour améliorer le programme, que la quantité d'informations sur le SBS soit augmentée. Ils étaient intéressés par des informations sur les blessures et les conséquences pour les victimes du SBS. Ils auraient également apprécié avoir des exemples de la vie quotidienne de parents qui sont à bout à cause de pleurs persistants. D'autres résultats relatent que presque 80% des parents ont pensé aux cartes d'informations après leur retour à domicile, cependant la majorité d'entre eux (55%) n'y pensent pas souvent. « La plupart des parents (63,5%) n'ont pas regardé une seconde fois les cartes, et parmi ceux qui l'ont fait, 59% l'ont fait une fois, 30,5% deux à trois fois, et 10,5% quatre fois ou plus. » (Goulet et al., 2009, p.16). Les chercheurs n'ont pas évalué l'incidence du programme sur le stress parental, néanmoins les résultats de l'étude montrent que presque la moitié

des parents (44,5%) ont trouvé les cartes à propos des pleurs et de la colère aidantes dans des situations où les pleurs du bébé sont intenses (Goulet et al., 2009).

L'analyse secondaire du programme « Love Me...Never Shake Me » mis en place dans l'Ohio démontre qu'après réception du matériel éducatif, les connaissances des parents au sujet des pleurs, du SBS et de ses dangers n'augmentent pas de manière statistiquement significative. Les chercheurs ont procédé à l'évaluation du programme à l'aide d'un pré-test et d'un post-test (questionnaire identique rempli avant et après l'intervention par les participants). La majorité des participants ont répondu correctement, à la fois sur le pré-test et sur le post-test, aux questions qui traitent de la définition du SBS (99% VS 99%), des conséquences physiologiques du secouement (98% VS 98%) et du fait que l'enfant peut pleurer pour aucune raison (75% VS 79%) (Deyo et al., 2008).

Le programme pilote d'éducation des parents en milieu hospitalier réalisé dans la région de New York a été évalué en deux temps : au moment de recevoir le matériel éducatif à l'aide d'un questionnaire et sept mois après l'intervention où 10% des participants ont répondu à une enquête téléphonique. Le questionnaire montre que 83% des parents ont déjà entendu parlé des dangers de secouer avant de recevoir l'intervention. 82% des parents pensent que l'information reçue est utile ; la raison pour laquelle certains ne la trouvent pas nécessaire est qu'ils ont déjà des connaissances sur ce sujet. L'enquête téléphonique indique quant à elle que 27% des participants ont mentionné spontanément le SBS comme sujet de santé abordé à la maternité (Dias et al., 2005). « Parmi les 73% des répondants restants, 94% ont répondu par l'affirmative lorsqu'il leur a été demandé spécifiquement s'ils se souvenaient avoir reçu des informations sur le secouement du bébé. » (Dias et al., 2005, p.473).

Pour finir, l'étude de Coles et Collins (2009) évoque le SBS comme étant un sujet tabou pour la population spécifique de pères choisie pour cette recherche. La crainte de la punition peut les empêcher de divulguer cette maltraitance. Ceux-ci ont des connaissances limitées au sujet du SBS provenant notamment des médias. Dans cette étude, aucun père n'a reçu d'informations à ce sujet de la part de professionnels de la santé. Les hommes interrogés expriment aussi que veiller sur leur enfant est un devoir parental et que par conséquent l'enfant est plus en sécurité avec ses propres parents qu'avec une personne avec qui il n'a pas de lien de sang. Ils pensent que le SBS est un

accident pas toujours évitable ; les pères ont exprimé que « la vie est risquée et les parents doivent apprendre à gérer cela en général » (Coles & Collins, 2009, p.21). Ils lient aussi les pleurs de l'enfant avec de fortes émotions qui peuvent amener à de la frustration.

En conclusion de ce chapitre, le contenu des programmes de prévention n'est jamais centré uniquement sur le SBS. Les blessures crâniennes non-accidentelles sont toujours mises en lien avec les pleurs et la frustration qu'ils peuvent engendrer. De ce fait, la majorité des informations délivrées traitent principalement de ces deux thèmes. Au moment de l'évaluation des programmes, les connaissances des parents au sujet des pleurs augmentent tout comme les connaissances au sujet du SBS. Pour finir, le SBS est considéré comme un sujet « tabou » dans la population japonaise et chez certains pères.

4.4. Adoption de nouveaux comportements

4.4.1. Gestion des pleurs et de la frustration

En plus d'apporter de nouvelles connaissances sur le SBS et les pleurs, les différents programmes de prévention ont aussi pour but de mener à l'acquisition de nouveaux comportements en lien avec les pleurs et la frustration qu'ils peuvent engendrer.

L'initiative préventive de la Vallée de Hudson propose des informations sur le SBS et des stratégies pour prendre soin d'un nouveau-né qui pleure. L'enquête téléphonique de suivi qui évalue le programme six mois après l'intervention indique que 88,4% des parents se souviennent avoir reçu des informations au sujet de « comment prendre soin de leur bébé s'il pleure ». 55,6% d'entre eux ont affirmé que l'information reçue a été aidante dans une situation particulière où leur enfant pleurait beaucoup (Altman et al., 2011, p.1168). L'évaluation du changement de comportement reste subjective dans cette étude car basée sur les dires des parents et non sur des faits observables.

Le programme « Take 5 Safety Plan for Crying » propose aux parents des stratégies en cas de frustration liée aux pleurs incessants de leur bébé : « poser l'enfant sur le dos dans un endroit sécurisé, sortir de la pièce, faire quelque chose pour se relaxer, appeler une personne pour aider à surmonter ce sentiment ou pour venir surveiller l'enfant, ne pas retourner auprès de l'enfant avant d'être calmé et ne jamais secouer un enfant » (Bechtel et al., 2011, p.482). Cinq mois après la mise en place du programme, son évaluation faite au travers d'interviews auprès d'un groupe d'intervention et d'un groupe

de contrôle montre que 51,4% des participants ayant reçu le matériel éducatif seraient à même de « faire une pause » en cas de frustration liée aux pleurs alors que seul 26% du groupe de contrôle l'affirment. 20,8% du groupe de contrôle continueraient à calmer l'enfant malgré la frustration, alors que seul 6,4% du groupe d'intervention le déclarent. Les participants du groupe d'intervention sont plus nombreux à penser que la frustration des pleurs peut mener au SBS (73,4% VS 58,3%) (Bechtel et al., 2011).

Le matériel éducatif « Period of PURPLE Crying » a pour buts de renforcer la normalité des pleurs, de les mettre en lien avec la frustration et de suggérer trois actions pour faire face à un bébé qui pleure : augmenter la fréquence de contact avec le nouveau-né (porter, réconforter, marcher, parler avec l'enfant), s'éloigner de l'enfant en cas de frustration et le laisser dans un endroit sûr, et ne jamais secouer un bébé (Barr et al., 2009a). Les analyses de ce programme faites à Vancouver et Seattle montrent des résultats similaires concernant les changements de comportement. En effet, les mères du groupe d'intervention ont un score légèrement plus élevé que les mères du groupe de contrôle en ce qui concerne « les réponses aux pleurs, les réponses aux pleurs inconsolables et le self-contrôle », ce qui signifie que leurs comportements se sont améliorés. Néanmoins, cette différence n'est pas statistiquement significative (Barr et al., 2009a ; Barr et al., 2009b). Les trois RCT qui ont évalué ce programme ont aussi analysé les comportements des parents à l'aide de l'agenda rempli par les parents (description au point 4.2.2.). L'étude menée à Vancouver ne montre pas de différence significative entre les deux groupes concernant la durée de contact entre les mères et l'enfant « en détresse ». L'écart concernant le niveau de frustration n'est également pas statistiquement significatif entre les deux groupes (Barr et al., 2009a). Les résultats de l'étude de Seattle montrent que le groupe d'intervention est 8,6 minutes de plus par jour en contact avec l'enfant lorsqu'il pleure (« en détresse »). La différence du niveau de frustration est cependant elle aussi statistiquement non significative. Finalement, le groupe d'intervention de cette étude reporte significativement plus de détresse de leur enfant (« 13,8 minutes et plus spécifiquement 6,4 minutes d'agitation, 5,5 minutes de pleurs et 1,9 minutes de pleurs inconsolables ») (Barr et al., 2009b, p.975). Les résultats rapportés par l'étude menée au Japon sont quelque peu différents des deux RCT menées en Amérique du Nord. Le matériel « Period of PURPLE Crying » semble être plus efficace au Japon concernant les changements de comportement. En effet, le fait de s'éloigner du bébé en cas de pleurs inconsolables est 4,8 fois plus fréquent chez les

participantes du groupe d'intervention que du groupe contrôle. A Seattle et à Vancouver, l'augmentation était de 1,1 fois et de 1,7 fois respectivement (résultats statistiquement non significatifs) (Fujiwara et al., 2012). Tout comme en Amérique du Nord, les comportements des japonaises face aux pleurs se sont améliorés, mais les résultats ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes de l'étude. Le RCT du Japon suggère que le matériel « Period of PURPLE Crying » a un meilleur effet sur les mères ayant plus d'un enfant. Selon eux, en pouvant se baser sur leurs expériences précédentes, ces mères sont plus réceptives au message délivré. Ces résultats sont différents de ceux des RCT menés en Amérique du Nord, qui n'ont pas trouvé de différence entre les mères d'un premier enfant ou les mères ayant déjà un ou plusieurs enfants (Fujiwara et al. 2012). Au Japon, les pleurs de l'enfant sont perçus différemment. La croyance que les pleurs sont positifs pour le développement de l'enfant y est largement répandue, ce qui a pour conséquence une diminution de la frustration liée aux pleurs chez les japonais. Il existe même une compétition de pleurs d'enfant dans ce pays (Fujiwara et al., 2012).

Le programme éducatif « Love Me...Never Shake Me » a été évalué entre trois et quatre mois après sa mise en place dans l'Ohio à l'aide d'enquêtes de suivi. Les mères ont notamment appris qu'il est acceptable de laisser son enfant pleurer après avoir essayé des techniques d'apaisement et après s'être assurées que le bébé est nourri, changé et en bonne santé. 94% des participantes ont rapporté savoir comment agir en cas de frustration liée aux pleurs de leur bébé. La majorité (97%) pratique les techniques d'apaisement suggérées par le matériel (porter, bercer, chanter, nourrir le bébé) et 92% indiquent que ces techniques sont aidantes et leur permettent d'apporter de meilleurs soins à leur enfant. Les techniques de « self-coping » (faire des exercices, appeler un ami, prendre une pause, méditer, écouter de la musique, respirer profondément) sont utilisées par 36% des personnes interviewées et 9% disent accéder à des services d'aide et de soutien communautaires (non détaillés) (Deyo et al., 2008).

L'étude de Russel, Alpert et Trudeau (2009) traite des compétences de régulation des émotions en lien avec le SBS. Les chercheurs ont questionné les parents au sujet de leurs stratégies pour faire face à leurs émotions. Ils ont ensuite catégorisé les réponses obtenues en cinq domaines : « activité physique » (3%), « activité cognitive » (37%), « distraction » (2%), « recherche de soutien » (20%) et « autre catégorie » (ne décrit pas une stratégie d'adaptation) (39%). Les résultats montrent que les stratégies cognitives

sont souvent utilisées (par exemples : avoir des pensées heureuses ou compter jusqu'à dix). Cependant, les parents ont amené beaucoup de réponses qui ont été classées dans la catégorie autre. La majorité de ces propositions sont des phrases incomplètes, alors que d'autres ne sont pas des stratégies d'adaptation (par exemple : « Un bébé a besoin de quelqu'un de gentil et affectueux » ; « Rappelez-vous qu'ils sont plus petits que vous » (Russel et al., 2009, p.548-549)). Ces résultats suggèrent que les participants ont de la difficulté à fournir des exemples concrets et cohérents de stratégies d'adaptation. Par contre, selon cette même étude, les parents sont à même d'identifier les états émotionnels inappropriés ou risqués. Cette conclusion découle des réponses adéquates des parents à l'affirmation suivante : « Les donneurs de soins qui sont – en colère, surexcités, tristes, déprimés, fatigués ou frustrés – peuvent répondre à un bébé irrité de manière appropriée. ».

Plan d'action

Un seul programme propose aux parents de rédiger eux-même un plan d'action en cas de pleurs de leur bébé (Goulet et al., 2009). L'infirmière qui délivre le PPPSBS s'assure de la compréhension des parents face aux informations données et « les invite à formuler un plan d'action en vu de faire face aux pleurs incessants de leur enfant, s'ils survenaient. Elle les invite à écrire ces stratégies (trois actions ou gestes) dans l'espace prévu à cet effet sur la fiche numéro deux » (Annexe B, figure 2) (Stipanivic et al., 2010, p.167). Selon Goulet et al. (2009), 98% des parents se sont affairés à cet exercice et ont confirmé son utilité. Vingt actions différentes sont ressorties des plans rédigés. Parmi celles-ci, les plus fréquentes sont : « mettre le bébé au lit et quitter la chambre » (32%), « appeler un membre de la famille ou un ami comme soutien » ou « faire une promenade et laisser le conjoint prendre la relève ». Les deux premières propositions sont cependant déjà citées dans les cartes d'information. Six à huit semaines après la rédaction du plan, les parents ont été contactés pour une interview téléphonique. A ce moment-là, 47% se souviennent d'une ou deux actions de leur plan et 8% ne sont pas à même d'en citer une.

4.4.2. Partage de l'information

De nombreux programmes de prévention du SBS encouragent les parents à partager l'information reçue avec les personnes susceptibles d'être en contact avec leur enfant, dans le but d'élargir la population touchée et ainsi de diminuer les risques de cette maltraitance.

Un des messages du programme préventif « Take 5 Safety Plan for Crying » suggère aux parents de transmettre aux personnes qui s'occupent de leur bébé de ne jamais secouer un enfant (Bechtel et al., 2011). De même, les participants du programme de prévention du SBS de l'Utah sont encouragés à partager leurs connaissances après la sortie de l'hôpital (Keenan & Leventhal, 2010). Ce comportement n'a cependant pas été évalué dans ces deux études.

Le matériel éducatif « Period of PURPLE Crying » met en évidence l'importance de partager les informations « à propos des pleurs (PURPLE) et de la frustration qu'ils peuvent engendrer, au sujet des dangers de secouer et des recommandations concernant les réponses aux pleurs » (Barr et al., 2009a, p.728). Les RCT réalisées à Vancouver et à Seattle indiquent que d'avantage de mères du groupe d'intervention que du groupe contrôle ont partagé leurs connaissances concernant le fait de s'éloigner du bébé en cas de frustration liée aux pleurs (13% de différence entre les groupes pour Vancouver, et 6,5% pour Seattle) et les dangers de secouer un enfant (Vancouver : 13%, Seattle : 5,6%) (Barr et al., 2009a ; Barr et al., 2009b). Dans l'étude menée à Vancouver, les mères du groupe d'intervention ont également plus partagé les informations sur les pleurs (8% de différence) (Barr et al., 2009a). Au Japon, les informations concernant le fait de s'éloigner du bébé en cas de frustration liée aux pleurs ont été les plus fréquemment partagées (18,3% de différence entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle). Les informations sur les pleurs (1,1% de différence) et les dangers de secouer un nourrisson (0,5% de différence) ont été très peu répandues par les mères. Les auteurs concluent que, dans ce pays, il est socialement difficile de discuter des dangers de secouer un bébé (Fujiwara et al., 2012).

Dans le programme « Love Me...Never Shake Me », les mères ont également été encouragées à partager les informations reçues. L'enquête de suivi qui a évalué cette initiative a reporté que 48% des participantes ont discuté du SBS avec leur conjoint, dans le cas où il n'était pas présent au moment de l'intervention. La moitié d'entre elles ont également expliqué la problématique du SBS à la personne qui garde leur enfant (Deyo et al., 2008).

4.4.3. Valeurs et impacts des signatures demandées aux parents

Dans l'étude de Dias et al. (2005), les participants au programme pilote d'éducation des parents en milieu hospitalier ont été amenés à signer un consentement d'engagement.

Celui-ci contient des questions démographiques, l'évaluation du programme et la signature des parents affirmant la réception et la compréhension du matériel éducatif. Les auteurs qualifient ce consentement comme un « contrat social entre les parents et leur communauté ». Lors de l'analyse de l'incidence du SBS, les chercheurs ont constaté un faible taux de cas de SBS parmi les enfants des parents qui avaient signé le consentement. Bien qu'ils soient conscients que d'autres facteurs peuvent influencer ce calcul, les auteurs soulignent l'importance de cette signature (Dias et al., 2005).

Après avoir reçu l'information et rédigé leur plan d'action, les participants au PPPSBS et les infirmières sont invités à signer celui-ci. L'évaluation du programme montre que « la plupart des parents (93,5%) soutiennent la signature du plan, mais seulement 19% considèrent cet exercice vraiment pertinent, et 51% pensent qu'il avait soit peu (37%) soit pas de pertinence du tout (14%) » (Goulet et al., 2009, p.18). 29,2% des infirmières ne considèrent pas les signatures des parents comme étant nécessaires. En ce qui concerne les signatures des infirmières délivrant le programme, 26% des parents ne se souviennent pas si l'infirmière l'a fait et 6% affirment qu'elle n'a pas signé le plan d'action. Les signatures de ces dernières ont peu ou aucune pertinence pour 48% des parents et 39% des infirmières (Goulet et al., 2009).

L'initiative préventive du SBS de la vallée de Hudson et le programme « Love Me...Never Shake Me » demandent aux parents de signer un document signifiant qu'ils ont compris les dangers de secouer un enfant et qu'ils s'engagent à ne pas le faire. La pertinence de ces signatures n'a pas été évaluée pour ces deux programmes (Altman et al., 2013 ; Deyo et al., 2008).

Pour finir, les pères interrogés dans l'étude de Coles et Collins (2009) sont sceptiques quant à l'utilité de faire signer un tel document. Ils se questionnent sur sa signification réelle et se demandent si cette signature permet d'empêcher que des bébés soient secoués.

Les nouveaux comportements ressortis ci-dessus concernent essentiellement les pleurs et la frustration qu'ils engendrent. En effet, les programmes de prévention proposent souvent aux parents des stratégies susceptibles d'apaiser les pleurs de l'enfant et des techniques de coping permettant la gestion de leurs émotions. Une action prédominante enseignée en cas de frustration est que le parent doit laisser son enfant en sécurité et s'en éloigner jusqu'à ce qu'il ne se sente plus énervé. Les évaluations des programmes ont

mis en évidence que les apprentissages des parents étaient essentiellement basés sur ce comportement. De plus, ces derniers ont souvent suggéré cette attitude à d'autres personnes susceptibles de prendre soin de leur enfant. Ils ont également partagé les informations reçues concernant les pleurs. Un seul programme propose aux parents de rédiger un plan d'action en cas de pleurs inconsolables de leur bébé. Finalement, les signatures demandées dans certains programmes ne s'avèrent pas toujours pertinentes.

4.5. Impact sur l'incidence du SBS

Plusieurs études évaluent l'impact des programmes de prévention sur l'incidence du SBS dans une région donnée. Altman et al. (2011) ont comparé le nombre de cas de SBS recensés durant une période historique de contrôle de cinq ans (1er janvier 2000 – 31 décembre 2004) avec le nombre de cas de SBS enregistrés durant trois années (1er mai 2005 – 30 avril 2008) après la mise en place du programme qui a eu lieu du 1er janvier au 31 mars 2005. Entre le 1er janvier 2000 et le 30 avril 2008, seize cas de blessures crâniennes par abus ont été soignées dans la Vallée de Hudson chez des bébés de moins d'un an. Quatorze d'entre eux sont nés durant la période historique de contrôle et deux durant la période d'intervention. Selon les chercheurs, la mise en place du programme a donc permis une diminution de 2,8 cas de SBS par année, ce qui représente une réduction de 75%. Ce taux de SBS a été comparé avec le taux de natalité dans la région qui est resté identique durant les huit ans. De plus, le taux de SBS de la Vallée de Hudson a été comparé avec celui d'une région contrôle où l'incidence est restée similaire durant les huit ans (Altman et al., 2011).

L'étude de Keenan et Leventhal (2010), a pour but d'évaluer l'impact d'une vidéo sur l'incidence du SBS. Les chercheurs ont utilisé un groupe alternatif composé de mères d'enfants victimes d'un accident de voiture pour évaluer l'efficacité de la vidéo éducative. Si la vidéo éducative testée est efficace pour prévenir l'incidence du SBS, les chercheurs s'attendent à ce que la vidéo soit associée à une diminution du taux de SBS, mais elle ne doit pas affecter le taux de blessures par accident de voiture. Une exposition alternative a également été choisie dans cette étude. Si cette exposition est associée à une diminution du taux de SBS, ceci suggère que toute diminution du SBS n'est pas spécifiquement associée à la vidéo éducative sur le SBS. Les chercheurs arrivent à la conclusion que la vidéo éducative n'a pas d'influence sur l'incidence du SBS.

L'évaluation du programme pilote d'éducation des parents en milieu hospitalier évalue l'impact de l'initiative sur l'incidence du SBS. Durant la période historique de contrôle (décembre 1992 à novembre 1998) précédant la mise en place du programme de prévention, 49 cas de SBS ont été enregistrés (8,2 cas par an ; 41,5 cas/100'000 naissances). Lors de la période d'intervention de 66 mois (décembre 1998 à mai 2004), vingt-et-un cas de SBS ont été répertoriés (3,8 cas/an, 22,2 cas/100'000 naissances). Ces résultats montrent une réduction de 47% de l'incidence du SBS. Pour confirmer ces données, les chercheurs ont en plus comparé cette incidence avec celle d'un état voisin qui n'a pas statistiquement changé entre 1996 et 2002 (Dias et al., 2005).

Deux études prouvent l'efficacité d'un programme de prévention sur la diminution du taux de SBS dans une région donnée. Ces chiffres sont à mettre en lien avec les coûts qu'engendrent la prévention comparés aux coûts des soins des victimes du SBS, qui sont précédemment expliqués dans le chapitre 4.2.4. Par conséquent, la prévention permet non seulement de diminuer le nombre de cas de SBS mais également d'économiser de l'argent.

5. Discussion

Ce chapitre aborde d'abord les limites et critiques méthodologiques des articles sélectionnés. Les résultats sont ensuite discutés. Une tentative de réponse à la question de recherche est faite et mise en lien, par la suite, avec le contexte suisse. Finalement, les implications pour la pratique infirmière et pour la recherche sont mentionnées.

5.1. Limites et critiques méthodologiques des articles sélectionnés

Les recherches choisies pour ce travail comportent certaines limites, citées par les auteurs eux-même, qui peuvent avoir une influence sur l'interprétation des résultats, leur généralisation et leur implication pour la pratique. Les limites détaillées de chaque article sont citées dans les grilles d'analyse en annexe D. Les principales sont discutées ci-dessous.

5.1.1. Limites

Efficacité des programmes sur l'incidence du SBS

Certaines études évaluent l'impact des programmes de prévention sur l'incidence du SBS. Cette méthode d'évaluation peut être une limite car, comme expliqué dans la recension des écrits, le diagnostic du SBS est difficile à poser, les cas ne sont pas toujours répertoriés et le faible taux d'incidence de cette maltraitance peut rapidement biaiser l'interprétation des résultats de certaines études. Dans la recherche d'Altman et al. (2011), les auteurs expriment que, malgré la diminution de l'incidence du SBS trouvée, il n'est pas absolument certain que la cause de cette variation soit la mise en place du programme de prévention. Cette incertitude est une limite inhérente en cas de comparaison entre un groupe historique de contrôle et un groupe d'intervention. De plus, durant la période historique de contrôle, plusieurs hôpitaux de la Vallée de Hudson ont mis en place leurs propres programmes de prévention qui peuvent biaiser les résultats de l'étude d'Altman et al. (2011). Finalement, dans cette région, les cas de SBS ne sont pas spécifiquement répertoriés. Keenan et Leventhal (2010), dont l'étude de cas-témoin évalue l'influence d'une vidéo éducative sur l'incidence du SBS, mentionnent également la limite de cette méthode. A nouveau, la rareté des cas de SBS induit un faible échantillon et par conséquent des résultats difficilement généralisables. Les chercheurs pensent qu'une étude menée sur de nombreuses années permettrait de

répertorier un nombre plus important de cas et donc de réaliser de meilleures statistiques. Une des limites de l'étude de Dias et al. (2005) concerne également l'impact du programme de prévention sur l'incidence du SBS. Les auteurs expliquent qu'il n'existe pas de relation précise entre le nombre croissant de participants à l'étude et le nombre décroissant de blessures crâniennes non-accidentelles, chaque année. Au contraire des recherches citées ci-dessus, Goulet et al. (2009) n'ont pas évalué l'impact du programme canadien PPPSBS sur l'incidence de cette maltraitance et le citent comme limite à leur étude.

Echantillons

Les échantillons choisis par les auteurs des études sélectionnées sont parfois restreints ou peu représentatifs de la population en générale, ce qui rend difficile la transférabilité des résultats. Les différences démographiques statistiquement significatives entre le groupe d'intervention et le groupe historique de contrôle peuvent influencer les résultats de la recherche de Bechtel et al. (2011). De plus, les mères représentent la majorité de l'échantillon des deux groupes, alors que les hommes sont plus à risque de secouer un enfant (Bechtel et al., 2011). Cette participation majoritaire voire unique des mères apparaît également comme limite dans les trois RCT évaluant le programme « Period of PURPLE Crying » (Barr et al., 2009a ; Barr et al., 2009b ; Fujiwara et al., 2012). L'échantillon de l'étude de Deyo et al. (2008), comprenant des pères et des mères de nouveaux-nés, des détenus de prisons et des étudiants de hautes écoles, ne permet pas, selon eux, la généralisation des résultats obtenus. Comme il s'agit d'une seconde analyse du programme, la population n'a pas été choisie par les auteurs, mais est tirée d'une banque de données déjà existante. Russell et al. (2008) évaluent l'influence d'un type de matériel éducatif sur les changements de comportements des parents. Selon eux, un échantillon plus diversifié aurait peut-être induit des résultats différents par rapport à la vidéo « Portrait of Promise » que ceux obtenus avec sa population comprenant essentiellement des femmes blanches ayant un haut niveau d'éducation. Bien que le programme pilote d'éducation des parents en milieu hospitalier, évalué dans l'étude de Dias et al. (2005), a pu toucher un grand nombre de pères, les auteurs citent comme limite la difficulté de tous les atteindre. Coles et Collins (2009) nomment également leur échantillon restreint comme limite à leur étude. Néanmoins, en se basant sur des théories, les auteurs donnent de la valeur aux résultats obtenus. Finalement, Keenan et Leventhal (2010) n'ont pu interviewer que 25,6% des mères faisant parti du groupe de

contrôle. L'absence de réponse des autres participantes introduit un biais dans les résultats.

Récolte des données

Plusieurs études relèvent comme limite le fait que les données récoltées sont basées sur les dires des participants et non sur des faits observables. Dans la recherche de Keenan et Leventhal (2010), les auteurs se sont appuyés sur la mémoire des mères pour relater un fait passé. Il est possible que les mères dont l'enfant a été secoué se souviennent ou racontent différemment l'enseignement qu'elles ont reçu que les mères dont l'enfant n'est pas victime de SBS. Concernant le programme « Period of PURPLE Crying », les mères ont reporté leurs comportements et celui de leur enfant dans un agenda. Les résultats proviennent donc de ces reports subjectifs et non d'observations faites par les chercheurs (Barr et al., 2009a ; Barr et al., 2009b ; Fujiwara et al., 2012).

Moment de l'intervention

Le moment choisi pour l'intervention est cité comme limite par certains auteurs. Goulet et al. (2009) et Dias et al. (2005) expliquent que, peu après la naissance, les parents sont sujets à beaucoup d'émotions qui peuvent diminuer leur réceptivité à de nouvelles informations.

Malgré ces limites mentionnées par les auteurs, les études sélectionnées amènent des résultats intéressants concernant les changements de connaissances et de comportements des parents en lien avec la prévention du SBS. Le calcul de l'incidence restera toujours une limite, puisque le diagnostic du SBS est difficile à poser et que jamais tous les cas ne seront recensés. Les échantillons des recherches sont parfois restreints à une certaine population (mères par exemple), mais contiennent souvent un nombre important de participants, ce qui amène des résultats probants. Pour finir, il semble difficile de mettre en place un autre moyen d'évaluation que les dires des parents pour observer des changements de comportements et ainsi amener des résultats plus objectifs.

5.1.2. Critiques méthodologiques

Au niveau méthodologique, les études sélectionnées pour ce travail utilisent différents outils pour évaluer la pertinence et l'impact des programmes de prévention du SBS. Ces outils, comprenant par exemple des questionnaires ou des interviews, ne sont pas toujours standardisés et n'ont pas tous été validés scientifiquement. Pour permettre la

généralisation des résultats, l'utilisation d'un outil commun et approuvé scientifiquement semble nécessaire. Globalement, les recherches utilisées pour cette revue de littérature ont presque toutes une méthodologie rigoureuse et remplissent pour la plupart tous les critères d'éligibilité mentionnés dans les grilles d'analyse critique d'un article scientifique de Loiseleur et Profetto McGrath (2007) (Annexe C). Sur les treize études utilisées, trois sont des essais cliniques randomisés et ont ainsi un haut niveau de preuve clinique. Une revue de littérature a également été choisie pour ce travail en raison de la thématique spécifique qu'elle aborde : l'implication des pères dans les programmes de prévention de maltraitance infantile. Ce sujet, peu abordé dans les autres études, est important lorsque la prévention du SBS est traitée puisque, comme mentionné précédemment, les pères sont les auteurs principaux du SBS. Il s'agit, par conséquent, d'une population que la prévention de cette maltraitance doit cibler afin de diminuer son incidence.

5.2. Discussion des résultats et réponse à la question de recherche

Ce chapitre fait l'objet d'une tentative de réponse à la question de recherche suivante : « Comment et à quelles conditions la prévention du SBS par les infirmières en maternité peut favoriser ou non l'acquisition de nouvelles connaissances au sujet du SBS et l'adoption de comportements adaptés par les parents, en lien avec les pleurs, la gestion de la colère et les dangers de secouer un bébé ? ». Les treize articles sélectionnés pour cette revue de littérature amènent des éléments traitant de différentes thématiques en lien avec la question de recherche.

5.2.1. Mise en place des programmes de prévention

Supports, lieu et rôle infirmier

Pour commencer, la majorité des programmes de prévention couple un certain nombre d'outils pour délivrer leur message, dans le but que chacun y trouve un support correspondant à ses méthodes d'apprentissage. Dans les études sélectionnées, les outils sont rarement évalués séparément. Néanmoins, le couplage de ceux-ci a toujours permis d'augmenter les connaissances des parents. De ce fait, une évaluation plus détaillée de chaque outil ne semble pas nécessaire. Concernant la vidéo, certaines questions émergent. En effet, le reportage « Portrait of Promise » est utilisé par plusieurs programmes. Est-ce un matériel particulièrement pertinent ? Une quantité limitée de matériel pousse-t-elle les programmes à l'utiliser ? La vidéo « Elijah's Story » est plus

récente, mais pourtant un seul programme la diffuse. Le contenu et le message délivré par les deux reportages semblent cependant similaires.

En plus de l'utilisation de matériel, la plupart des programmes renforce leur message de prévention par l'intervention de l'infirmière de la maternité. Cette présence est appréciée des parents. Barr et al. (2009a) évaluent le programme « Period of PURPLE crying » qui ne fait pas intervenir d'infirmière. Les auteurs émettent l'hypothèse que si le professionnel est présent au moment de la réception du programme et complète les informations données, le message serait probablement renforcé et ainsi la prévention pourrait s'avérer encore plus bénéfique. Les résultats de l'évaluation de ce programme montrent une légère augmentation des connaissances des parents au sujet des pleurs. Les résultats auraient-ils été meilleurs avec l'intervention de l'infirmière ? Quels sont les buts réels de la mise en place du programme ? Cette légère augmentation des connaissances semble insuffisante pour diminuer efficacement le taux de SBS. La mise en place d'une telle prévention nécessite un investissement financier et en temps ; ajouter l'intervention d'une infirmière optimiserait et renforcerait les effets du programme.

La mise en place d'une formation semble nécessaire pour renforcer les connaissances des professionnels sur le sujet mais également pour les familiariser avec le matériel qu'ils doivent délivrer. Cette formation a un coût financier, comme le rappellent Goulet et al. (2009). De plus, l'infirmière consacre du temps à cette prévention et à sa formation préalable. A l'exception de l'évaluation du programme « Take 5 Safety Plan for Crying » (Bechtel et al., 2011) qui qualifie l'information donnée comme brève, seule l'étude de Goulet et al. (2009) mesure l'investissement réel en temps pour l'infirmière qui délivre le PPPSBS, qui est de cinq à dix minutes. La dotation du personnel des maternités permet-elle la mise en place d'une telle prévention ? Bechtel et al. (2011) avancent que l'initiative qu'ils évaluent ne nécessite pas de personnel supplémentaire ; qu'en est-il pour les autres programmes ? La mise en place d'une prévention du SBS semble possible dans les maternités suisses dans la mesure où elle nécessite peu de temps. Il manque néanmoins souvent, dans les études, des informations concernant les conditions institutionnelles indispensables à la prévention du SBS.

Exposition unique ou répétée ?

La majorité des programmes se déroulent à la maternité où les parents ressentent

beaucoup d'émotions et de stress. De nombreuses informations doivent déjà être retenues en peu de temps, puisque, comme expliqué dans la recension des écrits, la durée d'hospitalisation en maternité est relativement courte (4,6 jours en moyenne pour un accouchement physiologique (OFS, 2012)). Ce moment semble néanmoins opportun et permet d'agir rapidement puisque, comme mentionné précédemment, l'incidence du SBS est la plus élevée durant les premiers mois de vie du bébé (Barr et al., 2006). Dias et al. (2005) développent plusieurs raisons qui expliquent le choix de faire une prévention à la maternité. Les parents étant les auteurs les plus courants du SBS, le séjour à l'hôpital lors de la naissance de l'enfant permet un contact avec un maximum de parents. Zemke R. et Zemke S. (1988) cités par Dias et al. (2005) suggèrent que les adultes apprennent mieux lorsque les informations données leur permettent de faire face à de grands événements changeant leur vie, comme par exemple la naissance d'un enfant. Plus le bouleversement vécu est grand, plus les adultes recherchent de l'information dans le but d'apprendre. De plus, si le programme est donné par les infirmières de la maternité, les parents peuvent à tout moment demander des compléments d'informations au personnel toujours présent, ce qui n'est pas possible si le programme est délivré au cours d'une rencontre à domicile, par exemple.

La maternité semble être le meilleur endroit pour une telle prévention. Russel et al. (2008) affirment qu'une seule intervention peut promouvoir un changement d'attitude. Au contraire, Barr et al. (2009a) pensent que plusieurs expositions (à la maternité, en post-natale ou au travers des médias) permettraient de renforcer le message délivré par un programme. Goulet et al. (2009), quant à eux, proposeraient une intervention post-natale (durant une visite à domicile post-natale ou lors d'une session de vaccination) dans le but de rappeler les stratégies de coping proposées dans le programme PPPSBS. D'autres services, tels que la puériculture, pourraient donc être sollicités pour soutenir le message délivré à la maternité. Barr et al. (2009a) évoquent également la période prénatale comme une occasion d'exposer la problématique du SBS aux parents. Cependant, Goulet et al. (2009) expliquent qu'à ce moment-là les parents ne sont pas encore préoccupés par les pleurs des bébés et seraient ainsi peu réceptifs à ce type de prévention. En effet, seul 18% des participants à leur étude auraient apprécié recevoir l'intervention durant la période prénatale, contre 61% à la maternité. Aucun programme n'a mis en place plusieurs expositions. Les connaissances des parents seraient-elles encore augmentées si un programme délivré à la maternité est répété, par exemple, lors

d'une visite à domicile de la puéricultrice ? Est-il pertinent de revoir l'entier du programme ?

Place des pères dans les programmes de prévention

A la maternité, les pères sont peu inclus aux programmes de prévention du SBS alors qu'ils sont les auteurs principaux de cette maltraitance. Cette problématique est souvent citée comme limite dans les études. Les besoins des pères étant différents de ceux des mères et leur accessibilité plus limitée, envisager de nouveaux programmes de prévention ciblant exclusivement les pères semble important (Smith et al., 2012). Ces programmes pourraient tenir compte du rôle spécifique du père. Des connaissances au sujet du SBS mais également au sujet du bébé en général pourraient être amenées. La fragilité du nouveau-né serait expliquée, dans le but de rendre les pères conscients qu'un secouement n'a pas les mêmes conséquences sur un nouveau-né que sur un enfant plus grand. De plus, selon Coles et Collins (2009), les pères recherchent par eux-même des informations pour se sentir confiants lorsqu'ils s'occupent de leur bébé. Un programme de prévention ciblé pour les pères pourrait amener ce type de renseignements.

Une autre piste serait de se questionner sur les moyens que les programmes existants pourraient mettre en place pour pallier à cette problématique. Selon Coles et Collins (2009), les pères se sentent parfois exclus par les professionnels de la maternité. En effet, la mère et son bébé sont souvent au centre des préoccupations et des soins donnés par les infirmières et les sages-femmes. Quelles solutions les professionnels peuvent-ils envisager pour que les pères se sentent plus concernés ? Renforcer la prévention à d'autres moments, comme expliqué ci-dessus, permettrait-il de toucher plus de pères ? Les auteurs temporisent toutefois ce sentiment d'exclusion en rapportant que certains pères choisissent de ne pas être présents au moment des interactions avec les professionnels (Coles & Collins, 2009). Les soignants comptent-ils sur la mère pour transmettre les informations reçues au père ? Ce dernier sera probablement moins réceptif à une discussion au sujet du SBS avec sa compagne qu'à une intervention plus formelle donnée par des professionnels. De plus, aucun contrôle ne permet de vérifier le contenu des informations qu'une mère transmet à son époux. Sachant que le père est l'auteur principal du SBS, cette simple transmission d'informations entre les deux parents semble insuffisante. La présence du père au moment où le programme est délivré semble donc primordiale.

Population cible

Les programmes analysés par les études choisies pour ce travail ne visent pas une population cible et s'insèrent ainsi dans de la prévention primaire. Serait-il envisageable de réaliser une prévention de type secondaire, et de viser une population à risque, par exemple, comme le proposent Coles et Collins (2009) pour les pères ? Quels seraient les critères choisis pour définir cette population cible ? Concrètement, comment la mise en place de cette prévention serait-elle possible ? La maternité resterait-elle un lieu opportun ? La courte durée d'hospitalisation ne permettrait certainement pas au personnel de cibler à temps les personnes à risque. Cependant, les coûts seraient peut-être diminués car cette prévention s'adresserait à un nombre plus restreint de parents. Une autre possibilité serait de cibler uniquement les parents accueillant leur premier enfant et ainsi supposer que les autres parents n'ont pas besoin de recevoir une seconde fois les informations au sujet du SBS. Selon Goulet et al. (2009), les nouveaux parents ont trouvé le contenu du programme plus utile que les parents ayant déjà un enfant.

L'idée de réaliser une prévention primaire s'adressant à tous les parents semble pourtant la meilleure solution. Facile à mettre en place, cette méthode évite de rechercher des informations parfois délicates auprès des patientes et de les catégoriser. De plus, les pleurs peuvent démunir toute personne ; ainsi cette maltraitance peut survenir dans tous les milieux. Une information générale à tous les parents est donc utile, et un renforcement pourrait être envisagé auprès de populations plus à risque. Répéter l'information aux parents ayant déjà plusieurs enfants peut s'avérer utile dans plusieurs cas. Pour commencer, certains couples ont des enfants très éloignés en âge. La problématique du SBS n'a peut-être pas été abordée lors de la première naissance ou certaines informations ont pu être oubliées. Dans d'autres cas, certaines mères ont de nouveaux conjoints qui n'ont pas reçu d'information au sujet du SBS. Pour finir, les parents ont pu vivre des expériences antérieures difficiles avec leurs enfants durant lesquelles ils n'ont pas forcément développé de stratégies de coping efficaces. Les infirmières pourraient exploiter ces situations avec les parents au moment où l'enseignement concernant le SBS est amené.

5.2.2. Contenu des programmes de prévention

Les programmes de prévention contiennent des informations sur les pleurs, des techniques pour y faire face et des stratégies de gestion de la colère parentale. La

problématique du SBS est toujours décrite, mais l'accent est mis sur les pleurs et les conséquences qu'ils peuvent engendrer chez les parents. Les actions proposées dans les programmes sont également centrées sur ces problématiques. L'enseignement donné ne se focalise donc pas sur le SBS et ses conséquences, mais sur les pleurs qui peuvent mener au SBS. Les parents reçoivent-ils des informations au sujet des pleurs du nouveau-né durant leur séjour à la maternité ? Où la priorité doit-elle être mise : faut-il une prévention sur le SBS qui parle des pleurs ou un enseignement au sujet des pleurs qui mentionne le SBS ? Ce questionnement est à analyser selon les moyens et possibilités de chaque pays et institution. Il est mis en lien avec le contexte suisse dans le chapitre 5.3.

Un des buts des programmes de prévention est d'apporter aux parents des pistes d'action pour gérer les pleurs et leur frustration car, selon l'étude de Russel, Alpert et Trudeau (2009), ils ont de la difficulté à trouver eux-même des stratégies d'adaptation vis-à-vis de leurs émotions. Ils ont besoin d'exemples concrets et cohérents. La participation des parents, comme lors de la formulation d'un plan d'action dans le programme du PPPSBS, est-elle plus judicieuse et permet-elle un meilleur apprentissage ? Au vu des résultats de l'évaluation de Goulet et. al. (2009), ce plan d'action ne semble pas pertinent. Par contre, les programmes de prévention doivent proposer des stratégies d'adaptation en cas de pleurs inconsolables et de frustration.

Partager l'information est également un comportement enseigné par beaucoup de programmes de prévention. Les parents sont en effet encouragés à transmettre leurs connaissances au sujet des pleurs et du SBS aux personnes susceptibles de garder leur enfant (baby-sitter, grands-parents, etc.). Le but est d'éviter que ces personnes, qui ne sont pas directement touchées par les programmes, ne secouent le bébé. A nouveau, le contenu des informations transmises ne peut pas être contrôlé. Cependant, cela reste un moyen peu coûteux d'atteindre ces personnes qui ont un contact plus ou moins régulier avec le bébé. Un support écrit, délivré lors de la prévention, favoriserait une transmission de l'information précise et correcte. Dans les trois RCT évaluant le programme « Period of PURPLE Crying » (Barr et al., 2009a ; Barr et al., 2009b ; Fujiwara et al., 2012), les mères ont couramment partagé les informations reçues. Au Japon, elles ont facilement transmis qu'il faut s'éloigner du bébé en cas de frustration, mais elles ont peu discuté des pleurs et des dangers de secouer. Les différences de culture entre le Japon et l'Amérique du Nord expliquent ce comportement (Fujiwara et

al., 2012). Ces résultats mettent en évidence que les informations délivrées doivent être adaptées à la culture de la population visée. Les programmes de prévention d'Amérique du Nord pourraient-ils être intégrés tels quels dans des maternités européennes et suisses (voir chapitre 5.3.) ?

5.2.3. Efficacité des programmes de prévention

Les programmes de prévention ont été créés dans le but ultime de diminuer l'incidence du SBS. Comme décrit précédemment, peu d'études ont analysé l'impact d'un programme sur le taux de SBS dans une région donnée et cette incidence est difficile à mesurer. Pourtant, elle semble être un indicateur important pour évaluer l'efficacité d'une prévention, pour autant qu'elle soit fiable et représentative d'une population cible. Le calcul de l'incidence du SBS peut probablement être amélioré. Des registres nationaux répertorient les cas de SBS existent-ils et sont-ils suffisamment détaillés ? Goulet et al. (2009) évoquent le besoin d'un tel registre pour mesurer l'efficacité du programme PPPSBS sur l'incidence du SBS. Altman et al. (2011) expliquent que, dans la Vallée de Hudson (New York), le SBS est répertorié avec d'autres types de blessures comme les chocs et les étranglements. Pour finir, la notion de temps intervient dans un calcul adéquat de cette incidence. Comme le nombre de cas par année est faible, des statistiques sur de nombreuses années semblent être plus judicieuses, comme le mentionnent Keenan et Leventhal (2010).

Dans le cas où une prévention du SBS est mise en place et que, par conséquent, l'intérêt et les connaissances de cette maltraitance augmentent, le dépistage devient plus pointu. L'incidence risque ainsi d'augmenter dans un premier temps, sans pour autant que cela traduise une augmentation réelle du nombre de cas de SBS. Il semble important de tenir compte de cet aspect si des chercheurs évaluent l'impact d'un programme sur l'incidence.

5.3. Mise en lien avec le contexte suisse

Les programmes de prévention présents dans ce travail ont été développés principalement en Amérique du Nord. Le but de ce chapitre est d'analyser la possibilité d'implanter une telle prévention en Suisse, en tenant compte de l'organisation helvétique.

5.3.1. Services à disposition lors d'une naissance

En Suisse, la grande majorité des femmes accouchent en milieu hospitalier. Un suivi par les puéricultrices ou les sages-femmes indépendantes est proposé à tous les parents à la sortie de la maternité. Le service de puériculture permet aux parents d'aborder les thématiques suivantes en lien avec le nouveau-né : « l'alimentation, les soins à prodiguer, le sommeil, les pleurs, l'éducation, les relations au sein de la fratrie, le bien-être de la famille, la prévention des accidents dans la vie courante » (Office familial Fribourg, 2014). Il peut être sollicité dans toutes situations, hors contexte de maladie. Il donne également des informations aux parents sur l'éducation de leur enfant. Ces prestations sont gratuites (hors frais d'ouverture du dossier) pour les parents d'enfants de moins de cinq ans (Office familial Fribourg, 2014).

Les sages-femmes indépendantes ont, quant à elles, la responsabilité de la mère et de l'enfant. Un suivi à domicile est remboursé par l'assurance maladie de base jusqu'au dixième jour post-partum et comprend en plus trois consultations d'allaitement pendant toute la durée de celui-ci et une consultation pour la mère six semaines après la naissance. A partir du onzième jour post-partum, toute prestation nécessite un ordre médical. Par exemple, les sages-femmes interviennent en cas de problèmes chez le bébé (non prise de poids, etc.) ou chez la mère (en cas de difficultés psychologiques, etc.) (Fédération suisse des sages-femmes, s.d.). Les consultations remboursées par l'assurance peuvent encourager les mères à demander les prestations d'une sage-femme indépendante.

5.3.2. Mise en place d'un programme de prévention

Les programmes de prévention dont il est question dans ce travail se trouvent principalement en Amérique du Nord. En Suisse, aucune prévention formelle du SBS existe mais diverses associations traitent des pleurs des bébés ou de la maltraitance infantile en générale. Au moment de quitter la maternité, les parents reçoivent souvent un enseignement (par exemple sur l'alimentation, l'allaitement ou la mort subite du nourrisson) de la part du personnel soignant. Le contenu des informations à donner se base généralement sur une liste propre à chaque maternité. Faudrait-il, de ce fait, instaurer des lignes directrices ou des règles communes pour cet enseignement et y inclure la problématique du SBS ? Faudrait-il classer les thèmes selon leur importance et en rendre certains incontournables ? Le financement d'une telle prévention provient

des cantons et ainsi l'investissement de chacun est différent. De plus, les institutions publiques et privées ne sont pas soumises aux mêmes règlements. La mise en place d'un programme au niveau national peut, par conséquent, s'avérer compliquée.

Programme

Le contexte suisse et les services à disposition permettent une prévention du SBS quelque peu différente aux programmes existants en Amérique du Nord. Le paragraphe suivant décrit des aspects importants à prendre en compte dans le cas où une prévention serait mise en place en Suisse.

L'enseignement fait aux parents lors de la sortie de la maternité pourrait inclure des informations sur les pleurs et le SBS, comme c'est le cas dans le programme « Take 5 Safety Plan for Crying » (Bechtel et al., 2011). Aborder le SBS à la maternité pourrait pourtant être perçu comme « accusateur » de la part de certains parents. Cette prévention sous-tend que tout parent peut maltraiter son enfant en cas de pleurs incessants. L'étude de Fujiwara et al. (2012) menée au Japon montre que la culture, dans ce type de prévention, doit être prise en compte. Au vu des résultats de l'évaluation du programme, les auteurs émettent l'hypothèse que les mères japonaises ont de la difficulté à penser qu'elles pourraient secouer leur enfant. L'information est ainsi moins bien reçue. En est-il de même en Europe ? En Suisse, l'idée serait d'amener le sujet à travers la thématique des pleurs, comme le fait le programme « Period of PURPLE Crying » (Barr et al., 2009a). Ceux-ci seraient décrits, normalisés et mis en lien avec le développement de l'enfant. Par la suite, les sentiments que peuvent engendrer les pleurs incessants seraient expliqués et légitimés. L'objectif final serait d'éviter les conséquences que peut amener cette frustration à travers un listing de stratégies de gestion des pleurs et de la colère. Le SBS et ses conséquences gravissimes en lien avec la fragilité physique du nouveau-né seraient finalement abordés, sans toutefois que le programme ne se focalise uniquement dessus.

En étant incluse dans l'enseignement à la sortie de la maternité, la prévention du SBS peut faire partie de la charge de travail des infirmières ou des sages-femmes de la maternité. En effet, l'information donnée reste brève. Une formation, similaire à celles déjà existantes dans des services spécifiques comme la maternité, paraît néanmoins nécessaire afin de renforcer les connaissances du personnel sur les pleurs et le SBS.

Puéricultrices et sages-femmes indépendantes

La structure décrite en début de chapitre montre que les nouveaux parents sont, à

plusieurs reprises, en contact avec des professionnels de la petite enfance. Après la sortie de la maternité, les parents peuvent se rendre à la puériculture. Les infirmières spécialisées y travaillant abordent certainement la thématique des pleurs avec les parents. L'occasion serait idéale pour rappeler les sentiments que peuvent engendrer les pleurs, les techniques pour y faire face et le lien qu'il existe avec le SBS. Ces enseignements, contrairement à ceux donnés à la maternité, pourraient rester informels et se baser sur les expériences déjà vécues avec le bébé. Les consultations à la puériculture ont lieu durant la journée uniquement. Ce sont ainsi généralement les mères qui s'y rendent. La problématique de l'inclusion des pères dans la prévention du SBS est une nouvelle fois présente.

La sage-femme indépendante, qui se rend à domicile, peut peut-être pallier à ce problème. En effet, les rendez-vous sont pris en accord avec la sage-femme et les parents. Cette méthode permet-elle un contact plus fréquent entre les pères et les professionnels ? D'un autre côté, ce suivi, remboursé par l'assurance maladie de base, ne dure que jusqu'au dixième jour post-partum.

Dans l'idéal, la prévention devrait débuter à la maternité, être renforcée à domicile par les sages-femmes qui touchent peut-être plus de pères, et finalement être discutée durant les consultations à la puériculture.

5.4. Implications pour la pratique

5.4.1. Programme « idéal » de gestion des pleurs et de prévention du SBS

Les éléments cités ci-dessous sont des recommandations non exhaustives quant à un programme « idéal » de gestion des pleurs et de prévention du SBS mis en place en Suisse :

- Débuter la prévention à la maternité et cibler tous les parents de nouveaux-nés.
- Inclure la thématique du SBS dans l'enseignement fait aux parents à la sortie de la maternité ; limiter le temps d'intervention à une dizaine de minutes.
- Coupler différents outils tels que la vidéo et la brochure par exemple, afin d'attirer l'attention d'un maximum de parents et de leur permettre de partager l'information reçue avec d'autres personnes susceptibles d'être en contact avec leur enfant.

- Mettre l'accent sur les pleurs dans les documents écrits et le discours de l'infirmière : renforcer leur normalité et le fait qu'ils ne traduisent pas forcément un besoin de l'enfant et expliquer leurs variations en lien avec le développement de l'enfant.
- Expliquer que les pleurs incessants peuvent mener à la frustration des parents et ainsi au secouement du bébé.
- Proposer aux parents des stratégies de gestion des pleurs et de leur frustration : augmenter la fréquence de contact avec leur bébé (le porter, le réconforter, marcher ou encore parler à l'enfant) ; en cas de pleurs incessants et de frustration, le poser sur le dos dans un endroit sécurisé et s'éloigner ; ne pas retourner auprès du bébé avant que la colère ait disparu ; utiliser des stratégies de coping cognitives (avoir des pensées positives par exemple), physiques (faire du sport, etc.), de distraction (écouter de la musique, etc.) ou de recherche de soutien (appeler un proche pour parvenir à se calmer ou dans le but qu'il se rende auprès de l'enfant).
- Encourager les parents à partager l'information reçue avec d'autres personnes susceptibles de garder leur enfant (baby-sitter, grands-parents, etc.).
- Renforcer la prévention lors des visites à domicile de la sage-femme indépendante et lors des consultations à la puériculture. Profiter de ces moments pour discuter avec les parents des expériences vécues jusque là avec leur enfant.
- Mener une analyse scientifique afin d'évaluer l'efficacité du programme : calculer l'incidence du SBS en Suisse à l'aide d'un registre national répertoriant les cas de cette maltraitance. Effectuer cette recherche sur une période de plusieurs années dans le but d'augmenter la fiabilité des résultats.

5.4.2. Rôle infirmier dans la prévention du SBS

Ce travail questionne quant au rôle des infirmières en maternité, dans le cas où le programme de prévention « idéal » serait instauré. Les pistes d'action citées ci-dessous ne sont pas exhaustives. Cependant, elles donnent un aperçu des recommandations possibles pour la pratique infirmière :

- Suivre une formation mise en place par l'institution dans le but d'augmenter ses propres connaissances au sujet des pleurs du nouveau-né et du SBS, et de se familiariser avec le programme.

- Renforcer le message délivré auprès des parents et répondre à leurs questions dans le but d'augmenter l'impact du programme.

- Tenir compte des besoins et des connaissances des pères au sujet du bébé, des pleurs et du SBS afin de les inclure dans les discussions avec les professionnels. Trouver un moment où les deux parents sont présents pour délivrer le programme de prévention à la maternité. Renforcer le message auprès des pères lors d'une visite d'une sage-femme à domicile.

- Lors des visites des parents à la puériculture, discuter des expériences vécues avec le bébé et répéter les informations nécessaires en lien avec la prévention du SBS.

Les motivations et freins à une prévention par les infirmières sont décrits ci-dessous :

Motivations	Freins
<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières ont l'occasion d'approfondir leurs connaissances au sujet des pleurs de l'enfant et du SBS, et ainsi de devenir expertes dans ce domaine. - Les infirmières donnent aux parents des outils leur permettant de mieux gérer des situations qu'elles savent difficiles. - Les infirmières ont le sentiment de participer à la diminution de cette maltraitance infantile. - Un tel enseignement permet donc de valoriser le rôle infirmier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Certaines professionnelles peuvent être résistantes à aborder un sujet sensible. - Aborder la prévention du SBS à la maternité peut sembler prématuré pour certaines infirmières (beaucoup d'émotions et de nouveaux apprentissages pour les parents, peu d'expérience en lien avec les pleurs, etc.) ; le sentiment de s'investir pour un effet minime peut être ressenti. - Les infirmières peuvent voir cette prévention comme un travail supplémentaire à accomplir. - Face à certains parents (problème de toxicomanie ou d'alcool par exemple), les soignantes peuvent avoir de la difficulté à parler du SBS car elles craignent d'une part leur réaction, et d'autre part de devoir débiter des démarches difficiles liées à la protection de l'enfant (signalement éventuel au Service de l'Enfance et de la Jeunesse).

5.5. Implications pour la recherche

Pour commencer, les études qui évaluent des programmes de prévention ont eu lieu en Amérique du Nord et une au Japon. Il serait intéressant que d'autres pays se penchent sur le SBS. En Suisse, il serait pertinent d'effectuer un état des lieux de ce qui existe réellement dans les maternités par rapport à la prévention du SBS et d'analyser les possibilités de mettre en place un programme plus formel.

Peu de recherches sélectionnées pour ce travail évaluent l'impact des programmes de prévention sur l'incidence du SBS. Pour obtenir des chiffres fiables et représentatifs d'une population, une étude réalisée sur plusieurs années est nécessaire. De plus, celle-ci doit se baser sur un registre officiel et spécifique au SBS. L'incidence restera néanmoins toujours difficile à évaluer et restera une limite à toute recherche.

La faible participation des pères est une limite souvent mentionnée par les auteurs qui évaluent des programmes de prévention. Il serait par conséquent pertinent de réaliser une recherche auprès de cette population en commençant par analyser leurs besoins. Les obstacles de la mise en place d'une telle prévention doivent également être recherchés, avant d'effectuer une évaluation complète de l'impact d'une prévention du SBS sur les pères.

Les évaluations des programmes de prévention sont réalisées à l'aide de divers outils. La création d'outils communs et standardisés permettrait une meilleure comparaison de l'efficacité de ces programmes.

Finalement, aucune étude n'évalue une exposition répétée à un programme de prévention. Il serait intéressant de savoir si un programme délivré à plusieurs moments (maternité, puériculture, pédiatre, etc.) est plus efficace qu'une seule intervention.

5.6. Limites du travail de Bachelor

Cette revue de littérature étoffée, rédigée par deux étudiantes de troisième année Bachelor de la Haute Ecole de Santé de Fribourg, constitue une première expérience à la rédaction d'un travail de recherche. Par conséquent, l'utilisation des moteurs de recherche tels que PubMed et CINAHL est nouvelle et a nécessité un certain apprentissage. Ce manque d'expérience a pu provoquer, indépendamment de notre volonté, un biais dans la sélection des articles. De plus, toutes les recherches étant rédigées en anglais, certaines finesses ont pu échapper à notre compréhension.

Une autre limite de ce travail est qu'il se base sur un nombre restreint d'articles. Cependant, il a été difficile de trouver des études traitant spécifiquement de la mise en place d'une prévention du SBS. Cette thématique est encore nouvelle et, hormis en Amérique du Nord, aucun autre pays n'a publié d'article à ce sujet. De ce fait, excepté le travail du Docteur Lips (2007) mentionné dans la recension des écrits, aucune recherche suisse n'existe dans les moteurs de recherche.

Conclusion

Cette revue de littérature étoffée a permis d'approfondir la thématique de la prévention du SBS, encore peu connue en Suisse. En Amérique du Nord, divers programmes de prévention ont été instaurés et évalués. L'utilisation de plusieurs outils tels que la vidéo ou les brochures ont souvent été couplés avec l'intervention d'une infirmière pour délivrer le programme à la maternité. La présence de l'infirmière permet de renforcer le message délivré et de répondre aux interrogations des parents. Plusieurs études émettent comme limite une faible participation des pères, malgré qu'ils soient les auteurs principaux de ce type de maltraitance. Inclure les pères dans l'enseignement du SBS doit ainsi être une préoccupation centrale pour le personnel soignant de la maternité. Toute prévention nécessite un certain investissement financier et un engagement de la part des institutions qui l'instaurent. Par rapport aux coûts engendrés par les soins d'une victime du SBS, la somme investie pour la prévention est inférieure. Deux études concluent que la mise en place d'un programme de prévention a permis la diminution de l'incidence du SBS dans une région donnée.

L'évaluation des programmes de prévention montre une augmentation des connaissances des parents au sujet des pleurs du nouveau-né et des dangers de secouer. Ces derniers ont également appris de nouveaux comportements leurs permettant de gérer les pleurs du bébé et la frustration qu'ils peuvent engendrer. Laisser son enfant dans un endroit sécurisé et s'en éloigner est une stratégie qui ressort particulièrement. Les parents ont également appris à partager les informations reçues avec d'autres personnes susceptibles de prendre soin de leur bébé. Cependant, la mise en application de ces comportements n'a pas été objectivement évaluée.

En Suisse, aucune prévention formelle n'existe. La mise en place de programmes similaires à ceux existants en Amérique du Nord semble néanmoins envisageable, même si des difficultés liées à la politique du pays pourraient apparaître (financement de la prévention selon les cantons). Un enseignement sur les pleurs réalisé à la maternité pourrait inclure la problématique du SBS. D'autres services, tels que la puériculture et les sages-femmes indépendantes, pourraient ensuite répéter les informations de manière informelle.

Pour terminer, ce travail nous a permis d'acquérir de nouvelles connaissances dans le domaine de la recherche, de la petite enfance et de la prévention. Ces apprentissages seront bénéfiques pour notre pratique professionnelle future. Nous espérons avoir pu amener des pistes d'action utiles aux professionnels de la maternité.

Bibliographie

Articles

- 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(5), 1164-1172.
- Barlow, K.M. & Minns, R.A. (2000). Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *The Lancet*, 356, 1571-1572.
- Barr R. G., Barr M., Fujiwara T., Conway J., Catherine N. & Brant R. (2009a). Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association*, 180(7), 727-733.
- Barr, R.G., Rivara, F.P., Barr, M., Cummings, P., Taylor, J., Lengua, L.J., & Meredith-Benitz, E. (2009b). Effectiveness of Educational Materials Designed to Change Knowledge and Behaviors Regarding Crying and Shaken-Baby Syndrome in Mothers of Newborns: A Randomized, Controlled Trial. *PEDIATRICS*, 123(3), 972-980.
- Barr R. G., Trent R. B. & Cross J. (2006). Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases : Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, 30, 7-16.
- Bechtel, K., Le, K., Martin, K.D., Shah, N., Leventhal, J.M. & Colson, E. (2011). Impact of an Educational Intervention on Caregivers' Beliefs About Infant Crying and Knowledge of Shaken Baby Syndrome. *ACADEMIC PEDIATRICS*, 11(6), 481-486.
- Coles, L. & Collins L. (2009). Including fathers in preventing non-accidental head injury. *Community Practitioner*, 82(4), 20-23.
- 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(4), 470-477.

- Fanconi, M. & Lips, U. (2010). Shaken baby syndrome in Switzerland : results of a prospective follow-up study, 2002-2007. *Eur J Pediatr*, 169, 1023-1028.
- Fujiwara, T., Yamada, F., Okuyama, M., Kamimaki, I., Shikoro, N., Barr, R.D. (2012). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome : a replication of a randomized controlled trial in Japan. *Child Abuse & Neglect*, 36, 613-620.
- Goulet C., Frappier J.-Y., Fortin S., Déziel L., Lampron A. & Boulanger M. (2009). Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program. *The association of Womens's Health, Obstetric ans Neonatal Nurses*, 38(1), 7-21.
- Guthkelch, A. N. (1971). Infantile Subdural Haematoma and its Relationship to Whiplash Injuries. *British medical journal*, 2, 430-431.
- Jenny C., Hymel KP., Ritzen A., Reinert S. E., Hay T. C. (1999). Analysis of Missed Cases of Abusive Head Trauma. *Jama*, 282(7), 621-627.
- Keenan, H.T. & Leventhal, J.M. (2010). A Case-Control Study to Evaluate Utah's Shaken Baby Prevention Program. *ACADEMIC PEDIATRICS*, 10(6), 389–394.
- King, W.J., MacKay, M. & Sirnick, A. (2003). Shaken baby syndrome in Canada : Clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *Canadian Medical Association Journal*, 168(2), 155-160
- Lips U. (2007). Das Schütteltrauma – eine Kindsmisshandlung mit schweren Folgen. *Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle, Universitäts-Kinderkliniken Zürich*, 28-34.
- Russell, B.S., Alpert, L. & Trudeau, J.J. (2009). Child Abuse Prevention During Infancy: Intervention Implications for Caregivers' Attitudes Toward Emotion Regulation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19, 540-553.
- Russell, 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.

- Smith. T.K., Duggan, A., Bair-Merritt, M.H. & Cox, G. (2012). Systematic Review of Fathers' Involvement in Programmes for the Primary Prevention of Child Maltreatment. *Child Abuse Review*, 21, 237–254.

- Walls C. (2006). Shaken Baby Syndrome Education : A Role for Nurse Practitioners Working with Families of Small Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(5), 304-310.

Livres

- De Béchillon M. (2009). Problèmes politiques et sociaux : les violences aux mineurs. Paris : La documentation Française.

- Loiselle C. G. & Profetto-McGrath J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives. Québec : ERPI, éditions du Renouveau Pédagogique inc.

- Rey C., Bader-Meunier B. & Epelbaum C. (2001). Maltraitance à enfants et adolescents. Paris : doin éditeurs.

- Stipanivic, A., Nolin, P. & Fortin, G. (2010). Le syndrome du bébé secoué (traumatisme crânien non accidentel) vers une convergence des interventions. Québec : Presses de l'Université du Québec

Sites WEB

- Association « mon bébé pleure » (2012). [Page Web]. Accès : <http://www.schreibabyhilfe.ch/?lang=fr> [Page consultée le 22 avril 2013].

- Centre Hospitalier Universitaire, Sainte-Justine. (2009). Bientôt parents. [Page WEB]. Accès : http://www.chu-sainte-justine.org/documents/General/pdf/unite_naissances_bientot_parents.pdf [Page consultée le 18 avril 2013].

- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2014). Vous allez accoucher au CHUV. [Page WEB]. Accès : http://www.chuv.ch/chuv_home/patients-et-familles/chuv-patients-deroulement-sejour/chuv-patients-deroulement-prise-en-charge/chuv-patients-hospitalisation-accouchement.htm [Page consultée le 17 juin 2014].

- Fédération suisse des sages-femmes, Champs d'activité. (s.d.) [Page WEB]. Accès : <http://www.hebamme.ch/fr/elt/heb/taetigkeit.cfm> [Page consultée le 17 juin 2014].
- Frappier J.-Y., Fortin S., Goulet C. & al. (2007). Le syndrome du bébé secoué : projet de prévention du CHU Sainte-Justine. CHU [Page Web]. Accès : http://www.chu-sainte_justine.org/documents/Pro/SBS.pdf [Page consultée le 8 mars 2013].
- Fondation Enfance et Violence. (s.d.). [Page WEB]. Accès : http://www.kinderundgewalt.ch/index_f.html [Page consultée le 29 mars 2013].
- Office familial Fribourg, Consultations sans rendez-vous préalable. (2014). [Page WEB]. Accès : <http://www.officefamilial.ch/puericulture-et-conseils-aux-parents-consultations-telephoniques> [Page consultée le 17 juin 2014].
- Office Fédérale de la Statistique, Statistique médicale des hôpitaux: nombre de cas et durée moyenne de séjour par classes d'âge, selon le code diagnostique. (2012). [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/data/01/05.html#A> [Page consultée le 17 juin 2014].
- Organisation Mondiale de la Santé, La maltraitance des enfants. (2010). [Page WEB]. Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/> [Page consultée le 4 mai 2013].
- Organisation Mondiale de la Santé, Glossaire de la promotion de la santé. (1999). [Page WEB]. Accès : http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf. [Page consultée le 4 mai 2013].

Vidéos en ligne

- Dewey D. (S.d.) *Elijah's Story* [Vidéo en ligne]. Accès : <http://www.viddler.com/v/9e40806>
- The Hudson Valley Shaken Baby Prevention Initiative (S.d.) Portrait of Promise : Preventing shaken baby syndrome [Vidéo en ligne]. Accès : <https://www.youtube.com/watch?v=m9m5KwvX0pQ>

Autres publications

- Code Pénal Suisse (2012). Berne.
- Swiss Pediatric Surveillance Unit (2011). Rapport annuel SPSU 2011. Berne.

Images

- Figure 1 tirée de : Goulet C., Frappier J.-Y., Fortin S., Déziel L., Lampron A. & Boulanger M. (2009). Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program. *The association of Womens's Health, Obstetric ans Neonatal Nurses*, 38(1), 7-21.
- Figure 2 tirée de : Goulet C., Frappier J.-Y., Fortin S., Déziel L., Lampron A. & Boulanger M. (2009). Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program. *The association of Womens's Health, Obstetric ans Neonatal Nurses*, 38(1), 7-21.
- Figure 3 tirée de : Goulet C., Frappier J.-Y., Fortin S., Déziel L., Lampron A. & Boulanger M. (2009). Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program. *The association of Womens's Health, Obstetric ans Neonatal Nurses*, 38(1), 7-21.

Annexes

Annexe A : Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Martine Baeriswyl et Lara Curty

Annexe B : Cartes du programme PPPSBS

Figure 1 :

“ He cried and cried without stopping
At first, it was mostly at night. Later, it seemed like he cried all the time!
I did everything I could think of, but nothing would comfort him. WHY? ”

1
.: the baby's cries

what to know .:

How long a baby cries per day

Baby's age	1 hr	2 hr	3 hr
1 month	1 dot	1 dot	1 dot
6 weeks	2 dots	2 dots	2 dots
2 months	1 dot	1 dot	1 dot
3 months	1 dot	1 dot	1 dot
6 months	1 dot	1 dot	1 dot

Babies often cry because they are hungry, cold, tired, in pain or bored. Sometimes a baby keeps crying for no apparent reason, even if you have tried everything. All babies cry—some just more than others. It's normal. Between 15% and 30% of healthy babies fuss or cry more than three hours a day. Here are a few characteristics of babies who cry persistently:

- They cry more in the evening.
- They often cry for more than 30 minutes.
- Their faces become red.
- They draw their legs up to their belly, but are not in pain.
- Nothing comforts them.

Babies cry the most at around the age of six weeks. This is an important period of their development and their crying is a symptom of this change. They start to cry less at around three months.

CHU Sainte-Justine
Mother and Child
University Hospital Center
For the love of children
Université de Montréal

© S. Fortin, CHU Sainte-Justine, 2005

.: what to do?

Crying is very rarely related to a health problem. However, if your baby has a fever or diarrhea, is vomiting or has other symptoms that appear suddenly, consult a health-care professional right away.

Crying is often a source of concern for the person caring for the baby. It can become very irritating—even unbearable. To calm down your baby:

- Hold or rock your baby, if you are in a calm frame of mind
- Feed and burp your baby
- Change your baby's diaper or clothing
- Take your baby's temperature
- Change position of your baby
- Sing a few lullabies or play soft music
- Take your baby out for a walk in the carriage or stroller
- Lay your baby down gently in the crib, on the baby's back
- Dim the light
- Leave your baby alone in the crib for about 10 to 15 minutes

Remember...

- It does not good to try everything at once. Do one thing at a time.
- Crying, even when it's very loud and intense, won't harm the baby.
- There is no magic cure... Patience, self-control and help from someone else will get you through this difficult time and calm you down.

Crisis intervention helpline for parents
PARENT'S HELPLINE: 1 800 361-5085
Free. Confidential. Professional. Available 24/7

This information sheet is given to all parents. By working with you to plan ways to react during difficult situations with your baby, we can together protect your child's health.


Figure 2 :


“ I felt my heart racing and I didn't know what else to do!
I felt my body getting warmer and warmer. I couldn't listen to him anymore, I only thought of shutting him up!
So, I screamed. WHY? ”

2

anger

what to know ..





No
to violence!

Frustration, impatience and anger are normal emotions that all parents experience at one time or another.


Anger is stirred up by something unexpected, involuntary and seemingly uncontrollable, such as your baby's crying.

We don't become angry right away. Anger grows from our thoughts and causes our body to react.

Here is how a parent's anger can grow when faced with a crying baby who can't be comforted:

MY THOUGHTS


- Why is my baby crying?
- I don't know what else to do.
- My baby has no reason to cry.
- I am all alone.
- I didn't know my baby could cry so much!
- I can't deal with this!
- Why is my baby doing this to me?
- That's enough, it has to stop.




MY REACTIONS

- I frown.
- I raise my voice.
- My neck and shoulder muscles tense up.
- My heart races, I am short of breath.
- I feel warm all over.
- I have a headache.
- I scream!

It is important to recognize the thoughts and reactions that built up when you become angry. You have to know your limit.



CHU Sainte-Justine
Mother and Child
University Hospital Center
For the love of children



Université de Montréal

© S. Fortin, CHU Sainte-Justine, 2006

.. action plan

What will you do if you can no longer listen to cry?

Father/Partner/Friend

1-

2-

3-

Reliable person that you can call

Father's signature:

Mother

1-

2-

3-

Reliable person that you can call

Mother's signature:

Your nurse:

Date:

.. what to do?

If you are having a difficult time with your child, talk about it. Such emotions do not make you a bad parent. Other parents go through the same feelings.

When you can no longer stand listening to your baby cry:

→ 1 Lay her down gently in her crib

→ 2 Step away and leave the room

→ 3 Call someone (parent or friend)

- ☐ Take at least five deep breaths
- ☐ Cry or yell
- ☐ Go outside for a few minutes
- ☐ Drink a glass of cold water
- ☐ Say NO several times out loud
- ☐ Count to 10, 20, 30 ...

- ☐ Write down everything you are thinking
- ☐ Listen to music
- ☐ Put a soft object in your hand and squeeze it
- ☐ Take a shower
- ☐ If you are about to explode, punch a pillow

Remember...

- You have to know your limit. Know when to step away from your baby and when it is safe to go back to him.
- There is no magic cure. Patience, self-control and help from someone else will get you through this difficult time and calm you down.

Crisis intervention helpline for parents

PARENTS' HELPLINE: 1 800 361-5085

Free. Confidential. Professional. Available 24/7

This information sheet is given to all parents. By working with you to plan ways to react during difficult situations with your baby, we can together protect your child's health.

Figure 3 :

“ It was 10 o'clock at night. I was alone. He cried non-stop! I tried everything. I picked him up, although I shouldn't have. I shook him so he would stop crying. I don't know how many times... I loved him but I was beside myself. ”
- New father

3
∴ shaken baby syndrome

What to know ∴

Shaken baby syndrome (SBS) happens when an adult violently shakes a baby. The baby's head bounces about in every direction, which causes his brain to bleed and swell. When brain cells burst, they never heal. One baby in five dies as a result of such rough shaking.

After being shaken, the baby may become irritable and drowsy. The baby may vomit, have difficulty breathing or have a seizure.

YOU MUST CALL 911 IMMEDIATELY IF THIS HAPPENS.

Be careful: you cannot always see the injuries as they happen inside the head.

There can be serious consequences. The baby could become disabled and:

- Go blind
- Paralyzed (not able to run or walk)
- Have mental disabilities (difficulty speaking, not able to go to a regular school)

Other problems could arise as the baby gets older. In some cases, he will need special care for the rest of his life.

- Shaking a baby has a major impact on the whole family, and for a long time.

BE CAREFUL: a baby is very FRAGILE

- A baby's brain is soft and delicate since it is still developing.
- The baby's head is heavy and their neck muscles are not strong enough to handle being shaken.

Shaken baby syndrome is not a resuscitation technique. The injury produced by shaking does not occur during normal play activities with your little ones.

NEVER EVER SHAKE A BABY, NO MATTER WHAT THE CIRCUMSTANCE!

AM I AT RISK?
Is my partner or spouse at risk?

- ☐ I am tired, I need sleep
- ☐ I'm having problems with those around me or in my relationship
- ☐ The baby has changed my life, but not as I had planned
- ☐ I am taking medication, or using alcohol or drugs
- ☐ I have financial troubles
- ☐ I feel that my baby is a burden
- ☐ My baby has a health problem
- ☐ My baby cries... for way too long
- ☐ None of the above, but "I've had it!"

The baby is crying. You changed his diaper, fed and burped him, he isn't too warm or too cold, and yet he is still crying! You don't know what else to do. You can't take it anymore!

∴ what to do?

- Put the baby in a safe place, like in their crib.
- Step away and leave the room.
- Call for help: a friend, relative, someone you can rely on, CLSC nurse, telephone helpline, etc.
- Check on the baby every 10 to 15 minutes.
- WAIT until you have calmed down to pick the baby up again.

Remember...

- Tell **EVERYONE** who takes care of your baby (including babysitters) about shaken baby syndrome.
- Any person who is in contact with a crying baby is at risk.
- Draw up an action plan with them, just in case...
- Show them the information sheets on crying and anger.

Crisis intervention helpline for parents
PARENTS' HELPLINE: 1 800 361-5085
Free. Confidential. Professional. Available 24/7

This information sheet is given to all parents. By working with you to plan ways to react during difficult situations with your baby, we can together protect your child's health.

Annexe C : Grilles vierges de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?				
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traiement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (introduction, cadre théorique, méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ?				
	-Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?				
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?				
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Approche mixte

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Question de R / Buts	-Question				
	-Buts de l'étude				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour décrire en détail les facteurs d'influence (obstacles) ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Références bibliographiques des grilles : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe D : Grilles de lecture critique des articles scientifiques sélectionnés

Titre de l'article : Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma

Auteurs : R. L. Altman, J. Canter, P. A. Patrick, N. Daley, N. K. Butt et D. A. Brand

Journal : Pediatrics

Année de parution : 2011

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	« Education parentale par les infirmières de la maternité et prévention du SBS » Le problème de recherche n'est pas clairement explicité dans le titre. Le lecteur ne connaît pas le but précis.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Le résumé de l'article comprend les objectifs de la recherche et un résumé de la méthode, des résultats et de la discussion. Il permet au lecteur de se faire un aperçu général du contenu de l'article.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			L'incidence du SBS ainsi que ses conséquences sont résumées dans l'introduction. Le but de la recherche est d'analyser les effets d'un programme de prévention testé dans vingt hôpitaux de la vallée de Hudson (New York) et ses effets sur la fréquence du SBS dans la région.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Des explications au sujet du SBS, de son incidence et de ses conséquences sur un enfant sont écrites. Des informations

					concernant les auteurs du SBS et les difficultés à gérer les pleurs du bébé sont données.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			La maltraitance infantile et plus spécifiquement le SBS sont définis. Le concept de prévention est mis en avant ainsi que son lien direct avec le SBS. Le programme de prévention dont il est question dans cette étude est également décrit mais dans la partie méthode.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Dans l'introduction, aucune hypothèse n'est faite par les auteurs.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?)		X		L'état des connaissances actuelles sur le SBS est explicité mais aucun lien n'est fait avec une hypothèse.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Le devis de recherche, « Before/after study design », est explicité dans la méthode. Les chercheurs ont comparé une période historique de contrôle de cinq ans (01.01.00 – 31.12.04) avec une période d'intervention de trois ans (01.05.05 – 30.04.08).
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			La population cible qui a permis l'évaluation du programme de prévention comprenait tous les enfants nés dans l'un des vingt hôpitaux durant la période de contrôle de cinq ans et durant la période d'intervention de trois ans.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			La taille de l'échantillon permet un aperçu général de l'incidence du SBS dans une région donnée et durant une période relativement importante de huit ans.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Des questionnaires ont été réalisés et complétés par chaque patient à l'hôpital. Les dossiers médicaux ont également servi d'outils pour la collecte des données (incidence du SBS durant la période de contrôle). Finalement, des interviews téléphoniques ont eu lieu auprès d'un échantillon aléatoire de parents six mois après l'intervention.

	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les différentes variables à mesurer sont décrites (incidence du SBS).
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			La procédure de recherche est détaillée. Les différentes étapes et outils de récolte de données sont explicités dans la partie méthode. La première étape consiste en l'identification des blessures potentielles par secouement dans la Vallée de Hudson. Le but est d'évaluer l'incidence du SBS à cet endroit et d'analyser ses variations par rapport au moment où le programme de prévention a été mis en place. Au cours de la seconde étape, les chercheurs ont fait une revue détaillée des dossiers médicaux des hôpitaux pour les patients concernés dans la première partie. Les différents cas de SBS ont ainsi été répertoriés. Seuls les cas confirmés ont été inclus. Les chercheurs ont ensuite sélectionnés trois états localisés proches de New York (Connecticut, New Jersey et Maryland) pour servir de zone géographique de contrôle. Ils y ont mesuré l'incidence du SBS afin de la comparer avec la région dans laquelle le programme de prévention a été mis en place.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?		X		Il n'y a pas d'indication quant aux mesures éthiques prises.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Des analyses statistiques de type « poisson » ont été réalisées.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Exposition du programme : Un total de 76'108 naissances (25'000 par an) ont eu lieu dans les hôpitaux de la région durant la période d'intervention de trois ans. 84,5% des parents ont été exposés au programme de prévention durant la première année, 88,1% durant la deuxième année et 87,8%

				<p>durant la troisième année. 65'663 questionnaires ont été complétés et récoltés pour l'étude.</p> <p>94,9% des questionnaires contenaient la signature d'au moins un parent, reconnaissant qu'il comprend les dangers de secouer un enfant. 41,9% des questionnaires contenaient les deux signatures.</p> <p>Sur les parents qui ont regardé la vidéo, 73,1% ont reporté que c'était « extrêmement » ou « très » aidant. Parmi ceux qui n'ont pas visionné la vidéo, 26,2% ont expliqué qu'ils l'avaient déjà visionnée lors d'une naissance préalable, 8,9% que la vidéo n'était pas disponible à cause d'un matériel détérioré et 7,4% ont dit qu'ils étaient déjà au courant des dangers de secouer un enfant.</p> <p>Bénéfices perçus :</p> <p>53,6% des parents qui ont complété le questionnaire ont été d'accord d'être contactés six mois après l'intervention pour l'interview téléphonique. 320 interviews ont été conduites. 88,4% se souvenaient avoir reçu des informations au sujet de « comment prendre soin de leur bébé s'il pleure ». 55,6% pouvaient également penser à une situation particulière où les informations reçues dans le programme ont été utiles.</p> <p>Effets sur l'incidence du SBS :</p> <p>Au final, seize enfants nés dans la vallée de Hudson ont été victimes de SBS durant les huit ans d'étude (01.01.00 – 30.04.08). Quatorze sont nés durant la période historique de contrôle et deux durant la période d'intervention. La fréquence du SBS diminue ainsi de 2,8 cas par année (14 cas en 5 ans). Dans la région de contrôle, la fréquence annuelle du SBS n'a pas changé au cours du temps (17, 24 et 20 cas en 2000, 2003 et 2006 respectivement).</p>
--	--	--	--	--

Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			La problématique du SBS est mise en lien avec les pleurs de l'enfant qui sont souvent le facteur déclenchant. Les pleurs sont régulièrement interprétés comme l'expression d'un besoin du bébé. La frustration ressentie par certains parents ne parvenant pas à calmer leur enfant peut amener à secouer ce dernier. La prévention est un moyen de diminuer ce type de maltraitance. La maternité semble être un lieu et un moment propice où les parents sont focalisés sur leur enfant. Durant les cinq ans et demi qui ont suivi l'implantation du programme de prévention dans la vallée de Hudson, les blessures par secouement ont diminué de 47%. Les pères (ou autre substitut masculin) sont les auteurs les plus fréquents de secouement (cinq fois plus que les mères). Pourtant, sur la base de l'enquête menée dans cette étude, seuls 40,4% des pères ont visionné la vidéo éducative (contre 85% des mères). Les coûts de la mise en place de ce programme sont estimés à 4,5 dollars par naissance et préviendrait deux blessures crâniennes par abus dans une année donnée pour 25'000 naissances. En comparaison, les coûts estimés pour les soins aigus et chroniques d'une victime de SBS s'élèveraient à 10 millions de dollars. En 2008, l'initiative prévention de la vallée de Hudson a subi une expansion dans tout l'état de New York, dans le but de fournir aux parents des informations au sujet des dangers de secouer un enfant. Les limites de l'étude sont explicitées à la fin de la discussion : - Il n'est pas certain que la diminution de l'incidence du SBS soit causée par la mise en place du programme de prévention. - D'autres programmes de prévention mis en place dans la région ont pu biaiser les résultats.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			

					- Les statistiques régionales de SBS ont pu être entravées par des méthodes incompatibles pour enregistrer ce type de blessures.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			L'enseignement auprès des pères devrait être une priorité pour l'avenir car ils sont les auteurs principaux de SBS. Pourtant, peu d'entre eux participent au programme souvent délivré auprès des mères à la maternité.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de l'étude démontrent l'efficacité de la prévention du SBS de l'initiative de la vallée de Hudson. Le programme est décrit. Ses points faibles sont également énoncés, ce qui permet un réajustement dans la pratique.

Titre de l'article : Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about infant crying ans knowledge of shaken baby syndrome

Auteurs : K. Bechtel, K. Le, K. D. Martin, N. Shah, J. M. Leventhal et E. Colson

Journal : Academic Pediatrics

Année de parution : 2011

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Impact d'une intervention éducative sur les croyances des parents au sujet des pleurs de l'enfant et des connaissances sur le SBS »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Le résumé de l'article contient les objectifs de l'étude, un résumé de la méthode, les principaux résultats et une brève conclusion.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le SBS est un type de maltraitance infantile qui touche trente cas pour 100'000 enfants de moins de douze mois. La frustration des parents en lien avec les pleurs du bébé sont souvent la cause des secouements.
					Le programme de prévention « Take 5 Safety Plan for Crying » dont il est question dans l'étude est décrit. Il a été incorporé dans les guides de sortie de la maternité délivrés habituellement aux parents. Le but de cette initiative est de donner aux parents des stratégies simples et spécifiques en lien avec la gestion des pleurs de l'enfant. Le but est de définir l'effet du programme sur les croyances des parents au sujet des pleurs et sur les connaissances du SBS.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Selon des études précédentes, la période périnatale semble être un moment propice pour diminuer les risques d'abus ou de maltraitance. La période post-partum est ainsi favorable pour

					délivrer des informations au sujet du SBS. Ces interventions éducatives comprennent non seulement un soutien infirmier mais également la délivrance d'outils tels qu'une vidéo par exemple.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			La problématique du SBS est définie ainsi que ses conséquences sur un enfant. La prévention est amenée comme moyen pouvant diminuer l'incidence de cette maltraitance.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les hypothèses sont formulées mais apparaissent dans la partie méthode. Les chercheurs ont supposé que 40% des parents du groupe historique de contrôle auraient des connaissances au sujet du SBS et choisiraient de laisser leur enfant seul dans le cas où ils seraient frustrés à cause des pleurs. Les chercheurs ont émis l'hypothèse que 60% des participants du groupe d'intervention seraient à même de dire qu'il est judicieux de laisser leur enfant seul en cas de frustration liée aux pleurs.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Les hypothèses sont basées sur l'état des connaissances et découlent des problématiques liées aux SBS.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Le devis n'est pas objectivement cité dans l'étude. Néanmoins, la procédure de recherche ainsi que les moyens de collecter les données sont détaillés. Les auteurs comparent deux groupes distincts : le premier est un groupe de contrôle et n'a donc pas reçu le matériel éducatif ; le second forme le groupe d'intervention et contient les parents qui ont reçu le matériel éducatif dont il est question dans l'étude.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Un groupe historique de contrôle (110 personnes) et un groupe d'intervention (112 personnes) ont été utilisés pour cette étude. Les échantillons comprennent des parents dont l'enfant est né à l'hôpital de « Yale New Haven » (YNHH). Le premier groupe a reçu le

					matériel éducatif alors que le second ne l'a pas reçu. Le groupe historique de contrôle a été interviewé entre mars et décembre 2006 et le groupe d'intervention entre novembre 2007 et juin 2008. Les données démographiques des deux groupes sont résumées dans le tableau 1 de l'article scientifique.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Les deux groupes comportent respectivement 110 et 112 participants.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Après avoir donné leur consentement verbal, les parents ont été interviewés par deux personnes qui ont été formées par un des auteurs de l'étude. Les réponses ont été enregistrées en utilisant, dans la mesure du possible, les mots utilisés par les parents.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables mesurées sont décrites. Il s'agit des variables démographiques de la population, de la connaissance du SBS et des croyances des parents au sujet des pleurs.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			En juin 2007, le programme de prévention « Take 5 Safety Plan for Crying » a été incorporé aux guides de sorties de maternité donnés habituellement aux parents par les professionnels de pédiatrie de l'hôpital de l'enfance (« Yale-New Haven Children's Hospital). Le personnel soignant étant en charge de délivrer les informations du programme a été préalablement formé. Les informations contenues dans l'initiative sont des stratégies que les parents peuvent utiliser en cas de frustration liée aux pleurs : - Poser l'enfant sur le dos dans un endroit sécurisé. - Sortir de la pièce. - Se relaxer. - Appeler un ami qui peut venir surveiller l'enfant.

				<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas retourner auprès de l'enfant avant d'être calmer. - Ne jamais secouer un enfant et partager l'information à ce sujet. <p>Les parents reçoivent également des informations concernant les pleurs qui font parti intégrante du développement de l'enfant mais qui peuvent causer de la frustration chez les parents.</p> <p>Les participants ont été questionnés lors du premier rendez-vous de contrôle de santé de leur enfant dans le but d'évaluer le programme délivré à la maternité. Les questions suivantes ont été posées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que l'enfant pleure souvent ? - Les pleurs sont-elles « touchantes » ? - Etes-vous capable de calmer les pleurs de votre enfant ? - Savez-vous ce qu'est le SBS ? - Si oui, de quelle source ? - Pour quelles raisons secoue-t-on un enfant ? - Que doit-on faire pour prévenir le SBS ? <p>Les réponses aux questions fermées étaient oui ou non. Les réponses aux questions ouvertes ont été codées en fonction de la fréquence des réponses selon des catégories prédéterminées par un auteur de l'étude.</p> <p>Il n'y a pas d'information donnée concernant les mesures éthiques prises dans le but de préserver les droits des participants.</p>
Résultats	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Les résultats de l'étude ont été analysés de manière « bi-variée ». Les caractéristiques démographiques des deux groupes ont été comparées à l'aide des tests « chi-square ».
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux,	X		Des tableaux exposent l'entier des résultats obtenus et permettent au lecteur de visualiser et de comparer les résultats des deux groupes.

	graphiques, etc.) ?			<p>Les parents des deux groupes comprennent en majorité des mères mais ils incluent également des pères et des grand-mères.</p> <p>Connaissances au sujet du SBS :</p> <p>82,6% des parents du groupe d'intervention ont des connaissances au sujet du SBS contre 74% du groupe contrôle. 42% des participants ayant reçu le matériel éducatif ont nommé l'hôpital comme source de leurs connaissances au sujet du SBS contre 19,1% des parents du groupe contrôle. Les connaissances de ces derniers provenaient principalement des médias (43,6% contre 37,5% pour les parents du groupe d'intervention). Les résultats concernant les connaissances des participants au sujet du SBS sont résumés dans le tableau 3 de la recherche scientifique.</p> <p>Croyances au sujet des pleurs (tableau 2) :</p> <p>Les parents ayant reçu le matériel éducatif ont été plus à même de dire qu'ils feraient une pause loin de l'enfant en cas de frustration causée par les pleurs de celui-ci (51,4% VS 26% pour le groupe contrôle). Les participants du groupe d'intervention disent plus facilement que la frustration peut mener au SBS (73,4% VS 58,3%). En cas de frustration, 20,8% des parents du groupe de contrôle disent continuer à essayer de calmer l'enfant alors que 6,4% du groupe d'intervention le ferait (essayer de calmer le bébé).</p> <p>La majorité des parents des deux groupes (74% du groupe historique de contrôle et 82,6% du groupe d'intervention) avaient des connaissances au sujet du SBS mais d'avantage de participants du groupe d'intervention ont cité l'hôpital comme source de leur connaissance au sujet du SBS.</p> <p>Partage de l'information :</p> <p>Le programme « Take 5 Safety Plan for Crying » incite les parents</p>
--	---------------------	--	--	---

					à partager l'information reçue à d'autres personnes susceptibles de prendre soin de leur enfant. L'étude de Bechtel et al. n'a néanmoins pas évalué l'efficacité du programme sur ce comportement (partage de l'information).
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Cette intervention ciblée sur la période post-partum et incorporée dans les guides de sortie de la maternité peut influencer les croyances des parents au sujet des pleurs de l'enfant et au sujet des connaissances du SBS. Les résultats obtenus ne sont pas clairement discutés à la fin de l'étude.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs ont tenu compte des limites de l'étude et des principaux éléments à prendre en compte lors de recherches futures.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites sont énoncées dans la discussion : - Cette étude n'est pas un essai clinique randomisé. - Il existe des différences démographiques statistiquement significatives entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle. - Les mères constituent la majorité des participants dans les deux groupes alors que les hommes sont plus souvent les auteurs du SBS. - Les croyances des donneurs de soins n'ont pas été évaluées à d'autres moments que lors de la première visite de santé du nouveau-né. - Il n'existe pas d'évaluation formelle du mode de délivrance du programme en comparaison avec d'autres méthodes, comme par exemple l'utilisation d'une vidéo.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs n'ont pas employé de vidéo dans leur programme de prévention. Ils ont insisté auprès des parents sur l'importance de partager les informations reçues. L'incorporation du programme dans le guide de sortie de la maternité permet un changement dans les croyances des parents au sujet des pleurs de l'enfant. Les

				informations sont délivrées durant une courte période et ne nécessitent pas de personnel supplémentaire. Le but est d'enseigner l'importance de prendre une pause loin du bébé en cas de frustration liée aux pleurs.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		X	L'article est correctement structuré ce qui facilite la compréhension de son contenu et permet une analyse rigoureuse. Néanmoins, les résultats ne sont pas clairement discutés à la fin de l'article.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X		Les résultats montrent qu'une brève intervention réalisée durant la période post-partum par les professionnels des maternités amène à des changements concernant les croyances des parents au sujet des pleurs et concernant les connaissances du SBS.

Titre de l'article : A case-control Study to evaluate Utah's shaken baby prevention program

Auteurs : H. T. Keenan et J. M. Leventhal

Journal : Academic Pediatrics

Année de parution : 2010

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Une étude de cas témoin pour évaluer le programme de prévention du SBS dans l'Utah »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Le résumé contient les objectifs de l'étude, un bref aperçu de la méthode, les principaux résultats et une conclusion.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			La prévention du SBS se focalise essentiellement sur les mères et d'autres membres de la famille au moment de la naissance de l'enfant, à l'hôpital. Le but est d'enseigner les dangers de secouer un bébé mais également d'encourager les parents à partager les informations qu'ils ont reçues à d'autres personnes susceptibles de garder leur enfant.
					Le but de cette recherche est d'évaluer l'utilisation d'une vidéo éducative pour prévenir le SBS à travers une étude de cas témoins.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?			X	L'introduction fait part des buts de la prévention du SBS qui sont identiques pour bons nombres d'études. La thématique du SBS n'est pas contre pas définie.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			L'étude est clairement basée sur la prévention du SBS (concept). Elle n'utilise pas de cadre théorique à proprement dit.

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			<p>Les chercheurs ont formulé deux hypothèses qui sont mentionnées dans la partie méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la vidéo est efficace, les chercheurs s'attendent à une diminution de l'incidence du SBS, mais la vidéo ne doit pas affecté le taux de blessures par accident de voiture. - Si les expositions éducatives alternatives sont associées à une diminution du SBS, cela signifierait que toutes diminutions de l'incidence du SBS n'est pas associées spécifiquement à la vidéo de prévention du SBS. <p>Des explications plus détaillées au sujet de ces hypothèses sont décrites dans la procédure de recherche.</p>
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'une étude de cas-témoin. Les chercheurs ont expliqué leur processus de recherche de manière détaillée.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			<p>L'échantillon comprend des cas de SBS diagnostiqués entre 2001 et 2004 (période rétrospective) ou entre juillet 2004 et juillet 2007 (période prospective). Les mères devaient vivre dans l'Utah au moment où l'enfant a été maltraité. Les mères dont les données étaient incertaines ont été exclues de l'étude.</p> <p>Les accidents de voiture (groupe alternatif) comprenaient des mères d'enfants de moins de 2 ans ayant été victimes d'un accident de voiture et ayant été traités pour blessures entre 2001 et 2007.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Les chercheurs ont répertorié tous les cas de SBS dans une région donnée durant une période de six ans environ.

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les <i>dossiers médicaux</i> ainsi que l'office médical (« Office of the medical examiner ») ont permis les identifications rétrospectives entre 2001 et 2004. Les identifications prospectives ont été faites par les <i>surveillances hospitalières</i> (juillet 2004 à juillet 2007) et par l'office médicale.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			En 2001, un programme de prévention du SBS (inspiré selon le programme de Dias et ses collègues de New York) a été implanté dans l'Utah et donné à toutes les mères sortant de la maternité. L'intervention a été conçue pour éduquer les parents au sujet des causes possibles et des conséquences du SBS. Le message délivré est « <i>ne pas secouer</i> ». L'intervention comprend des informations verbales délivrées par une infirmière , le visionnement d'une ou deux vidéos (« Elijah's Story » ou « Portrait of promise »), un matériel écrit incluant des brochures , des aimants de réfrigérateur et des posters affichés sur les murs de la maternité. Les mères et autres « donneurs de soins » ont été encouragés à partager l'information reçue. L'étude de cas témoin a été conduite sur les cas de SBS déclarés dès 2001 et jusqu'en 2007. Pour définir si une association entre le SBS et la vidéo éducative existe, les chercheurs ont évalué un groupe alternatif de cas pas influencé par la vidéo. Des mères dont l'enfant a été victime d'un accident de voiture ont formé le <i>groupe alternatif</i> . Si la vidéo est efficace, les chercheurs s'attendent à une diminution de l'incidence du SBS, mais la vidéo ne doit pas affecté le taux de blessures par accident de voiture. Les chercheurs ont choisi des <i>expositions alternatives</i> qui sont

				<p>également des enseignements donnés aux mères durant la période post-partum, comme par exemple l'utilisation du siège de voiture. Si les expositions éducatives alternatives sont associées à une diminution du SBS, cela signifierait que toutes diminutions de l'incidence du SBS ne sont pas associées spécifiquement à la vidéo de prévention du SBS.</p> <p>Les cas ont été identifiés tant rétrospectivement que prospectivement.</p> <p>Exposition primaire :</p> <p>Il s'agit du visionnement de la vidéo au sujet de la prévention du SBS par les mères à la maternité après la naissance de leur enfant. Le visionnement de la vidéo a été choisi comme intervention primaire car son contenu est fixe et permet une expérience constante des mères. Par la suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les cas identifiés par les surveillances hospitalières ont été interviewés à l'hôpital, - Les cas identifiés à travers les archives de l'office médicale ont été interviewés par téléphone, - Les cas qui ne pouvaient pas être contactés pour une interview ont été documentés à l'aide des actes de naissances. <p>Expositions alternatives :</p> <p>Les expositions alternatives incluent trois types d'éducation données par les infirmières à la maternité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Education au sujet de la position correcte qu'un bébé doit avoir dans un siège auto. - Education concernant le programme « dormir sur le dos » pour prévenir la mort subite du nouveau-né. - Education pour régler adéquatement la température de l'eau du
--	--	--	--	--

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	<p>bain.</p> <p>Interviews :</p> <p>Des interviews structurées avec des mères « cas » et de mères « contrôles » ont permis de collecter des données au sujet de l'exposition à la vidéo éducative du SBS et au sujet des trois autres expositions éducatives reçues à la maternité. Des données démographiques ont été récoltées (table 1).</p> <p>L'étude a été approuvée par l'université de l'Utah. Il n'est pas mentionné si des mesures éthiques ont été mises en place.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Des analyses statistiques des résultats ont été entreprises.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Durant la période de recherche, 112 enfants ont été identifiés comme victimes du SBS. 77 d'entre eux avaient des données adéquates permettant de les inclure à l'étude. Pour 26 cas, les mères ont été interviewées.</p> <p>110 enfants ont été blessés à la suite d'un accident de voiture. Sur ces derniers, 84 avaient des données complètes ce qui a permis de les inclure à l'étude. Dans 24 cas, une interview a été réalisée.</p> <p>Un total de 2246 mères potentiellement « de contrôle » ont été appelées pour archiver 576 interviews (25,6% des réponses).</p> <p>L'âge moyen des enfants victimes du SBS était de 5,7 mois alors que l'âge moyen des bébés victimes d'accident de voiture était de 9,3 mois.</p> <p>Le tableau 2 présente les types d'éducation reçus pour chaque cas : les victimes de SBS, les blessures par accidents de voitures et les</p>

				<p>mères du groupe contrôle. 25% des mères dont l'enfant a été victime du SBS ont visionné la vidéo éducative contre 40,4% des mères du groupe contrôle. Le tableau 1 résume les caractéristiques des victimes du SBS, des victimes d'accident de voiture et du groupe contrôle.</p> <p>Le visionnement de la vidéo éducative au sujet du SBS est associé à une diminution statistiquement non significative des taux de SBS.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		<p>La vidéo éducative n'est pas statistiquement efficace en ce qui concerne la diminution des cas de SBS. Toutes les expositions éducatives alternatives sont associées à des effets significatifs prospectifs concernant les cas de SBS.</p> <p>Les chercheurs s'attendaient à voir un effet « protecteur » de la vidéo sur le SBS mais aucun bon effet de l'exposition alternative sur les cas de SBS. Les résultats montrent au contraire aucune association significative entre la réception de l'éducation et l'incidence du SBS.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		<p>Les limites de l'étude sont énoncées à la fin de la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour commencer, les cas de SBS sont rares (30 cas pour 100'000 naissances durant la première année de vie). A cause de la petite taille de l'échantillon, il n'est pas possible d'affirmer que la vidéo n'a pas d'effet. - Le taux d'entrevues pour le groupe contrôle est faible, ce qui introduit un biais de non-réponse. - les chercheurs se sont appuyés sur la mémoire des mères concernant un événement passé. Il est ainsi possible que les mères dont l'enfant a été blessé se souviennent différemment ou reportent
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		

					différemment l'enseignement reçu que les mères dont l'enfant n'a pas été blessé.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs mentionnent les forces et limites de leurs études. Ils font un lien direct avec la pratique. Cette étude illustre comment une intervention pourrait s'effectuer après avoir été mise en place, plutôt que pendant l'implantation du programme.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est correctement structuré ce qui facilite la lecture et la compréhension.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Titre de l'article : Do educational materials change knowledge and behaviour about crying ans shaken baby syndrome ? A randomized controlled trial
Auteurs : R. G. Barr, M. Barr, T. Fujiwara, J. Conway, N. Catherine et R. Brant

Journal : Canadian Medical association

Année de parution : 2009a

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Un matériel éducatif permet-il de changer les connaissances et les comportements en lien avec les pleurs et le SBS ? Un essai clinique randomisé. »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Le résumé de l'article contient des éléments décrivant le contexte de la recherche. La méthode est décrite, les résultats et la discussion sont résumés.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			L'incidence du SBS s'élève à environ 30 cas pour 100'000 enfants de moins d'un an. La prévention de cette maltraitance est par conséquent importante. Les pleurs peuvent provoquer de la frustration chez les parents et mener au SBS. Il existe par ailleurs une similitude entre la courbe des pleurs et celle de l'incidence du SBS. Le programme « Period of PURPLE Crying » utilise l'association entre les pleurs et le SBS pour éduquer les parents au sujet des dangers de secouer un bébé et l'importance de partager l'information aux personnes susceptibles de prendre soin de leur enfant. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité du matériel éducatif

				sur les connaissances des mères et la modification des comportements associés au SBS. Le matériel « Period of PURPLE Crying » a été développé par le « National Center of Shaken Baby Syndrome ». La signification du mot PURPLE est en lien avec les propriétés des pleurs qui peuvent amener à la frustration des parents : P : intensité maximale des pleurs ; U : imprévisibilité des crises de pleurs ; R : pleurs difficiles à atténuer ; P : expression facial du bébé suggérant de la douleur même si le bébé ne souffre pas ; L : pleurs persistants ; E : pleurs qui se manifestent en soirée. Les buts de ce programme sont de renforcer la normalité des pleurs, de suggérer des manières de calmer l'enfant, de décrire le lien entre les pleurs et la frustration des parents et de proposer trois actions pour faire face à un bébé qui pleure : « augmenter la fréquence de contact avec celui-ci, laisser l'enfant en sécurité et s'en éloigner, ne jamais secouer un enfant ».
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		Il n'y a pas d'essai clinique randomisé sur le matériel de prévention du SBS. Les pleurs mènent au SBS. Il y a une similitude entre les courbes des pleurs et la courbe du SBS. Les pleurs inconsolables sont une source de frustration pour les parents. Les pleurs sont décrits ainsi que les sentiments qu'ils peuvent provoquer chez les parents et son lien direct avec le SBS.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X		Les chercheurs n'émettent pas d'hypothèse concernant leur programme et leur étude.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		Il n'y a pas d'hypothèse clairement formulée.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches		X	

	antérieures ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'un essai clinique randomisé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les participants ont été recrutés dans les hôpitaux de la région de Vancouver entre mai 2005 et novembre 2006. Ils ont été séparés en deux groupes distincts : - Un <i>groupe d'intervention</i> (649 participants) qui a reçu le matériel éducatif « Period of PURPLE Crying » (brochures et vidéo) et un agenda pour décrire les périodes de pleurs de l'enfant. - Un <i>groupe contrôle</i> (630 participants) qui a reçu un DVD et deux brochures concernant la sécurité des enfants et les « méthodes de couchage » conçus par « the Canadian Pediatric Society's ».
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Les deux groupes comportent un nombre important de mères. Les résultats sont ainsi susceptibles d'être représentatifs d'une population.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les chercheurs ont utilisé un questionnaire afin d'évaluer les connaissances des mères et ils ont analysé l'agenda rempli par ces dernières afin d'évaluer les comportements des bébés et ceux des parents.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Les assistants de recherche ont recruté les mères dans six hôpitaux de la région de Vancouver dans le but d'obtenir un consentement verbal pour la participation à l'étude. Les participants ont été séparés en deux groupes distincts (groupe d'intervention et groupe contrôle).
					Le matériel a été délivré lors d'une visite à domicile d'une

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		infirmière en santé publique jusqu'à deux semaines après la naissance de l'enfant. Les infirmières montrent aux mères comment utiliser l'agenda. Huit semaines après la naissance de l'enfant, les mères ont été contactées afin de remplir un questionnaire. Une approbation éthique de l'étude a été délivrée par l'université de « British Columbia ».
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Des analyses statistiques des résultats ont été effectuées.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Huit résultats primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Connaissances au sujet des pleurs</i> Les connaissances des pleurs sont plus hautes chez les mères ayant reçu le matériel éducatif « Period of PURPLE Crying » que chez les mères du groupe contrôle. - <i>Connaissances sur les dangers de secouer</i> La différence des scores entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative. - <i>Réponses générales aux pleurs</i> Le score est plus élevé chez les mères du groupe d'intervention que chez les participantes du groupe contrôle. - <i>Réponses aux pleurs inconsolables</i> Le score est plus élevé chez les mères du groupe d'intervention que chez les participantes du groupe contrôle. - « <i>Self-contrôle</i> » <i>aux réponses aux pleurs inconsolables</i> Le score est plus élevé chez les mères du groupe d'intervention que

				<p>chez les participantes du groupe contrôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Partage de l'information au sujet des pleurs</i> - <i>Partage de l'information concernant le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de frustration.</i> - <i>Partage de l'information sur les dangers de secouer.</i> <p>D'avantage de mères du groupe d'intervention ont partagé l'information au sujet des pleurs, des dangers de secouer et du fait qu'il faut s'éloigner de l'enfant en cas de frustration.</p> <p>Quatre résultats secondaires (dérivés des informations de l'agenda « Baby's day diary ») :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Contact entre la mère et l'enfant en détresse (minutes/jour)</i> <p>Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Actions entreprises lorsque l'enfant est en « détresse » (événements/jour)</i> <p>Aucune différence statistiquement significative n'a été démontrée entre les deux groupes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>S'éloigner de l'enfant en cas de pleurs inconsolables (événements/jour)</i> <p>Les mères du groupe d'intervention ont été plus à même de dire qu'elles s'éloignent de leur enfant en cas de frustration.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Mesure de la frustration</i> <p>Le niveau de frustration entre les deux groupes ne montre pas de différence statistiquement significative.</p> <p>L'effet du matériel « Period of PURPLE Crying » concernant les connaissances des mères a été bon chez celles qui ont regardé le DVD, lu la brochure ou les deux. L'effet du matériel varie</p>
--	--	--	--	--

				légèrement en fonction du niveau d'éducation, si la mère a lu et/ou regardé le matériel et s'il s'agit d'un premier enfant. Tous les résultats sont détaillés dans différents tableaux présents dans l'article scientifique (tables 1 et 2).
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		<p>Les mères du groupe d'intervention ont un score 5% plus élevé concernant les connaissances des pleurs que le groupe contrôle. Elles partagent plus fréquemment l'information concernant les pleurs (8% de différence), le fait qu'il faut s'éloigner de l'enfant en cas de frustration (13% de différence) et les dangers de secouer (13% de différence) que les mères du groupe contrôle.</p> <p>De légères améliorations apparaissent en ce qui concerne les comportements en lien avec les pleurs et les pleurs inconsolables mais elles ne sont pas statistiquement significatives. Le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de pleurs inconsolables a été 1,7 fois plus fréquent chez les mères ayant reçu le matériel éducatif « period of PURPLE Crying ».</p> <p>Le contact mère/enfant, le nombre d'actions entreprises durant les moments de pleurs et le degré quotidien de frustration sont similaires entre les deux groupes.</p> <p>Les infirmières participants à l'étude ne savent pas quel matériel elles délivrent aux mères. L'intervention devrait avoir un effet plus important si les infirmières renforçaient le message ou si le message était renforcé par plusieurs expositions (pré-natal, maternité, post-natal, etc.)</p> <p>Un essai clinique randomisé similaire a été effectué à Seattle dans le but d'évaluer le matériel « Period of PURPLE Crying ».</p> <p>Les limites sont les suivantes :</p> <p>- L'échantillon de l'étude ne comprend que des mères alors que les</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		

					<p>hommes sont les principaux auteurs du SBS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats sont basés sur les rapports des mères et non sur des observations directes. - Des données manquantes peuvent avoir abouti à des évaluations biaisées. - Les chercheurs n'étaient pas préparés pour des résultats multiples qui augmentaient la probabilité d'être trouvés par chance. - Les résultats ne peuvent pas être généralisables à d'autres populations.
Perspectives futures	- Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>Deux autre études ont évalué le programme « Period of PURPLE Crying ». Une a eu lieu à Seattle et la seconde au Japon. Les résultats de ces différentes recherches sont brièvement comparés.</p>
Questions générales Présentation	- L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			<p>L'article est parfaitement structuré et contient les différentes parties d'une recherche scientifique.</p>
Evaluation globale	- L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			<p>Les résultats obtenus sont susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière. La comparaison des trois études évaluant le même programme est un atout et permet de vérifier la possibilité d'implanter ce programme dans une population choisie.</p>

Titre de l'article : Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and Shaken Baby Syndrome in mothers of newborns : A Randomised Controlled trial

Auteurs : R. G. Barr, F. P. Rivara, M. Barr, P. Cummings, J. Taylor, L. J. Lengua et E. Meredith-Benitz

Journal : Pediatrics

Année de parution : 2009

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« L'efficacité d'un matériel éducatif conçu pour changer les connaissances et les comportements des mères en lien avec les pleurs et le SBS, dans une maternité : un essai clinique randomisé »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Le résumé est complet et comprend les éléments suivants : recension des écrits, objectifs, résultats et conclusion.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			La problématique du SBS est définie et mise en lien avec les pleurs du nouveau-né qui en sont souvent la cause. Comme l'incidence du SBS augmente durant les premiers mois de vie (pic au 3 ^{ème} mois), la prévention doit être reçue avant ou juste après la naissance de l'enfant. Le matériel « Period of PURPLE Crying » a été développé par le « National Center of Shaken Baby Syndrome ». La signification du mot PURPLE est en lien avec les propriétés des pleurs qui peuvent amener à la frustration des parents : P : intensité maximale des pleurs ; U : imprévisibilité des crises de pleurs ; R : pleurs difficiles à atténuer ; P : expression facial du bébé suggérant de la douleur

				même si le bébé ne souffre pas ; L : pleurs persistants ; E : pleurs qui se manifestent en soirée. Les buts de ce programme sont de renforcer la normalité des pleurs, de suggérer des manières de calmer l'enfant, de décrire le lien entre les pleurs et la frustration des parents et de suggérer trois actions pour faire face à un bébé qui pleure : « augmenter la fréquence de contact avec celui-ci, laisser l'enfant en sécurité et s'en éloigner, ne jamais secouer un enfant ».
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		Les chercheurs tiennent compte des recherches effectuées jusqu'à aujourd'hui.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X		Le SBS est défini. La problématique des pleurs est également décrite. Ils peuvent mener à la frustration des parents et par conséquent au SBS.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X	Les chercheurs estiment les effets du matériel PURPLE sur les connaissances et les comportements des parents en lien avec la prévention du SBS.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X	
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X		Il s'agit d'un essai clinique randomisé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X		Les critères d'inclusion et d'exclusion sont décrits. Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		2738 mères ont été retenues et ont participé à la recherche. Elles ont été séparées en deux groupes : - <i>Groupe d'intervention</i> « PURPLE » (1374 participantes) : elles ont reçu une brochure de onze pages et un DVD de douze minutes. - <i>Groupe contrôle</i> (1364 participantes) : elles ont reçu deux

					brochures et un DVD à propos de la sécurité des enfants (mis en œuvre par la fondation « I am a Child »). Ce matériel ne désigne pas les pleurs comme étant un déclencheur du SBS.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les chercheurs ont collecté les données à l'aide d'un questionnaire et d'interviews réalisés auprès des mères participants à l'étude.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			<p>Les mères ont été recrutées dans trois endroits différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lors des cours prénatals (10 sites) : les assistants de recherche ont obtenu un consentement éclairé. Le matériel éducatif a été envoyé aux mères à domicile. Des instructions au sujet de l'agenda ont été données aux mères par téléphone trois jours avant le début de l'intervention. - A la maternité (3 hôpitaux) : la procédure fut similaire à l'exception que l'interview de base et la démonstration de l'agenda ont été faites au moment de l'inscription de la personne. - Au cabinet de pédiatre (11 cabinet) : le personnel de bureau a approché les mères intéressées. La procédure fut semblable à celle de la maternité mais le matériel a été délivré aux mères lors d'une visite à domicile. <p>L'intervention a eu lieu à Seattle entre décembre 2004 et octobre 2006. Les mères ont été réparties en deux groupes au hasard.</p> <p>L'agenda distribué aux mères permet de reporter les comportements du bébé et les comportements des parents. Le but est d'évaluer la détresse du nourrisson et le niveau de frustration des parents. Les données ont été transcrites dans un logiciel informatique.</p> <p>Durant les cinq premières semaines de vie de l'enfant, les mères ont été contactées par téléphone et ont été encouragées à compléter</p>

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			l'agenda. Deux mois après la naissance du bébé, le mères ont répondu à une interview téléphonique.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Des statistiques ont permis d'analyser les résultats obtenus.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>2738 mères ont participé à l'étude et ont été séparées en deux groupes (voire « population »).</p> <p>Huit résultats primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Connaissances au sujet des pleurs</i> - <i>Connaissances sur les dangers de secouer</i> <p>Les scores des mères faisant parties du groupe d'intervention sont plus hauts que ceux des mères du groupe contrôle concernant les pleurs (6,2 points de différence) et les dangers de secouer un enfant (1,3 points).</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Réponses générales aux pleurs</i> - <i>Réponses aux pleurs inconsolables</i> - « <i>Self-contrôle</i> » aux réponses aux pleurs inconsolables <p>Les scores du groupe d'intervention sont plus élevés concernant les comportements en réponse aux pleurs « normales » (0,2 oints de différence), aux pleurs « inconsolables » (1,3 points de différence) et concernant le « self-contrôle » aux réponses aux pleurs inconsolables (1,3 points de différence).</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Partage de l'information au sujet des pleurs</i> - <i>Partage de l'information concernant le fait de s'éloigner de</i>

				<p><i>l'enfant en cas de frustration.</i></p> <p><i>- Partage de l'information sur les dangers de secouer.</i></p> <p>D'avantage de mères du groupe d'intervention (6,5%) ont partagés les informations reçues concernant le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de frustration causées par les pleurs inconsolables, et 5,6% de plus ont partagé les informations au sujet des dangers de secouer. Elles n'étaient pas contre pas plus susceptibles de partager les informations à propos des pleurs.</p> <p>Quatre résultats secondaires (dérivés des informations de l'agenda « Baby's day diary ») :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Contact entre la mère et l'enfant en détresse (minutes/jour)</i> <p>Le groupe d'intervention est 8,6 minutes de plus par jour en contact avec l'enfant en « détresse ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Actions entreprises lorsque l'enfant est en « détresse » (événements/jour)</i> - <i>S'éloigner de l'enfant en cas de pleurs inconsolables (événements/jour)</i> - <i>Mesure de la frustration</i> <p>Le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de frustration et le niveau de frustration ne sont pas statistiquement différents entre les deux groupes.</p> <p>Le groupe d'intervention reporte significativement plus de détresse (13,8 minutes) que le groupe contrôle.</p> <p>Les effets de l'intervention varient peu en fonction de l'éducation des mères, du fait qu'il s'agisse ou non d'un premier enfant, du site d'intervention ou de la fréquence des pleurs inconsolables. Les différences de score sont plus importantes si les mères lisent les brochures et regardent le DVD, ce qui implique que les différences</p>
--	--	--	--	--

				sont liées au matériel. Tous les résultats sont détaillés dans différents tableaux présents dans l'article scientifique (tables 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7).
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		Le matériel « Period of PURPLE Crying » est associé à des améliorations statistiquement significatives concernant les connaissances des pleurs (6% plus élevé chez les mères ayant reçu le matériel éducatif) et des dangers de secouer (1% de plus) et pour les deux comportements en comparaison avec le groupe contrôle. Les mères du groupe d'intervention partagent plus volontiers l'information concernant le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de frustration causées par les pleurs (6% de différence) et elles mettent plus souvent en garde concernant les dangers de secouer (7% de différence). Aucune petite amélioration n'est statistiquement significative concernant les réponses des mères aux pleurs habituels, aux pleurs inconsolables et le « self-contrôle » lors de pleurs inconsolables. Les mères du groupe d'intervention n'ont pas augmenté le partage de l'information au sujet des pleurs avec d'autres personnes susceptibles de garder leur enfant. Le contact maternel avec un enfant en détresse est plus important de neuf minutes en comparaison avec le groupe contrôle. Le degré de frustration quotidien est presque similaire entre les deux groupes. Ces résultats montrent des améliorations évidentes au sujet des connaissances des mères, considérées comme importantes dans la prévention du SBS.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Le matériel « Period of PURPLE Crying » semble être efficace dans des populations diverses. Pourtant, l'étude n'a pas été suffisamment

					longues pour tester l'efficacité du matériel éducatif sur l'incidence du SBS. L'implantation du programme sera renforcé par de multiples expositions à travers divers sites. - Les changements de connaissances et de comportements ont été évalués auprès des mères uniquement alors que les hommes sont les auteurs les plus fréquents du SBS. - Plusieurs sujets n'ont pas fourni des données complètes. Restreindre l'analyse aux personnes avec des données complètes peut produire des estimations biaisées. - Les résultats ne sont pas tirés d'observations actuelles des parents. - Les chercheurs ne savent pas si les résultats sont généralisables à d'autres populations.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et les travaux de recherche à venir ?	X			Les connaissances au sujet des propriétés des pleurs et du sentiment de frustration qu'ils peuvent engendrer sont peu répandues. Il s'agit d'un domaine à développer.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est correctement structuré et bien écrit, ce qui permet une analyse minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont utilisables dans la pratique infirmière.

Titre de l'article : Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program

Auteurs : C. Goulet, J.-Y. Frappier, S. Fortin, L. Déziel, A. Lampron et M. Boulanger

Journal : The association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses

Année de parution : 2009

Approche : mixte

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Développement et évaluation d'un programme de prévention du SBS »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Il contient les objectifs, le devis, le lieu, la population, la méthode, les résultats et la conclusion.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Beaucoup de parents ont des connaissances insuffisantes sur les dangers de secouer un bébé et sur la fragilité du cerveau de celui-ci. 25 à 50% des parents ou des futurs parents ne savent pas que secouer un nouveau-né peut conduire à de graves blessures et à la mort.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Des explications sur le SBS et son incidence, ainsi que sur les pleurs, la frustration et le manque de connaissances sont données. Le programme périnatal de prévention du SBS (PPPSBS) est expliqué.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			La maltraitance infantile, le SBS, les théories concernant les liens entre les pleurs et le SBS, et la colère et le SBS sont expliquées.
Question de R / Buts	-Question		X		
	-Buts de l'étude	X			Évaluer la pertinence d'introduire le PPPSBS à tous les parents à la naissance de leur 1er enfant en se basant sur les évaluations des

					parents et des infirmières.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Le devis n'est pas signalé dans la recherche. Il est cependant décrit qu'il s'agit d'une étude mixte (quantitative et qualitative) et selon notre analyse, il s'agirait d'une enquête.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			<p>Les parents répondent aux critères d'inclusion suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mère ou père d'un enfant né à terme, avoir passé au moins 24h à l'hôpital, avoir reçu le programme de prévention sur le SBS, parler et lire le français <p>263 parents ont participé à l'étude (73,8% de mères et 26,2% de pères, incluant 34 couples). 57% des participants sont âgés de 27 à 35 ans, 29% de 18 à 26 ans et 14% de plus de 35 ans. 49% des familles ont déjà un enfant. 64% des participants ont un degré de formation élevée et 90% sont nés au Canada.</p> <p>Les infirmières répondent aux critères d'inclusion suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir reçu la formation pour administrer le programme et avoir délivré le programme de prévention à au moins 5 familles <p>157 infirmières ont été formées pour donner le programme de prévention, mais 69 infirmières ont terminé l'étude. Les participantes ont entre 0 et 37 ans d'expérience dans les soins (moyenne de 17,3 ans et médiane de 18,5 ans). 74% ont un diplôme universitaire et 26% un diplôme inférieur.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Il y a 263 parents et 69 infirmières impliquées dans cette étude. Le faible taux de participation des infirmières est expliqué dans les limites de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Pour les parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un questionnaire contenant des questions socio-démographiques - un interview par téléphone contenant des questions fermées,

					<p>incluant plusieurs questions de type « Likert »*, ce questionnaire traite de la pertinence et de l'utilité de l'information donnée, le temps de l'intervention et l'évaluation des cartes d'information</p> <p>- un interview qualitatif de 20 minutes passé chez un participant sur 10 et permettant de compléter les données rassemblées dans l'interview par téléphone</p> <p>Pour les infirmières :</p> <p>- un questionnaire comprenant des questions fermées concernant leur profil socio-démographique, leur évaluation de la formation reçue pour administrer le programme, leur évaluation de l'intervention, la pertinence des informations données aux parents et le cadre dans lequel la formation a été donnée</p> <p>*« Une échelle de Likert est une échelle d'attitude comprenant 4 à 7 degrés par laquelle on demande à l'individu d'exprimer son degré d'accord ou désaccord relatif à une affirmation. » (Bathelot B. (2011). Définition Echelle de Likert. Accès : http://www.definitions-marketing.com/Definition-Echelle-de-Likert)</p>
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			<p>L'évaluation du programme a eu lieu dans les hôpitaux de Sainte-Justine et de Pierre Le Gardeur. Les données ont été récoltées sur une période de plus de 6 mois.</p> <p>Toutes les infirmières travaillant dans les unités périnatales de ces deux hôpitaux ont été invitées à participer au programme de prévention et ont reçu une formation préalable de 3 heures ainsi que du matériel. Deux mois après cette formation, un questionnaire a été envoyé aux infirmières qui remplissaient les critères d'inclusion.</p> <p>Entre juin et décembre 2005, les parents des deux hôpitaux ont reçu le programme de prévention du SBS à la maternité. Les parents qui étaient d'accord de participer à l'étude ont dû alors remplir le questionnaire socio-démographique. Entre 6 et 9 semaines après</p>

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			l'intervention, les parents ont participé à une interview téléphonique. Cette période a été déterminée en fonction des pleurs du bébé. En effet, c'est entre 6 et 9 semaines que les pleurs sont les plus fréquents. De plus, un parent sur 10 a été contacté pour un interview plus long par téléphone.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour décrire en détail les facteurs d'influence (obstacles) ?	X			Des statistiques descriptives ont été utilisées pour détailler le profil démographique des parents et des infirmières. Des analyses bivariées ont été utilisées pour étudier les relations entre le genre, la parité et les réponses.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Seules les données descriptives des interviews et des citations directes des interviews qualitatives sont présentées dans l'étude.</p> <p>Jugement de l'intervention et du rôle des infirmières :</p> <p>Le tableau 3 décrit le jugement d'ensemble des parents sur l'intervention et le rôle des infirmières. Les résultats indiquent que 98% des parents ont apprécié l'intervention, 99,6% sont d'accord que cette intervention doit continuer et seul 1,5% des parents considèrent l'information reçue comme inutile.</p> <p><i>Que le pic des pleurs est à 6 semaines, ok. Quand mon petit garçon avait 6 semaines, je me focalisais là-dessus. Ça rassure de savoir que c'est normal. On ne se sent pas mauvais parents. Se sentir un peu débordé par la situation et dire « arrête de pleurer ! » ... ça prend quelques instants, et il y a une blessure.</i></p> <p>60,5% des parents préférèrent recevoir l'intervention à l'hôpital, 21,7% auraient préféré la recevoir durant la visite post-natale à domicile, et</p>

				<p>17,9% auraient préféré traiter du sujet avant la naissance du bébé. Il n'y a aucun doute sur la pertinence de la participation des infirmières. En effet, 94% des parents sont d'accord qu'il aurait été insuffisant de recevoir les cartes sans la présence de l'infirmière.</p> <p><i>Je pense que c'était bien. Il n'aurait pas été juste de dire prenez les cartes et lisez-les, et voilà. J'ai trouvé que nous n'étions pas laissé seul, ainsi il n'y avait pas de risque que nous ne lisions pas les cartes.</i></p> <p>Toutes les infirmières trouvent que l'intervention est appropriée et que le programme doit continuer à être donné. Elles sont d'avis que l'intervention est bien accueillie par les parents (53% quelque peu d'accord et 45% fortement d'accord). Elles se sont senties à l'aise durant l'intervention, mais 28% pensent que toutes les infirmières ne pourraient pas donner ce programme. Très peu d'infirmières ont eu l'impression que l'intervention ne correspondait pas aux besoins des parents.</p> <p>Les cartes d'information :</p> <p>Le tableau 4 décrit les résultats sur les cartes d'information. Pour la majorité des parents, les cartes sont appréciées, très pertinentes et simples à comprendre. 99,6% des parents soulignent l'importance de donner les cartes à tous les parents à la naissance de leur enfant. Ils trouvent les cartes de qualité, surtout en ce qui concerne la quantité d'information et leur présentation visuelle.</p> <p><i>Oui, c'était bien. Je pense que c'est la chose principale. Si cela avait été un document avec beaucoup d'écrit, je pense que cela pourrait être décourageant. Mais là on peut lire de courtes cartes rapidement et avoir compris. Graphiquement, c'est bien. L'information est vraiment claire et bien disposée. Je me rappelle que c'était vraiment</i></p>
--	--	--	--	---

				<p><i>clair. J'aime les petites lignes où on peut écrire nos propres solutions.</i></p> <p><u>Carte sur les pleurs</u> : 57% des parents ont dit avoir appris soit beaucoup (51%) soit vraiment beaucoup (6%) de cette carte</p> <p><u>Carte sur la colère</u> : 52% ont dit avoir appris soit beaucoup (47%) soit vraiment beaucoup (6%) de cette carte</p> <p><u>Carte sur le SBS</u> : 61% des parents ont dit avoir appris soit beaucoup (45%) soit vraiment beaucoup (16%) de cette carte ; elle a eu le meilleur impacte en termes de diffusion de nouvelles connaissances</p> <p><i>Je pense que ça m'a fait prendre conscience que nous devons avoir nos ressources prêtes, comme, qui va nous aider à passer ces périodes que tout le monde connaît ?</i></p> <p>Presque 80% des parents disent avoir pensé aux cartes d'informations une fois rentré chez eux. Cependant, 55% n'y pensent pas souvent. 63,5% des parents n'ont pas regardé à nouveau les cartes, 59% l'ont fait une fois, 30,5% deux ou trois fois et 10,5% quatre fois ou plus. Bien que le stress parental n'ait pas été mesuré, les résultats indiquent que 44,5% ont trouvé les cartes sur les pleurs et la colère aidantes dans des situations où les pleurs du bébé étaient intenses.</p> <p><i>Un jour mon bébé pleurait tout le temps sans raison, ou pour une raison que je ne pouvais trouver. Je ne pouvais pas penser cela, mais un bébé qui pleure durant toute une journée est quelque chose de difficile. Juste pour dire que c'est là où tu es vulnérable.</i></p> <p>Toutes les infirmières trouvent important de donner ces cartes aux parents. L'information sur les cartes est pertinente, simple à comprendre, et la quantité d'informations et la qualité visuelle sont adéquates. Toutes les infirmières disent avoir profité du support des</p>
--	--	--	--	---

				<p>cartes dans leur rencontre avec les parents. Elles ont toutes appris quelque chose de nouveau.</p> <p>Le plan d'action :</p> <p>Le tableau 5 décrit les résultats par rapport au plan d'action. 98% des parents ont écrit un plan d'action et confirment son utilité. 1,6% ne considèrent pas cela utile. Les plans d'action incluaient 20 actions différentes. Les actions les plus souvent utilisées pour répondre au stress déclenché par les pleurs du bébé sont : mettre le bébé au lit et quitter la chambre (32%), appeler un membre de la famille ou un ami pour de l'aide ou du soutien, et faire une promenade et laisser le conjoint prendre la relève. Les deux premières stratégies de coping sont données comme exemple sur la carte d'information. 6 à 8 semaines après le retour à domicile, 47% des participants se rappellent 1 ou 2 actions de leur plan, et seul 8% ne se rappellent d'aucune.</p> <p>La pertinence des signatures des parents et des infirmières n'a pas été démontrée. 93,5% des parents soutiennent l'idée de signer le plan, mais 19% considèrent cela vraiment pertinent. 51% pensent qu'il a soit peu (37%) soit aucune pertinence (14%). 29,2% des infirmières pensent que les signatures des parents n'ont pas de pertinence. Par rapport aux signatures des infirmières, 26% des parents ne se rappellent pas si l'infirmière a signé et 6% disent qu'elle ne l'a pas fait. 48% des parents et 39% des infirmières pensent que les signatures ont une petite ou aucune pertinence.</p> <p>Les suggestions des parents pour améliorer le programme :</p> <p>Les deux suggestions les plus fréquentes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - donner suite au programme une fois les parents de retour à domicile, particulièrement durant la période de pic des pleurs
--	--	--	--	--

				<p>- plus d'informations détaillées sur le SBS, particulièrement sur les blessures et les conséquences sur le bébé, et des exemples de la vie quotidienne où des parents sont à bout à cause de pleurs persistants</p> <p><i>Un peu plus d'images et peut-être plus explicites. Avec les images, on explique tout.</i></p> <p>Les différences selon le genre et la parité :</p> <p>Les analyses bi-variées suggèrent que les nouveaux parents trouvent l'information plus utile que les parents ayant déjà un enfant. Ils pensent plus aux cartes une fois à domicile et ont plus appris des cartes sur les pleurs et le SBS. Plus de pères que de mères ont donné comme réponse « quelque peu d'accord », alors que les mères disent qu'elles ont été fortement d'accord avec les affirmations concernant l'utilité des cartes.</p> <p>Evaluation de la formation donnée aux infirmières :</p> <p>Le tableau 6 décrit les résultats par rapport à la formation des infirmières. 27,5% des infirmières sont quelque peu satisfaites et 72,5% sont très satisfaites de la formation reçue. La majorité est d'accord avec les affirmations suivantes : « l'information donnée est facile à comprendre », « il y a une bonne balance entre la quantité d'informations scientifiques et les exercices pratiques », « les activités d'apprentissage favorisent l'appropriation des connaissances », « la formation est une bonne préparation pour intervenir auprès des parents » et « la longueur de la formation est adéquate par rapport au contenu ».</p> <p>Les infirmières relèvent que les cartes et la brochure reçues sont pertinentes et facilitent l'administration du programme aux parents. Presque toutes les infirmières disent que ce matériel doit être donné durant la formation d'infirmière. La brochure facilite leur</p>
--	--	--	--	---

					<p>participation lors de la formation et elles pensent qu'elle doit être donnée à toute infirmière dans le cadre de la formation.</p> <p>L'introduction du programme :</p> <p>Plus des 3/4 des infirmières mentionnent que la mise en place du programme est bien reçue. Presque 2/3 sont d'accord que l'intervention correspond à leurs activités régulières, mais 70% trouvent que ce n'est pas facile de trouver un moment opportun pour délivrer le programme, particulièrement parce qu'il faut la présence des deux parents.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			<p>Le PPPSBS réalise le but d'augmenter les connaissances des parents sur les pleurs de l'enfant, la colère et le SBS. Les parents ont identifié et utilisé des stratégies personnelles de coping. Cette étude soutient la pertinence d'introduire le PPPSBS dans tous les hôpitaux.</p> <p>Les infirmières mentionnent que c'est une intervention sensible mais réalisable (5-10 minutes), bien qu'il est difficile de trouver du temps où les deux parents sont présents.</p> <p>En comparant les 3 heures de formation données aux infirmières aux coûts des soins que demandent une victime du SBS, ce programme est une intervention rentable.</p> <p>Le moment de l'intervention a largement été discuté. Dans la phase prénatale, les mères et les pères ne sont pas préoccupés par les pleurs du bébé et ceux-ci deviennent une réalité quand ils sont en contact avec leur bébé. Les programmes de prévention qui ont montré un effet positif sur les connaissances des parents et une diminution du SBS accentuent l'intervention tôt et à l'hôpital.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			<p>Des études futures pourraient évaluer si la mise en oeuvre de ce programme est possible avec des populations plus vulnérables ou avec des groupes spécifiques (linguistiques, ethniques, etc.).</p>

	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - Il y a eu un faible taux de participation des infirmières car il y avait une restructuration importante du travail de celles-ci durant l'étude, sur un des sites. - L'intervention ayant été donnée 24 à 48h après la naissance, l'état d'alerte des parents et leur réceptivité peuvent avoir été moins optimaux, bien que 61 % des parents ont mentionné préférer recevoir l'intervention à ce moment-là. - L'étude ne mesure par les connaissances actuelles des parents sur le SBS, les pleurs, etc. - Il est difficile d'évaluer objectivement si le stress parental est réduit, après l'intervention, durant tous les épisodes de pleurs du bébé. - L'étude ne mesure pas si l'intervention a réellement diminué l'incidence du SBS. - Les résultats ne permettent pas aux auteurs de déclarer qu'une intervention est suffisante pour diminuer le SBS.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			L'étude met en avant les thématiques qu'il reste encore à étudier (développer un registre national du SBS, etc.).
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article a une structure claire et est séparé en plusieurs chapitres et sous-chapitres pertinents.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'évaluation du programme PPPSBS permet des pistes susceptibles d'être utiles pour la discipline infirmière.

Titre de l'article : Secondary analysis of the « Love Me...Never Shake Me » SBS education program

Auteurs : G. Deyo, T. Skybo et A. Carroll

Journal : Child Abuse & Neglect

Année de parution : 2008

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			C'est une analyse secondaire du programme « Love Me...Never Shake Me ».
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Il contient les objectifs, la méthode, les résultats, les conclusions et les implications pour la pratique.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Il existe de la prévention pour le SBS, mais il y a très peu d'études qui évaluent ces programmes.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'évaluation des programmes de prévention ainsi que le programme « Love Me...Never Shake Me » sont expliqués.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les types de prévention ainsi que les recherches déjà faites sur le SBS sont décrits.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Il n'y a pas d'hypothèses formulées, cependant plusieurs questions de recherche sont définies : 1) Quelles sont les caractéristiques démographiques des femmes qui participent au programme d'éducation au SBS ? 2) Quel est le pourcentage de réponses de chaque item sur la déclaration d'engagement, le pré et le post-test, et l'enquête de

					suivi ? 3) Y'a-t-il une différence entre les scores du pré et du post-test ? 4) Y'a-t-il une différence entre les scores du pré et du post-test selon l'hôpital et les données démographiques ?
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		Il n'y a pas d'hypothèse formulée, mais l'état des connaissances est réalisé.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Aucun devis n'est clairement formulé. Il est cependant dit que c'est une analyse secondaire descriptive.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Le tableau 1 décrit toutes les caractéristiques démographiques de l'échantillon. Il y a 7051 femmes qui ont participé au programme d'éducation au SBS. Les participantes sont le plus souvent âgées de 31 ans. La majorité est de « race » blanche (76%), a fait des études du niveau collège au moins (62%), a une assurance privée (62%) et vit avec son enfant et le père de celui-ci (85%).
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			La base de données « Love Me...Never Shake Me » déjà existante comprenait 25'949 participants de tous les sites d'étude de 2002 à 2005. Après avoir exclu tous les participants identifiables, ceux qui n'avaient pas fini le programme dans l'un des 5 hôpitaux du centre d'Ohio (4 unités de maternité et 1 unité de néonatalogie) et toutes les personnes qui n'étaient pas des mères biologiques de 18 ans ou plus, il est resté 7051 participantes (91% des 4 unités de maternité). 7051 participantes ont rempli la déclaration d'engagement, mais 714 ont complété le pré-test et 5222 ont complété le post-test. Il y a donc 5936 participantes qui ont rempli le pré et/ou le post-test sur les 7051. 321 participantes ont rempli le questionnaire de suivi.
Collecte des données et	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			- un pré et un post-test mesurent les connaissances des participantes avant et après l'éducation au SBS ; chaque test propose les même

mesures				<p>huit questions avec des réponses à option</p> <p>- la déclaration d'engagement comporte le consentement écrit pour participer à l'étude, l'engagement social de ne pas secouer, des données démographiques et si la participante trouve que le programme est nouveau et aidant</p> <p>- l'enquête de suivi (16 questions) mesure ce que la participante se souvient de l'éducation reçue sur le SBS et si des informations du programme ont été utilisées par la suite</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X		<p>Les données secondaires utilisées pour la recherche étaient récoltées comme suit. Les infirmières des hôpitaux étaient formées par un coordinateur du programme de prévention pour recruter et délivrer le programme auprès des parents des nouveau-nés. Les mères qui étaient d'accord de participer à l'étude ont dû donner un consentement verbal. Elles accomplissaient ensuite le pré-test, regardaient la vidéo « Portrait of Promise : Preventing Shaken Baby Syndrome », regardaient le matériel éducationnel sélectionné avec l'infirmière, remplissaient le post-test et signaient une déclaration d'engagement personnelle. Elles ont reçu un sac-cadeau (brochures éducationnelles sur le SBS, bavette, aimant). Environ 3 à 4 mois après l'intervention, une partie des mères ont reçu un appel téléphonique de suivi pour évaluer la conservation des connaissances sur le SBS.</p>
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?		X	<p>Il est dit que le « Ohio State University and Columbus Children's Hospital Institutional Review Boards » a approuvé l'étude.</p>

Résultats	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Plusieurs méthodes ont été utilisées : des statistiques descriptives, Cronbach's alphas, des t-tests, des analyses répétées de variances et des multiples analyses de variance.
Traitement des données					A l'engagement (n=7051), 96% des participantes ont répondu avoir déjà entendu parlé des dangers du SBS. 97% pensent que l'éducation sur le SBS est aidante, et 98% recommandent que tous les nouveaux parents reçoivent ce programme.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Le tableau 2 décrit les résultats du pré et du post-test. Sur les 8 questions, plus de 98% des participantes ont répondu correctement aux questions 1, 2, 5, 6 et 8 liées au SBS, au pré et au post-test (n=5936). Il y a une augmentation statistiquement significative entre le pré et le post-test pour la question 4, « c'est ok de laisser un enfant pleurer » (n=314). Il n'y a pas de changement statistiquement significatif pour les questions 1 à 3 et 5 à 8.
					Lors de l'enquête de suivi (n=321), 92% des participantes se souviennent qu'elles ont reçu des informations sur le SBS et 98% s'en souviennent si cela est spécifié. 62% des participantes disent n'avoir pas reçu d'information sur le SBS de la part de leur pédiatre ou autre. 38% disent avoir reçu des informations sur le SBS après la naissance de leur enfant (52% lors d'une visite à domicile, d'un cours parental, sur un panneau d'affichage ou à la radio et 40% de la part de leur pédiatre ou d'une autre personne provenant des soins primaires).
					97% des participantes définissent correctement le SBS et identifient les conséquences physiologiques du secouement. 94% disent savoir quoi faire si elles deviennent stressées quand elles s'occupent de leur bébé. 97% disent pratiquer des techniques d'apaisement, comme porter, bercer, chanter et/ou nourrir leur bébé, suggérées dans le

					matériel éducationnel. 92% sentent que ces techniques les aident à apporter de meilleurs soins à leur bébé. 36% disent pratiquer des techniques de coping et 9% accéder à des services d'aide et de soutien communautaires. Lors de l'enquête de suivi, 99% des participantes vivent avec leur enfant, et 88% avec le père de celui-ci ou un autre homme. 87% des participantes rapportent que l'homme a reçu des informations sur le SBS de la part du programme de prévention, et s'il n'en a pas reçu, 48% des participantes ont partagé les informations sur le SBS avec lui. 68% des participantes font garder leur bébé par un autre adulte (62% par un « prestataire à domicile » (« home-based provider ») et 28% par un ami, un parent ou une baby-sitter). La moitié des participantes disent avoir partagé l'information reçue avec la personne s'occupant de leur bébé.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Cette étude montre que la prévention primaire universelle doit continuer, car il n'y a pas de différence dans les résultats selon le site hospitalier et la démographie. L'échantillon restreignait la possibilité de généraliser les résultats. C'est d'ailleurs une limite citée par les auteurs.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			- comme c'est une analyse secondaire, il n'est pas possible de modifier le protocole du programme et les informations disponibles pour l'étude ont dû être utilisées - le programme utilise un échantillon qui restreint la possibilité de généraliser les résultats à une population générale

					<ul style="list-style-type: none"> - le protocole n'a pas été suivi par tous les hôpitaux - les instruments du pré et du post-test ne sont pas fiables
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - une éducation relative aux pleurs et aux techniques d'apaisement peut être nécessaire - il y a un manque de connaissances des techniques de coping et des services d'aide et de soutien communautaires - peu d'éducation au SBS est faite en dehors de l'hôpital ; il pourrait être judicieux de promouvoir l'éducation au SBS durant des visites de santé (par exemple chez le pédiatre) - l'éducation des hommes est primordiale ; dans ce programme les mères ont partagé les informations reçues avec leur compagnon, mais on ne sait pas ce qui a été partagé exactement - une prévention primaire universelle doit être continuée, plutôt que le ciblage des parents à haut-risque (pas de différence dans les résultats selon le site hospitalier ou la démographie) - il faut améliorer le programme actuel : se concentrer sur son contenu et sur les instruments d'évaluation de celui-ci
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est suffisamment détaillé et est bien structuré. Cependant, leur méthode est difficile à comprendre (analyse secondaire) à la première lecture. Il n'est pas clair si seules les mères ont reçu le programme, ou si les pères l'ont aussi reçu.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les auteurs arrivent à la conclusion que la prévention du SBS doit continuer car les mères se souviennent de celle-ci (lors de l'enquête de suivi), qu'elles trouvent important que tous les parents reçoivent une information sur ce thème et parce qu'elles ne reçoivent pas d'éducation de la part d'autres services de soins que l'hôpital.

Titre de l'article : Intervention type matters in primary prevention of abusive head injury : Event history analysis results

Auteurs : B. S. Russel, J. Trudeau et P. A. Britner

Journal : Child Abuse & Neglect

Année de parution : 2008

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	≈ « Ce qu'il faut savoir dans la prévention primaire du traumatisme crânien abusif : résultats de l'Event history analysis (EHA) »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Il contient le but, la méthode, les résultats, la conclusion et l'implication pour la pratique et pour des recherches futures.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Plusieurs programmes de prévention du SBS permettent un changement positif dans les attitudes des parents. Cependant, peu d'études ont analysé ce degré de changement, ou les composantes spécifiques du programme qui permettent ces changements. La notion que la prise de conscience d'un risque ou d'un bénéfice permet de protéger la personne contre un comportement potentiellement nuisible reste largement non testée.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Le SBS, ses conséquences et les auteurs principaux sont décrits.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Le contenu des programmes de prévention est abordé (apprentissage de stratégies et d'aptitudes spécifiques qui soutiennent le développement de l'enfant) et mis en lien avec la recherche qui va être faite ici.

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			1) Les attitudes des personnes s'occupant d'un bébé changent plus rapidement après la présentation d'un matériel d'intervention que celles qui ne s'occupent pas d'un enfant, pour qui ces matériaux peuvent avoir moins d'importance. 2) Le type de matériel utilisé dans une intervention (brochure seulement versus vidéo, par exemple) influence la persévérance dans le changement des attitudes des participants. 3) Une intervention unique peut promouvoir un changement d'attitude.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est une recherche longitudinale. Il y a une collecte de données avant l'intervention, puis 2, 6 et 12 semaines après l'intervention, ce qui représente 4 récoltes de données en 3 mois.
Devis de recherche					Deux échantillons indépendants, les parents et les « non-parents », ont été recrutés pour cette recherche longitudinale.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les adultes de plus de 18 ans de contextes démographiques différents ont été invités à participer au travers d'un échantillon « de convenance »* et d'un échantillon « boule de neige »** à l'Université du Connecticut. Aucune restriction d'âge, de niveau d'éducation, de sexe, de revenu ou d'ethnie n'a été faite. Cet échantillon a une moyenne d'âge de 32 ans, un revenu entre 30'000 et 50'000 dollars, est composé de 72% de femmes et les participants ont en moyenne un haut degré d'éducation. 56% ont dit s'occuper régulièrement d'enfants, mais il n'y a pas de détails sur la nature de ces relations ni sur l'âge des enfants. L'échantillon est à prédominance blanche ou d'Europe (86%), suivi par 4% de latino, 3% d'afro-américain et 3% d'asiatiques. 4% sont de deux « races »

				ou d'une autre « race ».
				<p>* « échantillon choisi lors d'une étude pour des raisons pratiques d'accessibilité et de coût » (Bathelot B. (2011). <i>Définition Echantillon de convenance</i>. Accès : http://www.definitions-marketing.com/Definition-Echantillon-de-convenance)</p> <p>** les participants recrutent eux-même d'autres participants (Wikipedia. (2014). <i>Snowball sampling</i>. Accès : http://en.wikipedia.org/wiki/Snowball_sampling)</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		264 adultes ont participé durant 2004-2005. Cependant, 42 participants n'ont pas répondu à l'enquête de suivi (16%). Ces 42 participants n'ont pas été inclus dans les analyses longitudinales. Au total il y a 222 participants.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		<p>Les chercheurs ont utilisé le « Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment », créé spécifiquement pour cette recherche. Les différents items de ce questionnaire ont été choisi pour mesurer 4 « constructions » en lien avec le SBS : 1) les attitudes envers la régulation des émotions des adultes, 2) les attitudes d'apaisement utilisées, 3) les attitudes de discipline utilisées et 4) les connaissances des « donneurs de soins ». Chacun de ces sujets a été choisi en se basant sur des preuves de la littérature sur le SBS qui suggèrent que les auteurs du SBS ont secoué leur bébé pour stopper ses pleurs, pour le discipliner ou lors d'un jeu qu'ils ont cru inoffensif.</p> <p>Le « Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment » inclut 2 questions fermées (par exemple « Avez-vous déjà entendu parler du SBS ? ») et 3 questions ouvertes (par exemple « Que signifie pour vous le fait de discipliner un enfant de moins de 2 ans ? »). Pour les questions fermées, les participants devaient répondre au moyen d'une échelle de type « likert ».* Pour les questions ouvertes, les chercheurs ont analysé l'adéquation des réponses et leur contenu. Pour le degré d'adéquation des réponses, les réponses ont été codées</p>

				<p>dans 3 catégories différentes : risque indiqué, ambigu, approprié. Pour ce qui est du contenu des réponses, chaque réponse a été codée selon son contenu dans 8 domaines différents : 1) mettre les limites verbalement (expliquer, hurler, donner une leçon), 2) conséquences physiques, 3) distraction (ex. stopper des pleurs en donnant le biberon), 4) imposer une punition (ex. privation de nourriture), 5) concept non acceptable (c'est inapproprié de discipliner un enfant si jeune), 6) vérifier si l'enfant est en sécurité (enlever les objets dangereux ou mettre l'enfant en sécurité), 7) contrôle de soi (utiliser des stratégies de coping pour gérer les réponses de la personne qui s'occupe du bébé par rapport au comportement de celui-ci), 8) catégorie « autre » qui inclue les réponses hors-sujet ou incohérentes.</p> <p>*« Une échelle de Likert est une échelle d'attitude comprenant 4 à 7 degrés par laquelle on demande à l'individu d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord relatif à une affirmation. » (Bathelot B. (2011). Définition Echelle de Likert. Accès : http://www.definitions-marketing.com/Definition-Echelle-de-Likert)</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X		<p>Les deux échantillons ont été divisé en trois groupes au hasard, chaque groupe ayant des conditions expérimentales différentes (brochure uniquement, vidéo 1 + brochure, vidéo 2 + brochure). Le tableau 1 décrit ces 3 groupes. Les données démographiques ont été collectées à l'aide du « Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment » lors de l'inscription des participants à l'étude. Après avoir complété ce questionnaire, les participants ont reçu le matériel éducationnel en concordance avec leur groupe assigné. 2, 6 et 12 semaines après leur inscription à l'étude, les participants ont reçu par mail le « Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment ». Au final,</p>

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	chaque participant a complété ce questionnaire 4 fois en 3 mois, permettant une analyse EHA. Les chercheurs peuvent ainsi répondre à la question « est-ce qu'un changement se produit, et si oui quand ? ». Il est seulement dit que cette étude a été approuvée par le comité institutionnel de révision de l'université du Connecticut.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Une série d'analyses statistiques des composantes du questionnaire indique 5 facteurs permettant d'analyser les données récoltées : 1) sévérité de l'éducation 2) être conscient de ses émotions négatives 3) être capable d'apaiser un enfant de manière appropriée 4) être capable d'apaiser un enfant de manière sûre 5) apaiser un enfant de manière dangereuse/inadéquate Le tableau 2 explique en détails ces 5 facteurs. L'EHA est ensuite largement détaillée. En résumé, cette méthode permet d'analyser la probabilité à laquelle un événement survient au fil du temps.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Variables démographiques Il n'y a pas de différences significatives entre les types d'intervention (vidéo 1 + brochure, vidéo 2 + brochure, brochure seulement) par rapport aux variables démographiques incluant l'âge, l'ethnie, le revenu, la précédente conscience du SBS, ou si le participant a reporté s'occuper régulièrement d'enfants. Groupe des drapeaux rouges* La probabilité d'être inclus dans le groupe des drapeaux rouges diminue significativement entre la pré-intervention (11,3%) et les 2

				<p>semaines suivantes (5,6%).</p> <p>* Les réponses avec des éléments à haut risque ont été marquées d'un drapeau rouge (par exemple « la privation de nourriture est un moyen approprié pour discipliner un bébé »).</p> <p>Comment représenter une augmentation d'une prise de conscience en utilisant l'EHHA</p> <p>L'âge est un indicateur significatif pour le facteur 1 (sévérité de l'éducation), indiquant que les participants plus âgés ont une probabilité moindre d'expérimenter un changement positif que les personnes plus jeunes. Pour les 4 autres facteurs, l'âge n'a pas d'influence.</p> <p>Le type d'intervention est la seule variable qui a produit un effet significatif sur plusieurs facteurs. Le type d'intervention a eu un changement positif sur les facteurs 3 (être capable d'apaiser un enfant de manière appropriée), 4 (être capable d'apaiser un enfant de manière sûre) et 5 (apaiser un enfant de manière dangereuse/inadéquante). Il n'a cependant pas eu d'effet sur les facteurs 1 (sévérité de l'éducation) et 2 (être conscient de ses émotions négatives). La figure 1 montre le modèle de prédiction pour les facteurs 3, 4 et 5. Une analyse statistique (« poids B ») a permis de montrer qu'il y a une haute probabilité d'un changement positif avec un haut niveau d'intervention. Les participants qui ont vu la vidéo « Shaking, Hitting, Spanking : What to do Instead » sont les plus susceptibles d'expérimenter un changement positif dans ces 3 facteurs, alors que les participants qui ont visionné « Portrait of Promise » ont moins de chances d'expérimenter un changement positif, et les chances de changement positif chez les participants qui ont reçu la brochure « Never, never shake a baby » sont encore plus faibles. Il a aussi été montré que plus le temps passe, plus la</p>
--	--	--	--	---

				<p>probabilité d'un changement positif est faible.</p> <p>Comment représenter une diminution d'une prise de conscience en utilisant l'EHA</p> <p>Le type d'intervention n'est, cette fois, pas un indicateur significatif de diminution d'une prise de conscience. Par contre, le revenu a une influence sur le facteur 2 (être conscient de ses émotions négatives), qui suggère que les gens plus riches sont plus susceptibles d'expérimenter un changement négatif. L'éducation, quant à elle, a une influence sur le facteur 5 (apaiser un enfant de manière dangereuse/inadéquante), qui suggère que les gens plus éduqués sont plus susceptibles d'expérimenter un changement négatif. Pour les 3 autres facteurs, le revenu et l'éducation n'ont aucune influence.</p> <p>Le genre et le statut de l'enfant ne sont pas des indicateurs significatifs pour un changement positif ou négatif pour n'importe quel facteur.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		<p>Leurs résultats soutiennent les hypothèses 2 et 3 mais pas l'hypothèse 1, bien que les résultats montrent qu'un changement d'attitude est moins probable sur le long terme. Les auteurs comparent leurs résultats avec des recherches antérieures.</p> <p>Des changements pour les facteurs 3, 4, et 5 suggèrent un impact significatif selon le type d'intervention. Cependant tous les matériaux ne sont pas égaux pour promouvoir une augmentation de la conscience vis-à-vis du SBS. La vidéo contenant des descriptions prolongées de techniques de coping à utiliser en cas de pleurs inconsolables (vidéo 2) est la plus appréciée, suivie par la vidéo 1 (témoignage). Les participants qui ont reçu seulement la brochure sont les moins susceptibles d'éprouver un changement positif dans la conscience du SBS.</p>

					Pour ce qui est des facteurs 1 et 2, la vidéo ou la brochure n'ont aucun effet sur l'évolution des participants.
					On peut expliquer qu'il y a eu un changement pour les facteurs 3, 4 et 5 par le fait que ces facteurs sont peut-être plus sensibles au changement car ils sont spécifiques à la sécurité et à des pratiques pour prendre soin de son bébé. Les facteurs 1 et 2, quant à eux, impliquent quelque chose de plus implicite dans la plupart des matériaux éducationnels. La probabilité d'augmenter la conscience pour les facteurs 3, 4 et 5 est meilleure immédiatement après l'intervention pour tous les types d'outils utilisés.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Cette étude n'a pas trouvé un indicateur permettant d'expliquer les changements négatifs qui se sont produits chez certains participants.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			1) leur échantillon aurait pu être plus varié (dans cette étude ce sont surtout des femmes blanches et bien éduquées) 2) d'autres matériaux d'intervention pourraient être testés, comme par exemple la brochure « Prevent Shaken Baby Syndrome » de l'American Academy of Pediatrics (2003).
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Un matériel pédagogique audio-visuel qui traite plus que simplement des conséquences de secouer un bébé (par exemple, par des stratégies pour gérer le stress et la frustration qu'engendre un bébé qui pleure) est le plus susceptible de promouvoir des changements dans les attitudes qui sous-tendent le SBS. D'autres recherches sont nécessaires pour modéliser de manière fiable le changement potentiel dans des attitudes dites sévères. De même, d'autres recherches sont nécessaires pour déterminer si les participants sont sensibles aux questions de comment procurer des

					soins sûrs lors d'émotions intenses (colère ou frustration) par rapport à des émotions plus faibles (tristesse ou fatigue) ou si la durée de l'expérience émotionnelle est plus importante.
Questions générales	-L' article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est suffisamment détaillé mais le vocabulaire utilisé est compliqué à comprendre pour un lecteur novice. L'article a une présentation bien structurée.
Présentation					
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Pour les interventions visant la maltraitance des enfants en bas âge, il pourrait être bénéfique d'inclure du matériel vidéo dans leurs efforts de sensibilisation. Les résultats présentés ici suggèrent que les deux vidéos utilisées permettent une plus grande probabilité de changement (26%) par rapport au groupe de participants qui ont reçu seulement une brochure. Des matériaux qui passent plus de temps sur les compétences pour faire face aux pleurs inconsolables que sur des témoignages de victime ont un potentiel supplémentaire pour un changement positif dans la sensibilisation au SBS.

Titre de l'article : Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children : A Hospital-Based, Parent Education Program

Auteurs : M. S. Dias, K. Smith, K. deGuehery, P. Mazur, V. Li et M. L. Shaffer

Journal : Pediatrics

Année de parution : 2005

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	« Prévenir le SBS chez les bébés et les jeunes enfants : un programme d'éducation des parents à l'hôpital » Le titre ne permet pas de saisir le problème de recherche ni l'objectif de l'étude.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Il contient les objectifs, la méthode, les résultats et la conclusion.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Déterminer si un programme de prévention complet, régional et en milieu hospitalier administré au moment de la naissance de l'enfant peut être implanté avec succès, et examiner son impact sur l'incidence des blessures non-accidentelles à la tête du nourrisson de moins de 36 mois.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'histoire du SBS, ses coûts économiques, les auteurs les plus courants du SBS ainsi que l'âge principal des victimes sont exposés. Pour finir, le programme de prévention à l'étude est expliqué.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Le SBS est défini ainsi que le programme de prévention à l'étude.

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Il n'y a pas d'hypothèses clairement citées. Les auteurs énoncent cependant que le rôle de la prévention n'est peut-être pas d'éduquer le grand public, mais de rappeler les bonnes personnes, au bon moment. Cela peut être pris comme une hypothèse.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			X	Il n'y a pas d'hypothèses clairement citées. Cependant, l'état des connaissances est décrit.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Il n'y a pas de devis clairement explicité. D'après notre analyse, il s'agirait d'une enquête.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?			X	Il n'y pas de chapitre décrivant l'échantillon ; l'information est disséminée dans l'étude. Les auteurs décrivent la population choisie comme les deux parents ayant donné naissance à un enfant dans un des 16 hôpitaux dans les 8 comtés de Western New York (WNY). 86% des déclarations d'engagement (abrégié « CS » en anglais) retournées ont été signées par les mères et 76% par les pères. Les CS retournés montrent une large représentation démographique.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			65'205 CS ont été enregistrés. Cela représente 69% des 94'409 naissances qui ont eu lieu au cours de la période d'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Il y a un exemple de la déclaration d'engagement que les parents ont dû remplir (figure 1). Ce document a permis de récolter des informations démographiques. Il a également été demandé aux parents si l'information reçue a été utile, si c'est la première fois qu'ils ont entendu dire que secouer un bébé est dangereux, et s'ils recommandent cette information à tous les nouveaux parents.
					Une enquête téléphonique de suivi (7 mois après l'intervention) a également été faite auprès de 10% des parents. Elle avait pour but de voir ce dont les parents se souvenaient du programme.

	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			<p>En décembre 1998, le programme a été administré par des infirmières dans 16 hôpitaux dans les 8 comtés de Western New York (WNY). En octobre 1998, l'investigateur principal avait organisé une séance d'information pour les infirmières cheffes de ces hôpitaux permettant de parler des dangers de secouer un enfant et des méthodes du programme. On a demandé aux infirmières cheffes de former les infirmières de leurs unités pour administrer le programme aux parents. Elles devaient diffuser des informations sur le secouement d'un enfant aux deux parents du nouveau-né avant que celui-ci ne sorte de l'hôpital et obtenir la signature des deux parents affirmant la réception du programme et la compréhension des matériaux. Les infirmières ont été encouragées à rechercher activement la participation des pères, de fournir les informations sur le programme séparément d'autres matériaux afin de ne pas nuire à son message central, et de répondre aux questions des parents concernant le SBS.</p> <p>Les CS ont été collectés par les infirmières et retournés mensuellement aux coordinateurs de l'étude. Dans les rares cas où les parents ont choisi de ne pas le signer, l'infirmière était chargée d'effacer toutes les informations permettant d'identifier les parents et de retourner le CS en indiquant que les parents avaient été exposés au programme. Une brève enquête téléphonique de suivi a eu lieu 7 mois après l'intervention.</p> <p>L'incidence régionale des blessures abusives à la tête chez les nourrissons de moins de 36 mois a été suivie de manière prospective au cours de la période d'étude de 66 mois (décembre 1998-mai 2004</p>

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	inclus). Cette incidence a été comparée avec l'incidence régionale lors des 60 mois précédents immédiatement le programme (décembre 1992-novembre 1998 inclus) et avec le taux d'incidence de SBS dans le Commonwealth de Pennsylvanie entre 1992 et 2002. Tous les cas suspects de SBS durant les périodes historiques et de l'étude ont été examinés en détail par une équipe médicale pluridisciplinaire. Une définition commune du SBS a été utilisée tout au long de ces deux périodes.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Cela apparaît uniquement dans la déclaration d'engagement (figure 1). Plusieurs analyses statistiques ont été utilisées pour s'assurer de la justesse des données concernant l'incidence du SBS.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Sur les 16 hôpitaux qui possèdent une maternité, 13 ont participé pleinement au cours de la période d'étude. Tous les hôpitaux de la région ont participé pleinement à partir du début de la troisième année d'étude. 83% des parents qui ont retourné les CS ont reconnu avoir entendu parler auparavant des dangers de secouer un bébé. 82% des parents trouvent que l'information a été utile. Ceux pour qui elle ne l'était pas citent souvent le fait qu'il connaissaient déjà ces dangers. 85% des parents pensent que l'information doit être fournie à tous les nouveaux parents. Environ 10% ont fourni des commentaires positifs sur le programme. Les quelques commentaires négatifs étaient de deux sortes : soit les parents pensaient que le sujet était émotionnellement difficile, soit redondant et inutile.

				<p>Un sondage auprès des infirmières cheffes entrepris à la fin de chaque année a suggéré que les infirmières, dans tous les hôpitaux, ont régulièrement (75-100% des naissances) fourni les brochures, affiché les posters et parlé avec les parents, et avaient les signatures des parents (les CS). Malheureusement, moins de deux tiers des hôpitaux ont régulièrement montré aux parents la vidéo. Les enquêtes téléphoniques de suivi ont confirmé qu'ils se souvenaient du programme, mais beaucoup n'ont pas vu la vidéo. Lorsqu'il est simplement demandé quels sujets de santé et de sécurité les parents se souviennent avoir reçu lors de la naissance de leur bébé, 27% des répondants mentionnent le SBS. Parmi les 73% des répondants restants, 94% ont répondu affirmativement lorsqu'on leur a demandé spécifiquement s'ils se souvenaient avoir reçu des informations sur le SBS. Parmi les parents qui se rappelaient d'informations du programme, 98% se souvenaient des documents écrits, 92% du CS, 89% des conversations avec l'infirmière et 60% de l'affichage des posters. Seulement 23% se souvenaient avoir vu la vidéo. Comme les parents se souvenaient d'autres aspects du programme, les auteurs émettent l'hypothèse qu'ils n'ont jamais vu la vidéo.</p> <p>Au cours des six ans précédant le début du programme, 49 cas de SBS sont mentionnés. Cela représente une moyenne de 8,2 cas par an et de 41,5 cas pour 100 000 naissances vivantes (figure 2). Pendant les 66 mois de la période d'étude, 21 cas de SBS ont été identifiés. Il s'agit d'une moyenne de 3,8 cas par an (réduction de 53 %) et de 22,2 cas pour 100 000 naissances vivantes (réduction de 47%). Cette réduction de 47% de l'incidence est statistiquement significative. En outre, les taux d'incidence par état pour le Commonwealth de Pennsylvanie entre 1996 et 2002 n'a pas changé significativement pendant ce temps (figure 2B). L'incidence dans le</p>
--	--	--	--	---

				<p>WNY par rapport à l'incidence en Pennsylvanie était de 1,40 durant les années 1996-1998 (avant le début du programme) et de 0,67 dans les années 1999-2002 (après le début du programme) ; ce changement est également statistiquement significatif.</p> <p>Un nouveau calcul de l'incidence selon l'année de naissance plutôt que selon l'année de blessure a également donné une réduction statistiquement significative de l'incidence pendant la période d'étude (figure 3).</p> <p>Une analyse a démontré que 7 des 21 cas identifiés au cours du programme sont nés de parents qui n'avaient pas été exposés au programme. Sur les 14 enfants restants, le lieu de naissance est inconnu pour 1, et 3 sont nés dans les hôpitaux participants à l'étude mais pour lesquels il n'y a pas de CS. Les 10 autres nourrissons sont nés dans les hôpitaux où il y avait un CS signé par les parents ; l'agresseur dans chacun de ces 10 cas (le père dans 9 cas et la mère dans 1 cas) avait signé le CS.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>Les auteurs parlent des différents niveaux de prévention (primaire, secondaire ou tertiaire) et situent leur programme dans une prévention primaire, car il répond à une large population. Comme les programmes de prévention primaires doivent atteindre un grand nombre de personnes, ils doivent être ni coûteux ni prendre de temps à administrer. Un programme simple contenant un message fort, administré au moment opportun et nécessitant très peu d'efforts ou de temps de la part de ceux qui donnent le message et de ceux qui le reçoivent, a la plus grande chance de succès. Ce programme de prévention répond à ces critères et peut être mis en œuvre avec succès sur une grande échelle.</p> <p>Les auteurs ont choisi un programme de prévention primaire en</p>

				<p>milieu hospitalier ciblant les parents de nouveau-nés pour plusieurs raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les parents sont les auteurs les plus courants du SBS - la période de risque maximal = les mois après la naissance du bébé - l'accouchement est un moment de contact quasi universel entre les parents et la communauté médicale - les parents peuvent diffuser l'information reçue aux autres - les adultes apprennent mieux lorsque l'information fournie aide à faire face à des événements qui changent la vie (ex. naissance d'un bébé) ; plus l'événement change la vie, plus les adultes sont susceptibles de rechercher des informations et d'apprendre <p>Ce programme est unique à plusieurs égards :</p> <ul style="list-style-type: none"> - seule tentative à fournir un programme d'éducation des parents universel et en milieu hospitalier pour toute une région ; bien que pas encore universel, le programme a atteint les parents d'au moins 69 % des nouveau-nés dans la région au cours de la période d'étude - seul programme démontrant avec succès l'atteinte d'un grand nombre de parents, surtout les pères et les figures paternelles - seul programme à exiger une participation active des parents par la signature du CS, créant un «contrat social» entre les parents et leur communauté ; la signature du CS peut être une composante importante, participant au succès du programme ; bien qu'il pourrait y avoir de nombreuses raisons possibles à la faible incidence du SBS parmi ceux qui ont signé le CS, le degré de protection était important, ce qui souligne l'importance potentielle de cette partie du programme - seul programme avec une efficacité démontrée pour réduire l'incidence du SBS <p>Les données ont également confirmé que 93 % des parents étaient</p>
--	--	--	--	---

				déjà au courant des dangers de secouer violemment un bébé, ce qui suggère que les parents doivent seulement être rappelés au moment opportun, c'est à dire à la naissance de l'enfant, et le message ne doit être retenu que pour une courte période pour être efficace. Vu de cette manière, le programme peut être assimilé à un programme de vaccination dans lequel les parents, une fois « inoculés » avec des informations, sont « immunisés » contre le SBS durant cette période critique. Les coûts d'un tel programme peuvent donc être comparés aux coûts de la vaccination. Le coût direct de l'administration du programme était de 177268 dollars par an. Les coûts sont donc d'environ 10 dollars par enfant, ce qui est comparable aux coûts de nombreuses vaccinations. En supposant une réduction de 47 % de l'incidence, les coûts du programme pourraient être récupérés car les coûts moyens des soins pour les victimes du SBS ont dépassé 21925 dollars par cas chaque année.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		<p>1) un programme plus complet, offrant davantage de matériaux ou incorporant un post-programme avec des tests pour évaluer la compréhension des parents pourrait être plus efficace et/ou fournir des informations supplémentaires</p> <p>2) les parents pourraient ne pas se souvenir, quelques mois plus tard, d'une courte intervention mise en œuvre à un moment de stress accru</p> <p>3) le programme pourrait être moins efficace dans un contexte où peu de pères sont disponibles pendant la période périnatale</p> <p>4) il n'y a pas de relation inverse entre le nombre croissant de CS signés chaque année et la diminution de l'incidence du SBS</p> <p>5) ce n'est pas un essai randomisé et contrôlé</p>

					6) il est possible que la baisse spectaculaire de l'incidence est attribuable à d'autres facteurs non identifiés
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Cette étude fournit la première preuve solide qu'un programme complet d'éducation des parents en milieu hospitalier au moment de la naissance d'un enfant peut réduire efficacement l'incidence du SBS. Le succès de ce programme pilote est actuellement testé sur une plus grande échelle dans le Commonwealth de Pennsylvanie. Le programme a débuté en mai 2002 en Pennsylvanie et a été élargi aux régions de l'Est et de l'Ouest en 2004. Le programme de W'NY est entré dans une deuxième phase (dès janvier 2004) dans laquelle l'information en milieu hospitalier est complétée par des informations supplémentaires fournies aux parents au moment de la première visite avec le pédiatre.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et suffisamment détaillé. Il manque cependant des sous-titres dans certains chapitres qui permettraient de mieux structurer la recherche et de retrouver plus rapidement des informations précises.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Titre de l'article : Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying ans shaken baby syndrome : A replication of a randomized controlled trial in Japan

Auteurs : T. Fujiwara, F. Yamada, M. Okuyama, I. Kamimaki, N. Shikoro et R. G. Barr

Journal : Child Abuse & Neglect

Année de parution : 2012

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« L'efficacité d'un matériel éducatif désigné pour changer les connaissances et les comportements à propos des pleurs et du syndrome du bébé secoué : une réplique d'un essai clinique randomisé. »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Le résumé comprend les objectifs de l'étude, la méthode, les principaux résultats et une conclusion.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			La problématique du SBS est définie. Ce syndrome touche en moyenne 30 enfants sur 100'000 de moins de douze mois. Les pleurs sont souvent la cause de ce secouement. La prévention a pour but d'informer les parents au sujet de la frustration que peut engendrer les pleurs et de leurs proposer des stratégies à adopter pour diminuer l'incidence du SBS. Le matériel « Period of PURPLE Crying » a été développé par le « National Center of Shaken Baby Syndrome ». La signification du mot PURPLE est en lien avec les propriétés des pleurs qui peuvent amener à la frustration des parents : P : intensité maximale des

					<p>pleurs ; U : imprévisibilité des crises de pleurs ; R : pleurs difficiles à atténuer ; P : expression facial du bébé suggérant de la douleur même si le bébé ne souffle pas ; L : pleurs persistants ; E : pleurs qui se manifestent en soirée.</p> <p>Les buts de ce programme sont de renforcer la normalité des pleurs, de suggérer des manières de calmer l'enfant, de décrire le lien entre les pleurs et la frustration des parents et de suggérer trois actions pour faire face à un bébé qui pleure : « augmenter la fréquence de contact avec celui-ci, laisser l'enfant en sécurité et s'en éloigner, ne jamais secouer un enfant ».</p> <p>Au Japon, les facteurs de risque liés au SBS sont différents de ceux reportés dans d'autres pays. Ces facteurs incluent deux pics d'âge (7-9 mois en plus de 2-3 mois) ou le fait d'avoir une seule fratrie (de même parents). De plus, la perception des pleurs dans ce pays est différente. Selon un proverbe japonais, « les pleurs de l'enfant sont bons pour son développement ». Cette croyance réduit la frustration liée aux pleurs chez les japonais.</p> <p>Le but de l'étude est d'analyser les changements de connaissances ou de comportements chez des mères japonaises ayant reçu le matériel éducatif « Period of PURPLE Crying ».</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Les connaissances décrites dans la recension des écrits résument les variables étudiées.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			La problématique du SBS est définie ainsi que son lien avec les pleurs et la frustration des parents. Le matériel éducatif du programme est décrit.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les chercheurs ne formulent pas clairement d'hypothèse.
	-Découlent-elles de l'état des	X			Les chercheurs ne formulent pas clairement d'hypothèse.

	connaissances (théories et recherches antérieures ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'un essai clinique randomisé contrôlé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les 201 mères ont été séparées au hasard en deux groupes : - <i>Groupe d'intervention</i> : les 105 mères ont reçu le matériel éducatif « Period of PURPLE Crying » comprenant une brochure de 11 pages et un DVD. - <i>Groupe contrôle</i> : les 96 participantes ont reçu un DVD au sujet de la prévention de la sécurité des enfants.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	Les mères ont été recrutées dans seulement deux maternités de Tokyo. Les résultats semblent ainsi peu représentatifs de la population japonaise entière.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire téléphonique qui avait déjà été utilisé dans des études précédentes. L'agenda « baby's day diary » a également permis la récolte de données.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Entre juillet 2008 et janvier 2010, les participantes ont été recrutées dans deux hôpitaux de Tokyo. Les deux hôpitaux se situent en périphérie de la ville (familles de classe moyenne). Après avoir obtenu le consentement éclairé des participantes, les assistants de recherche ont expliqué aux mères l'utilisation de l'agenda « Baby's Day Diary ». Le but de cet agenda est que les mères reportent les comportements de leur enfant tout au long de la journée ainsi que leur propre comportement.

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			<p>Les mères ont ensuite été séparées au hasard entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Le matériel a été délivré aux mères par poste deux semaines après, incluant l'agenda, les instructions pour remplir l'agenda et le matériel éducatif.</p> <p>Deux mois après la naissance de l'enfant, les participantes ont répondu à une enquête téléphonique de 20 minutes dans le but d'évaluer leurs connaissances et leurs comportements.</p> <p>Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'institut international de santé publique.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			<p>Des analyses statistiques ont été entreprises par l'utilisation des tests « 2-way ».</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Huit résultats primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Connaissances au sujet des pleurs</i> Les connaissances des mères du groupe d'intervention sont plus importantes que celles des participantes du groupe contrôle. - <i>Connaissances sur les dangers de secouer</i> Les résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. - <i>Réponses générales aux pleurs</i> - <i>Réponses aux pleurs inconsolables</i> - « <i>Self-contrôle</i> » <i>aux réponses aux pleurs inconsolables</i> Les scores des mères du groupe d'intervention sont plus hauts que pour les mères du groupe contrôle en ce qui concerne les réponses aux pleurs inconsolables et les stratégies (« self-contrôle ») des parents. - <i>Partage de l'information au sujet des pleurs</i>

				<p>- <i>Partage de l'information concernant le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de frustration.</i></p> <p>- <i>Partage de l'information sur les dangers de secouer.</i></p> <p>Il existe une augmentation considérable dans le partage d'informations concernant le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de frustration chez les participantes du groupe d'intervention. Mais il n'y a pas de différence entre les deux groupes concernant le partage de l'information au sujet des pleurs et des dangers de secouer.</p> <p>Quatre résultats secondaires (dérivés des informations de l'agenda « Baby's day diary ») :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Contact entre la mère et l'enfant en détresse (minutes/jour)</i> - Pas de différence entre les deux groupes. - <i>Actions entreprises lorsque l'enfant est en « détresse » (événements/jour)</i> - Pas de différence entre les deux groupes. - <i>S'éloigner de l'enfant en cas de pleurs inconsolables (événements/jour)</i> - Le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de frustration est 4,8 fois plus fréquent dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle durant les cinq semaines. - <i>Mesure de la frustration</i> - Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. <p>Les mères dont l'enfant est le second rapportent un score plus haut au sujet des connaissances des pleurs si elles ont reçu le matériel éducatif « Period of PURPLE Crying » alors que les mères qui ont eu leur premier enfant ne montrent pas d'amélioration au sujet des connaissances des pleurs si elles ont reçu le matériel d'intervention.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Les mères du groupe d'intervention qui ont regardé le DVD montrent des connaissances plus élevées au sujet des pleurs que les mères du groupe contrôle, alors qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes si les mères n'ont pas regardé le DVD.</p> <p>Tous les résultats sont détaillés dans les tableaux 1, 2, 3, 4 et 5.</p> <p>Les mères japonaises du groupe d'intervention ont un score 3% plus élevé que les mères du groupe contrôle concernant les connaissances des pleurs. Plusieurs changements de comportement ont été trouvés : le partage de l'information concernant le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de frustration est plus commun (18,3% de différence) et la fréquence de l'événement « s'éloigner de l'enfant » lors de pleurs inconsolables est 4,8 fois plus haut.</p> <p>Bien que cette étude ne permette pas d'évaluer l'efficacité du matériel « Period of PURPLE Crying » sur l'incidence du SBS, les changements des connaissances et des comportements amenant à un risque de secouer un enfant ont été observés.</p> <p>Les 3 points d'augmentation des connaissances des pleurs sont conformes avec les augmentations des précédentes études réalisées à Vancouver et à Seattle.</p> <p>Au Japon, un important changement des comportements a été observé concernant le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de frustration. Ce comportement est 4,8 fois plus important que dans le groupe contrôle.</p> <p>Contrairement aux études précédentes, au Japon, le score des connaissances des dangers de secouer est inférieur (61,8 à celui reporté en Amérique du Nord (Seattle : 83,5 ; Vancouver : 83,2). Les mères japonaises ont probablement été plus réticentes à adopter des informations au sujet de dangers de secouer comme elles ne veulent</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		

					pas penser qu'elles pourraient secouer leur bébé. Elles ne désirent pas non plus partager cette information avec d'autres personnes. Seul le fait de s'éloigner de l'enfant en cas de frustration a été plus facilement partagé (18,3% de différence).
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les différents résultats sont détaillés dans les tableaux présents dans l'article scientifique (table 1, 2, 3, 4 et 5).
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cette étude supporte l'efficacité du matériel « Period of PURPLE Crying » au Japon. Les chercheurs ont utilisé une méthode simple pour délivrer le matériel (envoi postal) qui a démontré son efficacité concernant les changements de comportements et des connaissances au sujet des pleurs de l'enfant. Cette prévention pourrait être appliquée plus largement pour prévenir le SBS.
					Les limites sont citées dans la discussion : - Les changements des connaissances et des comportements ont été évalués uniquement auprès des mères alors que les pères sont généralement les auteurs principaux du SBS. Pourtant, au Japon, les auteurs prédominant de mort causée par la maltraitance infantile sont les mères. - Les résultats sont des reports subjectifs n'incluant pas des observations directes des parents. - Les résultats ne semblent pas généralisables à la population japonaise car l'échantillon a été recruté dans seulement deux maternités de Tokyo.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs pensent que ce programme pourrait être implanté plus largement au Japon et ainsi contribuer à la diminution de l'incidence du SBS.
Questions générales	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à	X			L'article est bien structuré ce qui permet une analyse rigoureuse.

Présentation	une analyse critique minutieuse ?				
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats obtenus sont susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière même s'ils ne sont pas représentatifs de l'entier de la population japonaise. Ils permettent une comparaison intéressante avec les résultats obtenus dans l'évaluation du même programme à Vancouver et à Seattle.

Titre de l'article : Including fathers in preventing non-accidental head injury

Auteurs : L. Coles et L. Collins

Journal : Community Practitioner

Année de parution : 2009

Approche : qualitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Inclure les pères dans la prévention des blessures non-accidentelles de la tête »
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche			X	Le résumé décrit le contexte, la population, les résultats, les perspectives et les mots-clés. Cependant, il n'y a pas de sous-titres pour différencier ces différentes parties.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Une analyse de la prévention de la maltraitance des enfants, incluant le SBS, a identifié les nouvelles mères, jeunes, célibataires et ayant un faible statut socio-économique comme cibles pour les programmes de prévention. Ces critères excluent les pères, alors que ce sont 70% des auteurs présumés du SBS, et les pères et les beaux-pères sont surreprésentés parmi les auteurs de violence physique en générale.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Le SBS est décrit ainsi que les risques de maltraitance (difficultés socio-économiques, etc.).
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le concept de la prévention est décrit dans l'introduction ainsi que le thème des pères dans la prévention.

Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?		X		Il n'y a pas de question de recherche formulée, mais le but de l'étude est de découvrir, au travers d'interviews de pères, les obstacles et les facilitateurs permettant de réaliser une prévention du SBS.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?		X		Il n'y a pas de question de recherche. Cependant, l'état des connaissances est présent dans l'introduction.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis n'est pas décrit. D'après notre analyse, il pourrait s'agir d'une étude phénoménologique.
	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ?	X			Des interviews semi-structurés ont été utilisés pour récolter les données.
	-Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec le devis de recherche ?			X	
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Les chercheurs ont choisi d'écouter une certaine population de pères, de laquelle, selon eux, on pouvait le plus apprendre. Ils ont donc choisi des pères vivants dans des régions pauvres, en isolement social, étant célibataires, sans emploi ou avec un emploi précaire faiblement rémunéré, ayant des partenaires multiples qui s'occupent de leurs enfants, touchés par la toxicomanie ou par des problèmes de santé mentale, ou ayant une implication criminelle. Au total, l'échantillon est de 30 pères de 51 enfants âgés de un mois à 21 ans. Les pères ont un rôle de père avec un bébé ou une expérience prénatale, que ce soit avec leur propre enfant ou avec celui d'une partenaire précédente. Tous viennent des zones urbaines de South Wales. Cet échantillon a été divisé en 5 groupes de pères : 1) 4 pères de 5 enfants entre 4 mois et 21 ans

				<p>2) 7 pères de 15 enfants entre 1 mois et 21 ans</p> <p>3) 14 pères prisonniers de 20 enfants entre 3 mois et 17 ans, et deux attendant la naissance de leur enfant</p> <p>4) 5 pères interviewés à la maison de 11 enfants entre 7 semaines et 15 ans</p> <p>Les pères interviewés à la maison avaient un statut plus élevé au niveau de l'emploi, et leurs données ont été identifiées séparément pour illustrer les différences (hi = « home interview »).</p>
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X		La collecte des données a cessé lorsque la saturation a été observée.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Une liste a été créée comme cadre pour s'assurer de la cohérence du contenu entre les différents interviews semi-structurés réalisés pour récolter les données. Ces entretiens ont été enregistrés et retranscrits.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X		
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X		Les animateurs ont reçu un guide leur demandant de viser une atmosphère détendue, avec des questions ouvertes pour encourager l'expression et l'exploration des idées, et d'être conscient de ne pas biaiser la discussion. Le rôle de l'observateur est d'organiser l'environnement, d'enregistrer les dires des participants et de noter la dynamique de groupe et les indices non verbaux.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		La recherche a été approuvée par les comités d'éthique régionaux et locaux, et les participants ont donné leur consentement éclairé.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que		X	La procédure de l'étude est décrite. Cependant, vu le nombre restreint de participants, les données ne sont pas forcément

	leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				généralisables (CF. Limites de l'étude).
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?			X	Les données ont été codées par catégories. Un modèle de thèmes a ensuite été développé. Il n'y a pas plus de détails sur cette méthode.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p><u>Expériences et apprentissages sur le SBS</u></p> <p>Les pères ont donné des exemples sur le SBS provenant de connaissances personnelles ou des journaux et évoquent la notion de punition : « Je vais vous dire quelque chose. Il y a environ huit ans, cette fille et ce gars avaient un bébé, mais ce n'était pas son enfant, et le jour de Noël, il était tellement en colère qu'il a pris le bébé et l'a jeté contre le mur, l'a tué et a été condamné à perpétuité, et a obtenu 10 ans pour cela. ». La crainte de la faute empêche de divulguer une blessure à la tête. C'est un obstacle au dialogue et rend le SBS tabou. Les professionnels qui viennent à la maison peuvent être considérés comme des policiers : « Il y a beaucoup de parents qui disent que mon bébé a une blessure à la tête, ils s'inquiètent. Si le bébé est blessé, le responsable va penser que c'est de sa faute, alors beaucoup de gens ont tendance à garder le secret. ».</p> <p><i><u>Manque de connaissances et de confiance</u></i></p> <p>Aucun père n'a été informé par des professionnels de la santé sur comment protéger la tête du bébé, pourquoi c'est important et comment éviter de secouer la tête du bébé. Certains ont une vague connaissance de la faiblesse du cou d'un nourrisson. Plus d'informations sont voulues et, faute d'autres sources, ils apprennent beaucoup de la part des mères : « Je me sens un peu ignorant maintenant sur la protection de la tête et je pense que je devrais partir et potasser sur ça. » (hi). « Je ne savais rien. J'ai appris</p>

				<p>comment m'occuper d'un bébé quand mon enfant était petit, j'avais peur. »</p> <p><u>Faciliter l'apprentissage pour les pères</u></p> <p><i><u>Interviews à domicile des pères</u></i></p> <p>Un manque de confiance, de connaissance et de compétence dans le fait d'être parent a été reporté, mais la confiance a augmenté avec la pratique. Quelques connaissances sont instinctives ou de sources officielles. Tous veulent se sentir en confiance dans les soins au bébé et ce sentiment les conduit à rechercher de l'information à travers la lecture, ou en regardant leur famille, les acteurs à la télévision ou les professionnels de la santé.</p> <p><i><u>Instinct et parentalité</u></i></p> <p>Les pères comptent plus sur l'instinct que sur des moyens formels pour apprendre : « Ca vient naturellement, la chose la plus importante est que j'ai fait ce bébé donc je dois l'aimer, être doux et l'aider. On est guidé par ces sentiments. ». Face à des difficultés, il est normal de faire des efforts et anormal de ne pas en faire.</p> <p><i><u>Risques et devoirs, obstacles à l'apprentissage</u></i></p> <p>Les pères expriment la croyance que si ce sont les parents biologiques qui s'occupent de leur enfant, il y a moins de risques pour celui-ci que si c'est une autre personne. Sans lien de sang, il y a moins d'attachement. Beaucoup expriment aussi le devoir d'un parent de veiller à ce que la personne qui s'occupe de son bébé soit responsable. Les accidents se produisent et échappent à notre contrôle ; ils sont inévitables. La vie est risquée et les parents doivent apprendre à gérer cela. La prévention doit donc se rapporter à des situations de tous les jours, dans des circonstances stressantes. Les chercheurs ont ensuite montré aux participants du matériel de</p>
--	--	--	--	--

				<p>promotion de la santé pour encourager la discussion sur sa pertinence pour prévenir le SBS. Certains pères ont exprimé des limites pour comprendre les messages écrits de prévention (ex. dyslexie). Les dépliants sont difficiles d'accès dans une salle d'attente, et ayant nulle part où les garder à la maison, ils sont jetés. Les affiches avec de courts messages et des illustrations ont le plus d'impact. Tous les pères connaissent le « Red Book » donné à la naissance de tous les bébés (contient des conseils médicaux, de l'information sur la santé, le poids et le carnet de vaccination) ; il pourrait être un bon endroit pour y mettre des informations pour obtenir de l'aide. « Si vous regardez dans le Livre Rouge, c'est surtout pour les femmes, il n'y a rien pour les hommes. S'il y avait quelque chose pour les hommes, on lirait. ».</p> <p><u>Participer à des groupes : le monde des femmes</u></p> <p>Les groupes prénataux sont le « monde des femmes », auquel les hommes ne sont pas invités : « Je pense qu'il serait bien pour les hommes de s'asseoir et ne pas avoir peur de parler devant des femmes. Peut-être qu'un professionnel de la santé masculin donnant un cours peut mettre en confiance, parce que parfois, il y a des questions que vous n'aimez pas demander ou que vous vous sentez stupide de demander, surtout quand il y a beaucoup de femmes autour de vous. ». Quant à savoir s'il faut donner des informations sur le SBS immédiatement après la naissance, il est dit qu'il y a trop de choses à penser. La signature d'un formulaire disant comme quoi l'information a été reçue, a eu une réception sceptique : « Qu'est-ce que ça veut dire quand ils signent, qu'est-ce que cela signifie réellement? Que cherchent-ils à faire? Y'a-t-il un sens juridique? Est-ce que cela les empêche de secouer les bébés? ».</p>
--	--	--	--	--

				<p><u>La vulnérabilité, la masculinité et la responsabilité</u></p> <p>Les pères expriment de la vulnérabilité dans les situations difficiles lorsqu'on garde des enfants : « Le bébé était très mal et je m'occupais de lui, en plus j'étais fatigué, je n'arrivais pas à l'arrêter de pleurer, mais ça ne fait rien, car j'ai fait cet enfant. Je ne peux pas voir comment on peut leur faire du mal. A l'époque, j'étais anéanti, je ne voulais pas me lever, je ne voulais pas le changer, je ne voulais pas le faire, j'étais crevé. ». On a demandé aux pères comment ils se sont senti la première fois qu'ils ont entendu les cris de leur bébé : « Elle pleure beaucoup et ma femme ne sait pas quoi faire pour l'arrêter, alors j'essaie. » [Interviewer] : « Que faire si vous ne pouvez pas la consoler? » « C'est la pire chose. ». Les pères rapportent de fortes émotions en entendant les cris de leur bébé (« désolé », « triste », « concerné », « mauvais »). D'autres disent qu'ils se sont sentis « inadéquats » et « tendus ». Tous les groupes expriment des aspects de la masculinité qui contrastent avec la fragilité du nouveau-né : « C'est gênant quand vous devez les porter. Les jumeaux sont si petits que vous pensez que vous allez leur faire mal, ils sont si fragiles, vous pouvez les tenir dans une main quand ils sont nés. Vous n'avez pas particulièrement envie de les toucher parce que leurs jambes, vous pensez que vous allez les casser. ». « Les hommes sont plus maladroits, donc je pense qu'ils ont besoin de plus d'apprentissage pour les porter facilement. ». Il a été question de l'étrangeté de ce nouveau rôle. La réalité du petit bébé fourni une forte motivation pour parler d'un risque de perte de contrôle face à la frustration déclenchée par des pleurs persistants.</p> <p><u>Exclusion de l'apprentissage : par défaut ou par choix ?</u></p> <p>Beaucoup de pères indiquent que les moyens d'apprentissage ne sont pas facilement accessibles et qu'ils se sentent exclus par les</p>
--	--	--	--	--

				professionnels de la santé. Ils sentent et identifient des attitudes professionnelles négatives, et expriment qu'il peut être mal perçu de s'affirmer et de participer à la conversation avec un professionnel de la santé. Un père exprime le dilemme quant à savoir si cela est dû à l'exclusion des pères ou à la décision de ceux-ci de ne pas participer : « Ce que je trouve intéressant, c'est lorsque j'ai eu mon dernier enfant, chaque fois que la sage-femme venait, elle me disait bonjour, puis allait directement chez ma femme. Elle va chez la femme parce que c'est celle qui a donné naissance à l'enfant, mais je pense que la sage-femme doit être plus équitable, et les hommes devraient prendre part aux discussions. Mais s'ils ne veulent pas, c'est peut-être la raison pour laquelle il ne se passe rien pour la plupart des hommes. ». Certains pères s'absentent intentionnellement de la maison lors d'une visite d'un professionnel : « La plupart des hommes se disent, c'est le signal, je dois partir ».
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X		Les auteurs font référence à diverses études antérieures lors de la discussion des résultats.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		CF. limites
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X	Malgré la richesse des données obtenues, le nombre restreint de participants ne permet pas forcément de généraliser ces données. Il n'y a pas d'autre limite citée.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		Les leçons apprises Bien que les pères sont responsables de 70% du SBS, la plupart des pères de cette étude n'ont pas eu l'occasion d'apprendre comment s'occuper de leur bébé en toute sécurité et ne connaissent pas les

				<p>dangers et les conséquences du secouement d'un bébé. Les participants à cette étude ont montré la nécessité pour les professionnels de s'intéresser à eux avant d'introduire un programme de prévention du SBS.</p> <p>Question politique</p> <p>Des interventions axées sur les hommes sont essentielles. De plus, pour dépasser le tabou du SBS, il est suggéré d'inclure le message de protéger la tête de son bébé de manière universelle. Cela devrait faire partie de la prévention des accidents et de la promotion de la santé et de la sécurité. En normalisant la discussion sur le SBS, l'expression des besoins parentaux pourrait être plus facile.</p> <p>Questions soulevées</p> <p>Il faut changer le fait que les pères se sentent exclus des soins, alors qu'ils voudraient y participer. Une invitation spéciale de la part de la sage-femme lors des visites à domicile pourrait se faire par exemple. Du matériel éducatif pour les pères est disponible, cependant des recherches sont encore nécessaires pour l'évaluer.</p> <p>L'article est bien structuré et permet ainsi une analyse critique de celui-ci.</p>
Questions générales	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		
Présentation				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X		<p>Deux principaux discours émergent des réponses des pères, et semblent être la clé de la prévention.</p> <p>1) L'injustice : Il y a une perception inéquitable des soins. Les pères se sentent marginalisés dans les services offerts.</p> <p>2) La responsabilité : Les pères ont exprimé le besoin d'apprendre et de gagner en confiance dans un nouveau rôle. Il faut voir les choses de leur point de vue, avant de créer des interventions pour réduire les risques de SBS.</p>

Titre de l'article : Child Abuse Prevention During Infancy : Intervention Implications for Caregivers' Attitudes Toward Emotion Regulation

Auteurs : B. S. Russell, L. Alpert et J. J. Trudeau

Journal : Journal of Human Behavior in the Social Environment

Année de parution : 2009

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« La prévention des mauvais traitements pendant la petite enfance : les interventions pour la régulation des émotions des personnes s'occupant d'un bébé »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?		X		Il contient uniquement le cadre théorique et quelques résultats ainsi que les mots-clés.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			La plupart des programmes de prévention visent une augmentation des connaissances et laissent le thème des comportements au second plan. Il est temps de s'intéresser aussi aux compétences des gens par rapport à la régulation des émotions.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits parle des conséquences du SBS sur les bébés, des auteurs et de la prévention de celui-ci.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Cette étude se base sur la théorie de la pratique centrée sur la famille (points clés : relation de confiance, partager le « pouvoir » avec les parents et promouvoir un environnement de travail).
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			(a) Est-ce que des adultes peuvent identifier de manière fiable les émotions qui sont à risque lorsqu'on prend soin d'un enfant de manière appropriée ? (b) Qu'est-ce que ces participants suggèrent que l'on fasse lorsque

					notre état émotionnel est menacé de cette façon ?
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est une recherche longitudinale. Elle utilise une base de données issue d'une plus grande étude longitudinale (CF. La recherche « Intervention type matters in primary prevention of abusive head injury : Event history analysis results »).
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			CF. description de l'échantillon de la recherche « Intervention type matters in primary prevention of abusive head injury : Event history analysis results ».
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			267 adultes ont participé à cette étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			L'instrument utilisé est le « Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment ». Les différents items de ce questionnaire ont été choisis pour mesurer 4 « constructions » en lien avec le SBS : 1) les attitudes envers la régulation des émotions des adultes, 2) les attitudes d'apaisement utilisées, 3) les attitudes de discipline utilisées et 4) les connaissances des « donneurs de soins ».
					Seules les réponses à l'item 1 ont été choisies pour cette étude. Il y avait 6 questions qui demandaient aux participants de noter leur accord avec chaque énoncé sur une échelle allant de 1 (tout à fait en désaccord) à 6 (fortement en accord) (= échelle de type « Likert »). La structure de chaque énoncé était la suivante : « Les personnes qui s'occupent d'un bébé qui sont --- peuvent répondre à un bébé irrité de manière appropriée ». Chaque question contenait une émotion différente (colère, surexcitation, tristesse, déprime, fatigue et

					frustration). Il y avait, pour finir, une question ouverte qui demandait « Quelles mesures les personnes s'occupant d'un bébé peuvent-elles prendre pour s'assurer que leurs émotions sont appropriées pour s'occuper d'un enfant ? Que suggèreriez-vous qu'elles fassent ? ».
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?			X	Les réponses obtenues à la question ouverte ont été catégorisées en 5 domaines : activité physique (ex. faire une promenade), cognitif (ex. compter jusqu'à dix), distraction (ex. regarder la télévision), recherche de soutien (ex. appeler un ami) et autre (réponses ne décrivant pas une stratégie).
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Les données présentées ici sont les données recueillies à l'aide du questionnaire « Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment » durant les <u>inscriptions</u> à la recherche longitudinale de Russell, Trudeau et Britner (2008).
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?		X		Non spécifié.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Des statistiques alpha ont été utilisées pour assurer la cohérence interne de l'échelle de Likert.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Le tableau 1 montre les résultats pour les 6 questions de type « Likert ». Le focus est fait sur les résultats de la question ouverte. Moins de 3% des participants n'ont pas répondu à la question ouverte. Les réponses les plus courantes à cette question étaient des réponses de type cognitif (37%) ou de la catégorie « autre » (39%). Dans ce dernier domaine, les phrases incomplètes étaient les plus courantes. Le tableau 2 détaille la fréquence des réponses à la

					question ouverte. Une réponse type des 125 réponses cognitives était la suivante : « Prenez une profonde inspiration et essayez de prendre du recul face à la situation pour vous rendre compte que la situation n'est pas une attaque personnelle. ». Les réponses types des 133 réponses ne représentant pas une stratégie étaient : « Un bébé a besoin de quelqu'un de gentil et affectueux » et « Rappelez-vous qu'ils sont plus petits que vous ». Les stratégies les moins couramment approuvées étaient l'activité physique (3%) et la recherche de soutien (2%).
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Au vu des résultats, la 1ère hypothèse est confirmée. Plus spécifiquement, les participants peuvent identifier les états émotionnels dans lesquels des stratégies d'adaptation sont nécessaires, mais sont incapables d'en exprimer. Plus d'un tiers des réponses recueillies étaient cognitives, mais un nombre légèrement plus élevé de réponses ne reflétait pas de stratégies. A partir de ces résultats, on peut retenir deux choses : 1) les participants sont à l'aise avec des stratégies d'adaptation qui impliquent un processus mental, 2) les participants ont du mal à fournir une stratégie d'adaptation spontanément. Les participants pourraient donc recevoir un enseignement pour recadrer cette notion de stratégie d'adaptation.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Il n'y a pas eu de conversation avec les participants sur la durée ou l'intensité des émotions potentiellement inappropriées/dangereuses. Par exemple, la tristesse peut être considérée comme peu inquiétante si elle n'est pas profonde et s'étend seulement sur une courte période. Au contraire, elle pourrait être dangereuse si elle s'apparente à de la dépression. La présence d'une personne durant la récolte des données

					permet aussi aux participants de poser des questions si quelque chose n'est pas clair et d'éviter ainsi qu'ils ne répondent pas aux questions, ce qui n'a pas été fait dans cette étude.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux, etc. devraient s'intéresser aux modèles de prévention qui parlent de la gestion de la colère et du contrôle des impulsions pour la prévention de la maltraitance des enfants. Une fois que la conception du programme de prévention est complète, le contenu doit être amené au premier plan et une sélection rigoureuse du message de prévention doit être faite. Les résultats de cette étude montrent qu'avoir une conversation avec les parents sur la manière de faire face aux pleurs inconsolables du bébé est nécessaire. Le tableau 3 montre les mesures centrées sur la famille que les professionnels peuvent mettre en place pour collaborer avec les parents et les engager dans une conversation au sujet de la régulation des émotions et des stratégies de coping pour prévenir le SBS.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article a une structure claire et est séparé en plusieurs chapitres et sous-chapitres pertinents.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de cette étude montrent que les personnes s'occupant d'un bébé identifient leurs émotions potentiellement à risque mais ont de la difficulté à exprimer des stratégies de coping pour y faire face. Un enseignement se basant sur la théorie centrée sur la famille devrait être fait par les professionnels pour aborder cette problématique avec les parents.

Titre de l'article : Systematic review of fathers' involvement in programmes for the primary prevention of child maltreatment

Auteurs : T. K. Smith, A. Duggan, M. H. Bair-Merritt et G. Cox

Journal : Child Abuse Review

Année de parution : 2012

Approche : quantitative

Traduction libre

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Revue systématique traitant de l'inclusion des pères dans les programmes de prévention primaire de la maltraitance infantile ».
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	X			Les différents buts de l'étude sont énoncés ainsi que la méthode. Les principaux résultats sont résumés. Les mots-clés ayant permis de trouver les études scientifiques sont mentionnés à la fin du résumé.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Chaque année, environ 40 millions d'enfants sont victimes de maltraitances ou de négligences infantiles dans le monde. Les parents sont les auteurs principaux de cette maltraitance. Plus spécifiquement, environ 81% des auteurs ont eux-mêmes été victimes, avec une répartition des sexes à peu près égale entre les mères et les pères (54 % et 44% respectivement, 2% inconnu). Les recherches ont identifié plusieurs facteurs de risque concernant les parents auteurs de maltraitance infantile. Bien que les mères et les pères sont des auteurs de maltraitance infantile en général à des taux similaires, les recherches sur la maltraitance sont souvent focalisées sur les mères. Lorsque les pères sont inclus, il y a trop peu de participants pour que les données

				<p>soient analysées statistiquement par genre de parents.</p> <p>Sidebotham et al. (2001) émettent l'hypothèse que ces différences de participation entre les pères et les mères peuvent être liées à l'accessibilité accrue des mères pour le recrutement des études.</p> <p>Les pères sont inclus dans certaines études concernant les traumatismes crâniens non accidentels, les abus sexuels et les maltraitements par fatalité.</p> <p>Idéalement, pour diminuer l'incidence de la maltraitance infantile en générale, les programmes de prévention doivent inclure les pères et les études doivent examiner l'efficacité des programmes de prévention aussi bien pour les mères que pour les pères.</p> <p>Cette revue de littérature a donc pour but d'évaluer combien de programmes de prévention empiriquement étudiés ont inclus des pères. Les chercheurs ont examiné le pourcentage des pères participants et si ces programmes étaient efficaces sur la réduction des facteurs de risque spécifiques aux pères dans la maltraitance infantile.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		<p>Les auteurs basent leur étude sur les connaissances déjà existantes au sujet de l'implication des pères dans les programmes de prévention. Le but est d'en faire une analyse détaillée.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X		<p>L'importance de l'implication des pères dans les programmes de prévention est mise en avant par les auteurs.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		<p>Les auteurs n'ont pas formulé d'hypothèse.</p>
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X		

Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'une revue de littérature étoffée. Le devis est clairement mentionné et décrit pas les auteurs.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les études sélectionnées pour cette revue de littérature proviennent des moteurs de recherche PubMed, PsycInfo et Cinahl. Elles ont été cherchées en juin 2009 à l'aide des mots-clés suivants : « nourrisson ou enfant ou pédiatrique », « abus ou maltraitance ou négligence », « prévention » et « programme ».
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Les recherches initiales ont données 4000 articles. Les articles ont été sélectionnés selon les titres et en tenant compte de critères d'inclusion et d'exclusion. Les résumés ont également permis de diminuer la taille de l'échantillon. Au final, dix-sept articles ont été sélectionnés. Parmi ces recherches, une étude de Shakkin (2001) décrit un échantillon de 28 sites où chacun contient plusieurs programmes de prévention de maltraitance infantile. Les seize autres articles se focalisent sur des programmes de prévention simples et deux articles décrivent le projet « Save care ».
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Une forme de résumé « apriori » a été créé afin de permettre la lecture et l'analyse des recherches sélectionnées.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les différentes variables à mesurer sont clairement mentionnées par les auteurs dans la méthode.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			La procédure de sélection des dix-sept articles est décrite dans la description de l'échantillon. Les chercheurs ont référé quinze programmes de prévention décrits dans seize articles avec un article additionnel décrivant plusieurs programmes.
					Tous les articles ont été résumés à l'aide d'une forme de résumé apriori créé. Les informations ressorties comprennent les

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?		X		caractéristiques démographiques des pères, le type de programme, la localisation et la durée et des informations sur l'étude à propos du devis de recherche, des mesures de recherche, des analyses et des résultats. Les articles ont été résumés par les trois auteurs.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?		X		Comme il s'agit d'une revue de littérature, les auteurs n'ont pas eu besoin de prendre des mesures éthiques appropriées.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Rôles des pères dans les programmes de prévention de maltraitance infantile : Dans la plupart des programmes, la grande majorité des participants sont des mères. Dans douze programmes, moins d'un tiers sont des pères (3-27%). Le nombre de pères varient de 2 à 2608 selon les études. Christian et al. (1988) mentionnent que 14% des participants à son étude incluent les deux parents. Il est impossible de savoir combien sont des pères sur les participants restants. Dans l'étude de Shakin qui évalue plusieurs programme, seulement 14% des participants aux 28 programmes sont des pères. Dans le programme « Hawai Healthy Start » (HSP), 50% des participants sont des pères. Finalement, tous les participants du programme « Dads actively developing stable families » (Dads) sont des pères.
					Particularités démographiques des pères participants aux programmes : Seules quatre études donnent des données démographiques pour les mères et les pères. Dans ces quatre recherches, l'âge moyen des

				<p>pères est de 29,3 ans. Six études donnent des informations concernant les caractéristiques socio-démographiques. L'abus de substance et les statuts économiques sont associés à un risque croissant de maltraitance infantile. Deux programmes reportent un taux d'abus de substances des pères entre 16 et 38% des participants. Deux programmes reportent un pourcentage de pères ayant un historique personnel de maltraitance infantile (23-39%).</p> <p>Contenu des programmes de prévention :</p> <p>La plupart des programmes de prévention se focalisent sur les stratégies de formation des parents, ce qui inclut la compréhension du comportement de l'enfant et des techniques de discipline infantile. Six programmes concernent l'éducation des parents à propos de la maltraitance infantile. Quatre des six programmes traitent des abus sexuels alors que deux programmes traitent des traumatismes crâniens non accidentels (Dias, 2005 ; Shower, 1992).</p> <p>Le programme de prévention qui inclue uniquement des pères (Dads) a été réalisé auprès de prisonniers.</p> <p>La durée des programmes varie d'une information simple à de multiples visites sur plusieurs années ; mais les programmes de prévention durent en général 3 à 24 semaines.</p> <p>A l'exception du programme « parents sous pression » qui a eu lieu en Australie, tous les autres ont été implantés et évalués aux USA.</p> <p>Devis de recherche :</p> <p>Les études utilisent des devis différents pour évaluer les programmes. Trois études ont utilisé des devis « pré et post-test » et n'ont ainsi pas de groupe de comparaison. Trois recherches sont des essais cliniques randomisés et la dernière est une étude de cohorte</p>
--	--	--	--	--

				<p>comprenant des groupes de contrôle historiques et géographiques.</p> <p>Impact de la prévention de la maltraitance infantile :</p> <p>Les programmes « Dads » et « HSP » sont les seules études présentant des résultats spécifiques pour les pères. Le « Dads » a pour but d'augmenter les compétences parentales des pères. 63 pères ont été recrutés dans une prison. Les pères ont participé à quatre sessions de trois heures ; quelques uns ont reçu un entraînement personnel et d'autres un enseignement par vidéo. A la suite du programme de prévention, les pères ont reporté des améliorations significatives dans la reconnaissance des expressions de l'enfant afin d'éviter des punitions sévères et de ne pas engager de punition physique. Il n'y a aucune amélioration dans la capacité des pères concernant leur expression émotionnelle, ou à aider à changer l'orientation de leur enfant. Les hommes participants à l'enseignement par la vidéo ont plus de changements significatifs comparé aux hommes ayant eu un enseignement personnel.</p> <p>Le « HSP » est un programme de visite de l'enfant à domicile. Le but est d'améliorer le fonctionnement de la famille, de prévenir la maltraitance, d'améliorer la santé des enfants, et le développement dans les familles à risque à travers un support familial, une éducation parentales et des liens avec d'autres communautés et services. 643 familles à risque ont été recrutées de l'hôpital Oahu au moment de la naissance de l'enfant. Dans les familles où les parents vivent ensemble et que les pères ne sont pas violents, le programme a augmenté de manière significative le contact avec l'enfant et augmenté la participation dans l'éducation de l'enfant durant les trois premières années de vie et aussi la satisfaction de la mère avec la participation du père dans l'éducation de l'enfant.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Les autres programmes de l'étude n'ont pas examiné de manière séparée l'efficacité des programmes de prévention pour les mères ou les pères. La majorité de ces études mesurent si les programmes réduisent des facteurs de risque spécifiques pour la maltraitance infantile. La plupart des programmes documentent une réduction des facteurs de risque de la maltraitance.</p> <p>Tous les résultats sont détaillés et récapitulés dans le tableau 1.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>A l'exception de deux programmes, dont un qui traite spécifiquement des pères, lorsque les programmes incluent des pères, ceux-ci représentent seulement un petit pourcentage des participants au programme. De multiples facteurs ont contribué à limiter la participation des pères. Pour commencer, il n'est pas clair si les programmes ont activement tenté de recruter des hommes. Le recrutement de ces derniers semble plus difficile que celui des mères pour différentes raisons : exigences du travail, pauvreté (ou manque) de relation entre le père et la mère de l'enfant, manque d'intérêt paternel à la participation, manque d'investissement du père avec l'enfant ou difficultés de positionnement et d'engagement des pères.</p> <p>Les programmes de prévention inclus cherchent généralement à réduire la maltraitance infantile en mettant l'accent sur l'amélioration du fonctionnement parental et des capacités parentales.</p> <p>L'examen séparé de l'impact des programmes sur les pères et les mères semble important car les résultats suggèrent que les pères ont des perceptions parentales, des responsabilités et des besoins différents de ceux des mères. Les programmes d'éducation visant les pères devraient donc être différents de ceux visant les mères.</p> <p>La plupart des programmes inclus dans cette revue utilise des devis</p>

					de recherche « Pré et post-test » sans comparaison de groupe. Les résultats des parents s'améliorent généralement depuis le début de la mise en place du programme de prévention.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs abordent la question de la généralisation des conclusions et des conséquences sur la pratique professionnelle infirmière.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites de l'étude sont mentionnées par les auteurs : - Des études pertinentes ont pu être oubliées dans l'examen initial des titres et des résumés. - A l'exception de PsycInfo, aucune autre banque de donnée sociale a été utilisée. - Les articles non publiés en anglais ont été exclus. - Les études concernant des programmes qui n'ont pas explicité le but de la prévention de la maltraitance ont été exclues. Certains de ces programmes peuvent inclure des pères et auraient pu offrir un aperçu à propos de l'implication des pères dans les programmes.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Dans le futur, les programmes de prévention primaire de la maltraitance infantile devront déterminer comment mieux intégrer les pères. Les chercheurs doivent concevoir des études qui sont inclusives et respectueuses des valeurs et des besoins des pères. En premier lieu, les chercheurs doivent recruter des pères et les encourager à participer aux programmes. Ensuite, les programmes et la recherche doivent se produire durant des heures convenant aux pères et dans des sites accessibles. Il serait également intéressant que les chercheurs documentent les taux de refus des mères et des pères afin de déterminer si les pères sont plus difficiles à recruter que les mères.
Questions générales	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à	X			L'article est bien écrit et structuré. Des tableaux permettent de récapituler les nombreux résultats obtenus ce qui facilite la lecture

Présentation	une analyse critique minutieuse ?				et la compréhension.
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats obtenus sont susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière. Ils apportent des pistes d'action intéressantes afin d'augmenter la participation des pères aux programmes de prévention.