



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1  
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Année 2015 – N°

## ÉVALUATION DES PRATIQUES DE PUÉRICULTURE

---

**Enquête auprès de 103 parents consultant en Médecine Générale**

THÈSE

Présentée  
à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le 12 mai 2015  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
Spécialité Médecine Générale

par

**BELHI Menel**  
**Née le 9 février 1984 à Lyon**

## **COMPOSITION DU JURY**

### **Président du jury :**

**Monsieur le Professeur Pierre COCHAT**  
Professeur des Universités – Pédiatrie

### **Membres du jury :**

**Monsieur le Professeur Olivier CLARIS**  
Professeur des Universités – Pédiatrie

**Monsieur le Professeur Yves ZERBIB**  
Professeur associé de Médecine Générale

**Madame le Docteur Sophie FIGON – Directrice de thèse**  
Maître de Conférences associé de Médecine Générale

## **REMERCIEMENTS**

### **Au jury**

#### **À Monsieur le Professeur Pierre COCHAT**

*Pour l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury.  
Pour la considération que vous portez à la Médecine Générale.  
Veuillez recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.*

#### **À Monsieur le Professeur Olivier CLARIS**

*Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.  
Pour l'intérêt que vous portez à notre spécialité.  
Veuillez recevoir nos sincères remerciements et l'expression de notre profonde estime.*

#### **À Monsieur le Professeur Yves ZERBIB**

*Pour avoir accepté de diriger initialement ce travail puis de faire partie du jury.  
Pour votre soutien lors de ma dernière année d'internat.  
Soyez assuré de ma profonde gratitude.*

#### **À Madame le Docteur Sophie FIGON**

*Pour avoir été une directrice de thèse remarquable. Ton efficacité et ta rigueur ne sont pas des mythes.  
Pour tes remarques avisées ainsi que ta compréhension. Notre collaboration a été enrichissante et d'une simplicité très agréable.  
Je te renouvelle l'expression de mon admiration.*

## **À toutes les personnes impliquées dans cette thèse**

### **Aux médecins généralistes sélectionnés pour l'étude :**

*À Monsieur le Docteur Guy SAVY, pour ton accueil et ton implication alors que tu ne me connaissais pas. Je te remercie de m'avoir autant facilité le recueil des questionnaires en allant jusqu'à adapter ton agenda de consultations.*

*À Monsieur le Docteur Henri MASSAD,*

*À Monsieur le Docteur François SAINT-PAUL,*

*À Monsieur le Docteur Régis ZEENDER et Madame le Docteur Florence RABEL,*

*À Monsieur le Docteur Albert PINOL et Madame le Docteur Françoise ROBINSON,*

*À Madame le Docteur Pascale RUHLA,*

*À Madame le Docteur Jacqueline TOURMENTE,*

*À Madame le Docteur Anne-Lise MICHAUD,*

*pour votre accueil et votre coopération.*

*À Messieurs les Docteurs Alain VUAILLAT, Thomas SAUTIER, Jean-Pierre LANGUE, Jean-Christophe JUVET, Pierre TARGE, Gilles RONZIERE et Madame le docteur Pascale SCHNEIDER, pour m'avoir autorisée à interroger vos patients même si je n'en ai pas eu le temps.*

*Aux parents ayant participé à l'étude, pour le temps que vous avez consacré à remplir le questionnaire et vos encouragements.*

*À Madame Corinne CHAVRIER, pour tout le travail que tu as effectué pour mon mémoire et qui m'a ensuite servi pour la thèse. Ton aide m'a été indispensable.*

*À Mesdames les Docteurs Amandine BENOIT, Françoise BOUHOOR et Jeanne GINDRE, pour vos bons soins, votre réactivité et votre soutien. Sans vous je n'aurais jamais pu présenter cette thèse, je vous en serai toujours reconnaissante.*

## **À toutes les personnes ayant contribué à ma formation**

*Aux enseignants de la faculté de Médecine Lyon Est, pour la formation de qualité dont vous nous faites bénéficier.*

*Aux médecins, chirurgiens, assistants, internes, externes, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants que j'ai côtoyés lors de mes stages, pour tout ce que vous m'avez transmis.*

*À Madame le Docteur Barbara BUATIER, à Messieurs les Docteurs Maxime ASTRUC et Jean-Hervé MEYER, pour m'avoir initiée à l'exercice de la Médecine Générale en ambulatoire et avoir été d'excellents maîtres de stage. Je n'oublierai jamais votre bienveillance et votre soutien.*

## **À mes proches**

*À ma mère, Habiba, pour nous avoir aussi bien élevés en assurant le rôle de mère et de père. Tu m'as transmis ton immense courage et ta force de caractère sans lesquels je n'aurais jamais pu affronter ces longues et éprouvantes années d'études. Ma réussite est avant tout la tienne : aujourd'hui, nous sommes Docteur.*

*À mes frères, Housmen et Jesmen, pour avoir supporté ma mauvaise humeur et le silence religieux que j'imposais pour mes révisions. Aux merveilleux souvenirs d'enfance que nous partageons.*

*À mon mari, Sofiene, pour ta patience. Mes études ne seront désormais plus un obstacle à ton plus grand rêve, celui d'être père.*

*À mon oncle Habib qui nous a quittés l'an dernier.  
À ma tante Mabrouka, pour avoir été une deuxième mère.  
À ma cousine Sajiâa, ou plutôt ma sœur, pour ta sollicitude et ton cœur d'or.  
À ma cousine Samira, pour ton aide et tes encouragements, ainsi qu'à Gilles.  
À tout le reste de ma famille : oncles, tantes, cousins, cousines (Leïla, Saloua, Dorsaf, Asma...), vous êtes toujours dans mes pensées où que vous soyez.  
À mes racines tunisiennes.*

*À Tata Naïma, je n'oublierai jamais tes larmes de joie lorsque je suis venue t'annoncer ma réussite au concours de première année de Médecine.*

*Aux familles KAROUN et GHEDIR, pour votre dévouement, votre bonté et pour nous considérer comme des membres de vos familles.*

*À ma belle famille, pour m'avoir adoptée.*

*À Frida et Julie, pour votre précieuse amitié. Vous avez été la récompense d'un laborieux premier semestre d'internat. Sachez que mon attachement pour vous est profond et sincère.  
À Nicolas, pour la jolie famille que tu as fondée avec Frida. Un petit clin d'œil à vos deux trésors, Younès et Shirine.  
À Aurélien, pour ton hospitalité lors de mon dernier semestre d'internat et surtout pour prendre aussi bien soin de Julie.*

*À Jean-Marc et Laurence, Corinne encore une fois, Philippe, pour vos encouragements et pour avoir toujours été présents pour Sofiene.*

*À la mémoire de mon Père*  

---

*Mohamed BELHI (1948-1995)*

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
1. HISTOIRE DE LA PUÉRICULTURE .....	13
1.1. Définitions .....	13
1.2. L'éducation à la puériculture .....	13
1.3. La professionnalisation de la puériculture.....	15
2. THÈMES DE PUÉRICULTURE : rappels des recommandations et conseils actuels .....	16
2.1. Alimentation : le type de lait et l'âge de la diversification .....	16
2.2. Hygiène : la désobstruction rhino-pharyngée (DRP) .....	16
2.3. Couchage : la position .....	17
2.4. Sommeil.....	17
2.5. Pleurs.....	17
2.6. Coliques du nourrisson.....	18
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>19</b>
1. TYPE D'ÉTUDE.....	19
2. RAPPELS DES OBJECTIFS .....	19
2.1. Question posée .....	19
2.2. Hypothèses.....	19
2.3. Objectifs .....	19
3. POPULATION ÉTUDIÉE.....	20
3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion .....	20
3.2. Période et lieu de l'étude.....	20
3.3. Taille de l'échantillon attendue .....	20
4. RECUEIL DES DONNÉES .....	21
4.1. Modalités de recueil.....	21
4.2. Données recueillies .....	21
5. ANALYSES STATISTIQUES.....	22
6. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....	24

<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>25</b>
1. ANALYSE DESCRIPTIVE.....	25
1.1. Participation à l'étude .....	25
1.1.1. Des médecins généralistes .....	25
1.1.2. Des parents .....	25
1.2. Caractéristiques de l'échantillon.....	26
1.3. Pratiques des parents .....	27
1.3.1. Allaitement .....	27
1.3.2. Diversification .....	27
1.3.3. DRP.....	28
1.3.4. Position de couchage.....	28
1.3.5. Sommeil .....	29
1.3.6. Pleurs .....	29
1.3.7. Coliques du nourrisson .....	30
1.3.8. Scores.....	31
1.4. Sources de conseils .....	32
1.5. Niveau d'information estimé .....	33
2. ANALYSE COMPARATIVE .....	35
2.1. En fonction des données sociodémographiques .....	35
2.2. En fonction des sources de conseils.....	36
2.3. En fonction du niveau d'information estimé .....	36
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>37</b>
1. RÉSULTATS PRINCIPAUX.....	37
2. LIMITES ET FORCES DE NOTRE ÉTUDE .....	38
2.1. Ses limites.....	38
2.2. Ses forces.....	39
3. NOS RÉSULTATS COMPARÉS AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE.....	40
3.1. Les caractéristiques sociodémographiques .....	40
3.2. Les pratiques de puériculture.....	41
3.2.1. L'allaitement .....	41
3.2.2. La diversification.....	41
3.2.3. La DRP.....	42
3.2.4. La position de couchage .....	42
3.2.5. Le sommeil.....	43
3.2.6. Les pleurs et les coliques du nourrisson .....	43
3.3. Les sources de conseils.....	44

3.3.1. Le carnet de santé .....	44
3.3.2. Internet.....	45
3.3.3. Les livres de puériculture .....	46
3.3.4. La télévision, la radio, la presse écrite .....	46
3.4. L'estimation par les parents de leur niveau d'information.....	47
3.5. Les facteurs influençant les pratiques des parents.....	47
4. PISTES D'AMÉLIORATION ET PERSPECTIVES .....	49
<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>58</b>
ANNEXE I : Questionnaire.....	58
ANNEXE II : Base de données (feuilles Excel®) .....	61

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**AM** : Allaitement Maternel

**BDSP** : Banque de Données en Santé Publique

**BIUS** : Bibliothèque Inter-Universitaire de Santé

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CISMeF** : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

**CNE** : Comité National de l'Enfance

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**DRP** : Désobstruction Rhino-Pharyngée

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**InVS** : Institut de Veille Sanitaire

**MIN** : Mort Inattendue du Nourrisson

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**SUDOC** : Système Universitaire de DOCumentation

## INTRODUCTION

La puériculture n'est plus une évidence pour les parents. À partir de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, devant la surmortalité infantile, les soins quotidiens aux enfants se sont médicalisés. Les mères auxquelles ont incombé seules pendant des siècles ces soins ont été progressivement dépossédées de leur rôle principal, persuadées qu'elles n'étaient plus capables de prendre de décisions sans l'avis d'un professionnel de santé [1]. S'ajoute aujourd'hui à cela l'isolement des parents. Ils n'ont pas toujours de soutien familial et ne bénéficient pas tous de la transmission des pratiques de puériculture [2].

Dans le cadre de deux études prospectives, l'une menée à Clamart en 2008, l'autre à Metz en 2009, des parents ont été interrogés sur la prise en charge de leur nouveau-né au quotidien, un mois après la sortie de maternité [3,4]. Ces enquêtes ont montré que 42 à 57% des parents ont rencontré des difficultés et les principales concernaient l'alimentation, la gestion des soins quotidiens, les pleurs difficiles à calmer, les troubles digestifs et le rythme de sommeil. Selon une revue de la littérature sur l'histoire des conseils de puériculture de 2012, dont l'objectif était de créer un livret contenant des conseils actualisés, ces thèmes étaient également ceux posant le plus de problèmes aux parents [5].

La perte de confiance des parents en leur capacité à prendre soin de leur enfant seuls se traduit par un recours de plus en plus fréquent aux professionnels de santé pour obtenir de simples conseils. Plusieurs études menées essentiellement dans des services d'urgences pédiatriques, saturés par des consultations considérées comme non justifiées, l'ont rapporté [3,6,7]. D'après l'article de Richier et al. publié en 2014, les motifs de puériculture (alimentation, pleurs, coliques...) représentaient plus de 20% des motifs de consultations des nouveau-nés [6]. Selon l'étude parisienne réalisée en 2004, ce taux s'élevait à 65% [7]. L'enquête menée en ambulatoire en 2008 a montré que les consultations du premier mois étaient motivées par un besoin de conseils dans 34% des cas [3].

Tous ces travaux mettent en exergue la nécessité d'améliorer l'éducation des parents à la puériculture. Les pouvoirs publics, conscients de la problématique, ont pourtant multiplié les mesures éducatives. Le lancement du plan périnatalité 2005-2007 dont un des objectifs était l'éducation des parents aux soins de l'enfant [8], l'évolution du carnet de santé, enrichi de plusieurs pages dédiées aux conseils de puériculture [9], la distribution gratuite de nombreux supports éducatifs (livres, guides, dépliants, fiches), et le développement de

sites Internet contenant des informations et des documents destinés aux parents, en témoignent.

Ces différents constats ont conduit à nous poser les questions suivantes : quelles sont les pratiques de puériculture des parents consultant en Médecine Générale, ont-ils autant de lacunes que le suggère la littérature ? Quelles sont leurs sources de conseils ? Leur recours trop fréquent aux professionnels de santé pour obtenir des conseils est-il dû à un manque d'outils d'éducation ou à une exploitation insuffisante de leur part de tous ceux mis à leur disposition ? Et enfin, est-ce que certains facteurs influencent leurs pratiques ?

L'objectif principal de notre thèse fondée sur une enquête de terrain a été d'évaluer les pratiques de puériculture des parents consultant en Médecine Générale. Les objectifs secondaires ont été de décrire leurs sources de conseils et de les hiérarchiser, d'identifier les facteurs influençant leurs pratiques puis de proposer une liste de sources de conseils fiables à l'attention des parents.

## 1. HISTOIRE DE LA PUÉRICULTURE

### 1.1. Définitions

Le terme de puériculture est inventé en 1863 par le Dr CARON, médecin parisien et délégué de la Société Académique de l'Oise. Il le fait apparaître pour la première fois dans un article intitulé : *La puériculture et l'hygiène de la première enfance*, publié dans *le Courrier médical* [10]. Il le définit comme « la science d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants ». Ce nouveau terme, reprenant le modèle de l'élevage animal, est mal accueilli à la Sorbonne [11]. Il finit par être oublié après 1866.

Trente ans plus tard, en 1893, il réapparaît et entre dans le langage courant sous l'influence du Dr PINARD, gynécologue-obstétricien et membre de l'Académie de Médecine, considéré comme le père de la puériculture en France [12]. Il lui donne une nouvelle définition avec une dimension plus humaine que celle du Dr CARON : « ... la science qui a pour but la recherche des connaissances relatives à la reproduction et à la conservation de l'espèce humaine » [13].

En 1911, le Dr WALLICH enrichit cette définition qui devient « la science toute moderne, ayant pour idéal de cultiver l'enfant à travers les différentes étapes de son existence, cherche à le préparer, à le conserver et à lui assurer un avenir de santé » [5].

Dans les années cinquante, dans les livres d'enseignement ménager des collèges techniques de Paris, la puériculture est considérée comme la matière qui « ... traite des moyens propres à assurer le développement des enfants ... » et « ... s'impose dans toutes les classes de la société pour lutter contre la mortalité infantile... » [14].

De nos jours, elle correspond à « l'ensemble des connaissances et des techniques mises en œuvre pour assurer aux tout-petits une croissance et un développement normaux » [15].

### 1.2. L'éducation à la puériculture

Les conseils de puériculture sont apparus bien avant le terme et sa définition : les premières traces écrites de recommandations sur l'hygiène, les soins et l'alimentation des nouveau-nés remontent à l'Antiquité [16]. Les premiers à s'intéresser à ce sujet sont les médecins

accoucheurs, non les pédiatres ; la pédiatrie étant une spécialité qui n'apparaît qu'au XIX<sup>ème</sup> siècle (1872). Les auteurs d'ouvrages dans lesquels figurent des conseils de puériculture sont d'abord grecs : HIPPOCRATE, CELSE et GALIEN. Puis à Rome, au début du II<sup>ème</sup> siècle, SORANOS D'ÉPHÈSE écrit un ouvrage d'obstétrique, *Maladies des femmes*, dont certains chapitres sont consacrés à la prise en charge du nouveau-né par les sages-femmes. Plus tard, durant le Moyen Âge, RHAZÈS, médecin perse, écrit une multitude de livres et de traités incluant la gynécologie, l'obstétrique et l'enfant.

Il faut attendre le XVIII<sup>ème</sup> siècle et ses philosophes, tel que Jean-Jacques ROUSSEAU en France, pour que certains médecins prennent véritablement conscience que l'enfant mérite une attention particulière. De nombreux ouvrages paraissent alors dans toute l'Europe abordant les maladies infantiles ainsi que l'éducation, « l'élevage » et l'alimentation des enfants. En parallèle, se crée une littérature médicale écrite par des sages-femmes ou des mères de famille. Mais ces ouvrages ne s'adressent qu'à la faible partie lettrée de la société et ont peu d'influence, notamment dans les campagnes et les petites villes où les traditions et coutumes perdurent [17].

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, la mortalité infantile est très élevée et l'État décide d'intervenir : la loi de « Protection de l'enfance » que le Dr ROUSSEL fait voter par le Parlement en 1874 constitue un véritable tournant dans l'histoire de la puériculture. Elle conduit entre autres à l'ouverture de crèches, de chambres d'allaitement et d'un grand nombre de dispensaires pour enfants, à Paris et dans les grandes villes, qui ont pour missions de donner des soins aux enfants malades et d'initier à l'hygiène infantile les classes les plus pauvres des villes. Au même moment, toujours dans le cadre de la lutte contre la mortalité infantile, de nombreux médecins accoucheurs, dont les Dr BUDIN et PINARD, s'investissent dans la diffusion des conseils de puériculture en les enseignant aux jeunes filles dans les écoles primaires puis en formant les institutrices à la puériculture [16,18].

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'enseignement ménager qui comprenait l'apprentissage de la toilette et les soins du ménage est officialisé et inscrit au programme de l'école primaire par Jules FERRY [18].

Après la Première Guerre mondiale, l'enseignement ménager et la puériculture sont inscrits au programme scolaire [19]. Après la Seconde Guerre mondiale, ils sont abandonnés.

Des années cinquante à nos jours, l'éducation à la puériculture est assurée par d'autres moyens :

- les pouvoirs publics font en sorte que les jeunes mères apprennent la puériculture auprès de professionnelles (puéricultrices et auxiliaires puéricultrices) à la maternité ou dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ouverts à partir de 1947 [20]. Cette volonté a été récemment renforcée avec la publication en 2005 par la Haute Autorité de Santé (HAS) de recommandations concernant la préparation à la naissance et à la parentalité qui préconisent d'éduquer les parents à la puériculture lors des consultations prénatales [8].
- des ouvrages destinés au public sont publiés, tel que : *Le livre bleu, l'enfant du premier âge*, édité initialement par la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale (FNOSS) puis par le Comité National de l'Enfance (CNE) et distribué gratuitement aux mères par l'intermédiaire, entre autres, des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) [21]. En 1965, Laurence PERNOUD, mère de famille, publie avec le soutien de l'Académie de Médecine, *J'élève mon enfant* [22]. Ces deux ouvrages sont réactualisés et réédités tous les ans.
- le carnet de santé, créé en 1869, qui était initialement un « livret maternel pour prendre des notes sur la santé des enfants » a évolué [23]. Il s'agit toujours d'un document de suivi de la santé de l'enfant et désormais d'un guide éducatif. La version actuelle contient de nombreux conseils de puériculture (alimentation, bain, DRP, sommeil, conditions de couchage et pleurs) [9].
- Internet, avec notamment la création de sites par les institutions publiques (Ministère de la Santé, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé - INPES, Assurance Maladie, ...) s'adressant au grand public, est devenu un outil d'éducation des parents.

### 1.3. La professionnalisation de la puériculture

En 1920, l'école de puériculture de la faculté de Médecine de Paris présidée par le Dr PINARD est créée ainsi que le diplôme universitaire de visiteuse d'hygiène maternelle et infantile [17].

Après la Seconde Guerre mondiale (1947), le Diplôme d'État de puéricultrice est institué par décret [24]. Il permet aux puéricultrices d'exercer à l'hôpital ou en ambulatoire [20].

Ce même décret officialise le Diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture dont l'exercice est dans un premier temps uniquement hospitalier [25].

À partir des années soixante, les auxiliaires de puériculture exercent également dans les crèches et les centres de PMI.

## 2. THÈMES DE PUÉRICULTURE : rappels des recommandations et conseils actuels\*

### 2.1. Alimentation : le type de lait et l'âge de la diversification

De la naissance à 4-6 mois, l'alimentation du nourrisson doit être exclusivement lactée [26]. Le lait recommandé est le lait maternel : il couvre à lui seul les besoins nutritionnels du nourrisson jusqu'à 6 mois et ses bénéfices pour la santé de l'enfant et de la mère sont indéniables [27]. Pour les femmes ne pouvant pas ou ne souhaitant pas allaiter, l'alternative est l'utilisation de laits pour nourrissons.

L'âge de la diversification est compris entre 4 et 6 mois [28]. Elle ne doit jamais être débutée avant 4 mois en raison du risque d'allergie. Et elle ne doit pas l'être après 6 mois révolus car le lait seul qu'il s'agisse du lait maternel ou d'un lait artificiel ne permet plus de couvrir les besoins nutritionnels du nourrisson. Rien ne justifie plus aujourd'hui de retarder la diversification alimentaire chez les enfants à risque d'allergie (antécédents familiaux), en particulier l'introduction des aliments réputés allergisants (œuf, poisson, fruits exotiques), cette fenêtre doit être également respectée pour eux.

### 2.2. Hygiène : la désobstruction rhino-pharyngée (DRP)

Il s'agit d'un acte d'hygiène pluriquotidien indispensable chez le nourrisson jusqu'à 18 mois, âge à partir duquel l'apprentissage du mouchage peut commencer [29].

Parmi les quatre méthodes de DRP : le mouchage, la DRP par instillation, la DRP volumétrique et la DRP par aspiration avec un mouche-bébé manuel ou électrique [30], la méthode recommandée est la DRP volumétrique [31]. Elle consiste, après avoir installé le nourrisson en décubitus latéral ou dorsal tête tournée sur un côté, à instiller du sérum physiologique par pression franche d'une dosette dans la narine supérieure en maintenant la bouche fermée. Elle doit être réalisée des deux côtés.

*\*Ces rappels concernent uniquement les sujets abordés dans notre étude.*

### 2.3. Couchage : la position

La position de couchage est un facteur majeur dans la prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN). Pendant son sommeil, un nourrisson doit être en décubitus dorsal, selon les conseils des pouvoirs publics français [32] et les recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie [33]. Le décubitus ventral et latéral sont des positions identifiées depuis plusieurs années comme des facteurs de risque prédominants [34,35].

### 2.4. Sommeil

Des nombreuses mesures sont préconisées pour prévenir les troubles du sommeil de l'enfant [36,37,38]. À partir de 4 à 6 mois, il est conseillé aux parents de mettre en place un rythme régulier en fixant les horaires de coucher et de lever (ainsi que des repas et des activités). Au départ, l'heure du coucher doit être fixée en fonction de l'heure d'endormissement spontané du nourrisson puis avancée de cinq à dix minutes chaque nuit. Le nourrisson doit être couché encore éveillé, il doit trouver seul son sommeil, toujours au même endroit (sa chambre et son lit). La mise en place d'un rituel est conseillée, il permet de pallier à l'angoisse de séparation. En cas de réveils avec pleurs, il est préférable d'intervenir seulement si les pleurs persistent plus de dix minutes, s'agissant souvent de micro-éveils. Le nourrisson doit apprendre à se rendormir seul. Pour le réveil, il est aussi suggéré qu'il soit spontané et progressif (laisser la lumière pénétrer dans sa chambre en entrouvrant la porte ainsi que les bruits, par exemple).

### 2.5. Pleurs

Les pleurs étant son seul moyen de communication lors des premiers mois, le nourrisson les utilise pour exprimer ses besoins et son inconfort (faim, soif, sommeil, couche souillée, fièvre, coliques, vêtements serrés, chaleur, froid, affection) [39]. Ils cessent alors une fois le besoin satisfait.

Un nourrisson peut aussi pleurer de manière soutenue, notamment le soir, sans raison précise [40]. Il s'agit d'une situation physiologique qui ne témoigne ni de problèmes de santé ni d'une négligence de la part des parents. Elle correspond à une phase d'hyperactivité. Le seul moyen de calmer ces pleurs est alors d'apaiser le nourrisson, de l'aider à s'endormir [36]. Il est conseillé de lui procurer un sentiment de sécurité en le mettant dans sa chambre, dans son lit, au calme, dans l'obscurité, de le bercer dans son lit, de lui parler calmement en

le regardant, en lui souriant, de chanter des berceuses, de lui faire écouter de la musique douce. Ces moyens d'apaisement ont pour avantage d'éviter de le déplacer puis de le réveiller, contrairement aux autres : lui donner un bain, le prendre dans les bras dans une position rassurante, marcher avec lui, le promener en poussette, voire en voiture.

Dans le cadre de la prévention du syndrome du bébé secoué, si les parents ont tout essayé en vain et qu'ils sont exaspérés, il leur est conseillé de laisser leur nourrisson se calmer seul dans son lit [39].

## 2.6. Coliques du nourrisson

Il n'existe à ce jour aucune recommandation pour la prise en charge des coliques du nourrisson [41]. Parmi les nombreux traitements proposés, très peu sont efficaces. Les seuls validés actuellement sont : l'utilisation d'un hydrolysat de protéines en cas d'allaitement artificiel, la phytothérapie à base de fenouil et le probiotique *L. reuteri*. La réassurance des parents, des mesures hygiéno-diététiques et la diminution des stimulations autour du nourrisson doivent y être associées. Les massages abdominaux peuvent aussi être bénéfiques. Aucun médicament n'est à conseiller : ils sont inefficaces, contre-indiqués (anticholinergiques) ou non évalués (trimébutine).

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## 1. TYPE D'ÉTUDE

Nous avons mené une étude quantitative descriptive transversale.

## 2. RAPPELS DES OBJECTIFS

### 2.1. Question posée

Quelles sont les pratiques de puériculture des parents consultant en Médecine Générale ?

### 2.2. Hypothèses

Les pratiques de puériculture des parents sont différentes de celles recommandées ou conseillées par les professionnels de santé.

Le recours fréquent aux professionnels de santé par les parents pour obtenir des conseils de puériculture n'est pas dû à un manque de moyens d'éducation mais à une exploitation insuffisante de leur part de tous ceux disponibles.

### 2.3. Objectifs

L'objectif principal de notre étude a été d'évaluer les pratiques de puériculture des parents consultant en Médecine Générale.

Les objectifs secondaires ont été:

- de décrire leurs sources de conseils et de les hiérarchiser.
- d'identifier les facteurs influençant leurs pratiques.
- de proposer une liste de sources de conseils validées destinée aux parents.

### 3. POPULATION ÉTUDIÉE

#### 3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tout parent d'au moins un enfant de 0 à 2 ans et comprenant le français a été inclus dans l'étude.

Ont été exclus de l'étude les parents d'enfants âgés de plus de 2 ans et les parents ne comprenant pas le français.

#### 3.2. Période et lieu de l'étude

L'échantillon a été recruté d'avril à septembre 2014 parmi les parents présents dans les cabinets des médecins généralistes ayant participé à l'étude.

Ces médecins généralistes ont été tirés au sort à partir de la liste de la CPAM des médecins généralistes du Grand Lyon et en secteur I, à l'aide du site Research Randomizer. Leur accord quant à leur participation à l'étude a été obtenu par contact téléphonique.

Notre objectif était de recruter 10 médecins généralistes.

#### 3.3. Taille de l'échantillon attendue

La taille de l'échantillon attendue était de 150 parents, soit 15 questionnaires par cabinet de Médecine Générale en 5 mois.

## 4. RECUEIL DES DONNÉES

### 4.1. Modalités de recueil

Le recueil des données a été réalisé par un seul investigateur au moyen d'un questionnaire papier anonyme.

Une information orale, claire et concise concernant le statut de l'investigateur, l'accord des médecins généralistes quant à sa présence et le but de l'étude était systématiquement fournie aux patients.

Le questionnaire a été remis aux parents se présentant dans les salles d'attente des cabinets de Médecine Générale sélectionnés, répondant aux critères d'inclusion et acceptant de participer à l'étude.

Les parents devaient renseigner eux-mêmes le questionnaire, ou avec l'aide d'un accompagnateur ou de l'investigateur en dernier recours, dans le cas où ils comprenaient le français mais ne pouvaient pas l'écrire (handicap ou illettrisme).

Une étude de faisabilité réalisée auprès de 12 parents volontaires dans 2 cabinets de Médecine Générale, à Bron et Saint-Priest, en mars 2014, a permis de valider ce questionnaire.

### 4.2. Données recueillies

Le questionnaire, disponible en annexe (Annexe I), comportait 18 questions regroupées en 3 parties. Elles permettaient d'obtenir des informations sur :

- 1<sup>ère</sup> partie (6 questions) : les caractéristiques sociodémographiques des parents (âge, genre, nombre d'enfant(s), niveau d'études, situation professionnelle).
- 2<sup>ème</sup> partie (7 questions) : leurs pratiques pour chacun des thèmes de puériculture abordés (alimentation : allaitement et diversification, DRP, position de couchage, sommeil, pleurs et coliques du nourrisson).
- 3<sup>ème</sup> partie (5 questions) : leurs sources de conseils, leur facilité d'accès à Internet (cette information a par la suite été intégrée aux données sociodémographiques), leur estimation de leur niveau d'information en matière de puériculture et les raisons en cas de niveau d'information estimé insuffisant.

## 5. ANALYSES STATISTIQUES

Après codage, les variables recueillies ont été saisies dans une feuille Excel® pour constituer une base de données.

Pour l'analyse descriptive, des effectifs et des pourcentages pour les variables qualitatives, des médianes, moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives ont été calculés à l'aide du logiciel Excel®.

Les analyses comparatives en sous-groupes (test du Chi deux, test exact de Fischer, test de Student) ont été effectuées sur le site BiostaTGV.

Les résultats des tests ont été considérés comme significatifs lorsque  $p$  était inférieur à 0,05.

Le critère de jugement principal était le nombre de parents ayant des pratiques de puériculture correspondant aux recommandations ou conseils des professionnels de santé. Pour le déterminer, nous avons calculé un score pour chaque questionnaire en fonction des réponses données dans la 2<sup>ème</sup> partie (questions 7 à 13). Un point a été attribué pour chaque « bonne réponse » (réponse correspondant aux recommandations ou conseils des professionnels de santé). 14 « bonnes réponses » étant possibles, le score était sur 14 points (tableau 1). Un parent était considéré comme ayant des pratiques de puériculture correspondant aux recommandations ou conseils des professionnels de santé en cas de score supérieur ou égal à la moyenne ( $\geq 7$ ).

Les analyses comparatives en sous- groupes ont été effectuées en fonction :

- de l'âge :  $\leq 30$ ans /  $> 30$  ans
- du genre : Hommes / Femmes
- du nombre d'enfants : 1 enfant /  $>1$  enfant
- du niveau d'études : Aucun à Lycée / Etudes supérieures
- de la catégorie socioprofessionnelle : En activité / Sans activité
- des sources de conseils : Professionnels de santé parmi les sources / Pas de professionnel de santé parmi les sources
- de la source principale de conseils : Professionnels de santé / Autres ; Famille-Amis / Autres
- du niveau d'information estimé : Parents s'estimant bien informés / Parents ne s'estimant pas bien informés

Le nombre de sous-groupes pour chaque facteur étudié a été déterminé de sorte que les effectifs soient suffisants pour faire les tests.

Tableau 1 : Grille de calcul du score

Questions	« Bonnes réponses »	Score
7°) Mode d'allaitement	Maternel	1
8°) Âge de début de diversification	4, 4.5, 5, 5.5, 6 mois	1
9°) Méthode de DRP	Pression forte de sérum physiologique	1
10°) Position de couchage	Dos	1
11°) Sommeil	Vous lui imposez des horaires fixes	1
	Il s'endort seul dans son lit	1
	En cas de réveil avec pleurs, vous n'intervenez qu'après 10 min	1
12°) Pleurs	Vous essayez de l'apaiser	1
	Vous l'emmenez en promenade	1
	Lorsque vous êtes exaspéré(e), vous le remettez dans son lit [...]	1
13°) Coliques du nourrisson	Vous essayez de l'apaiser	1
	Vous lui massez le ventre	1
	Vous lui donnez des tisanes de <b>fenouil</b>	1
	Vous ne faites rien	1
<b>Total</b>		<b>14</b>

## 6. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été effectuée sur Internet via le moteur de recherche Google® en consultant :

- les catalogues en ligne du Système Universitaire de Documentation (SUDOC), de la Bibliothèque Universitaire Santé de Lyon 1 et de la Bibliothèque Interuniversitaire de Santé (BIUS).
- des bases de données numériques : la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), le Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF), la Cochrane Library, le Cairn.info, les bases de données des bibliothèques de l'Université Paris-Est Créteil et de l'université de Lorraine (Publications Et Travaux Académiques de Lorraine-PETALE).
- les sites de la HAS, du Ministère de la Santé, de l'INPES, de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), de la Société Française de Pédiatrie, de l'Université Virtuelle de Maïeutique Francophone, de l'association Courlygones, le site officiel Périnatalité et de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE).

Les mots clés utilisés ont été : puériculture, soins aux enfants, alimentation nourrisson, diversification, désobstruction rhino-pharyngée, couchage, mort inattendue du nourrisson, sommeil, pleurs, coliques du nourrisson, éducation.

Certaines recherches ont été directement faites par auteur ou par titre de publication.

Concernant les travaux de recherche, seuls ceux datant de moins de 10 ans ont été sélectionnés.

Le logiciel Zotero® a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

# RÉSULTATS

Du 23 avril au 24 septembre 2014, 103 questionnaires ont été recueillis.

## 1. ANALYSE DESCRIPTIVE

### 1.1. Participation à l'étude

#### 1.1.1. Des médecins généralistes

Sur les 30 médecins généralistes tirés au sort, 18 ont été contactés : 14 ont accepté de participer à l'étude, 4 ont refusé. 8 médecins généralistes n'ont pas été contactés car installés dans le même arrondissement ou la même commune que les médecins participants ; 3 sont restés injoignables ; 1 a pris sa retraite.

Parmi les 14 médecins ayant accepté de participer à l'étude, 3 ont été exclus, leur patientèle étant âgée.

A l'issue des 5 mois prévus pour le recueil des données, 8 médecins généralistes ont été inclus, installés à Lyon 3<sup>ème</sup>, Lyon 4<sup>ème</sup>, Lyon 8<sup>ème</sup>, Bron, Ecully, Saint-Fons, Saint-Priest et Villeurbanne (la répartition des questionnaires par cabinet est détaillée dans la base de données, Annexe II, feuille 2).

#### 1.1.2. Des parents

Le taux de participation des parents a été de 93.6%. Sur les 110 parents répondant aux critères d'inclusion et auxquels le questionnaire a été proposé, 7 ont refusé de le remplir, la principale raison étant le manque de temps.

## 1.2. Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

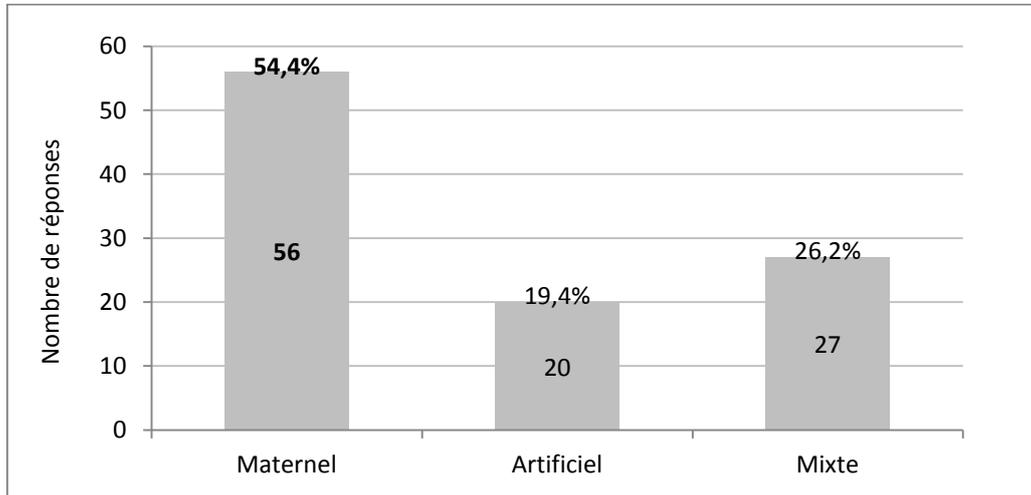
Variables	n N=103	%	Médiane	Moyenne (± écart type)	Min-Max
<b>Âge (ans)</b>			31	31,52 (±5,66)	21-54
≤ 25	14	13,6			
26-30	36	34,9			
31-35	32	31,1			
> 35	21	20,4			
<b>Genre</b>					
Homme	16	15,5			
Femme	<b>87</b>	<b>84,5</b>			
<b>Nombre d'enfant(s)</b>			2	1,81 (±0,89)	1-4
1	48	46,6			
>1	<b>55</b>	<b>53,4</b>			
<b>Niveau d'études</b>					
Primaire	1	0,9			
Collège	11	10,7			
Lycée	35	34			
Études supérieures	<b>56</b>	<b>54,4</b>			
<b>Situation professionnelle</b>					
En activité	<b>75</b>	<b>72,8</b>			
- Agriculteurs	0	0			
- Artisans	4	3,9			
Commerçants					
Chefs d'entreprise					
- Cadres	10	9,7			
- Professions intermédiaires	25	24,3			
- Employés	32	31,1			
- Ouvriers	4	3,9			
Sans activité	28	27,2			
Étudiant(e)	0	0			
<b>Accès à Internet</b>					
Oui	<b>100</b>	<b>97,1</b>			
Non	3	2,9			

n : nombre ; N : nombre total ; % : pourcentage ; min : minimum ; max : maximum.

### 1.3. Pratiques des parents

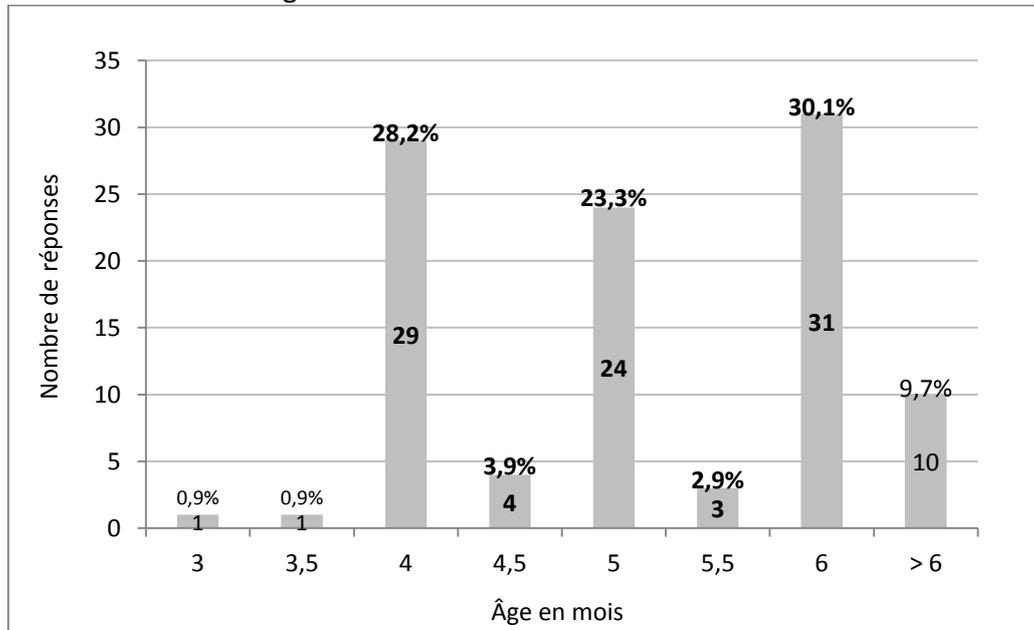
#### 1.3.1. Allaitement

**Figure 1** : Répartition des réponses concernant le mode d'allaitement choisi par les parents les 4 premiers mois



#### 1.3.2. Diversification

**Figure 2** : Répartition des réponses concernant l'âge à partir duquel les parents ont débuté ou envisagé de débuter la diversification de leur nourrisson

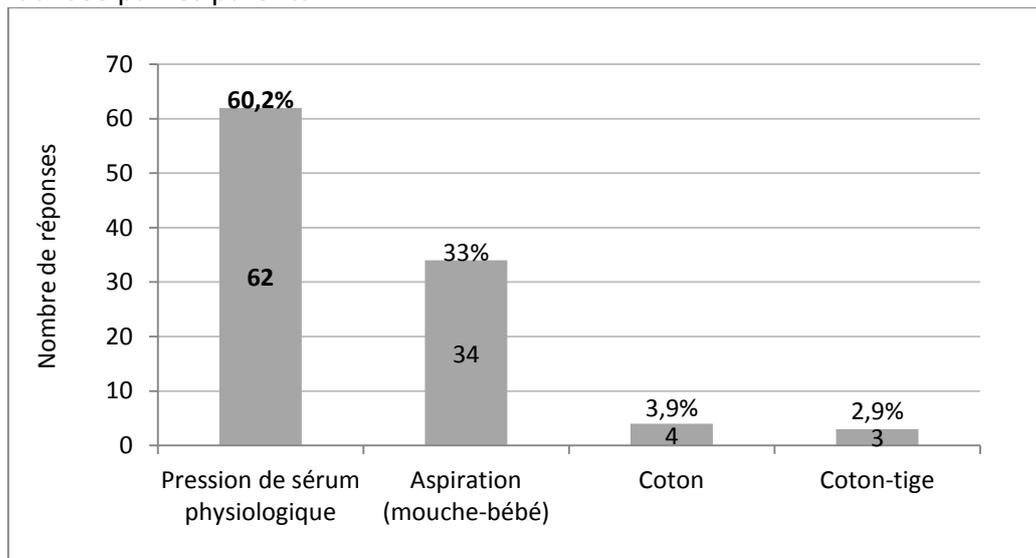


91 (88,4%) parents ont choisi la tranche d'âge recommandée, entre 4 et 6 mois, pour débuter la diversification alimentaire de leur nourrisson.

Les réponses des 10 parents ayant débuté la diversification de leur nourrisson ou envisageant de le faire après 6 mois étaient : 6,5, 7 (pour 4 d'entre eux), 8, 9, 10, 11 et 12 mois.

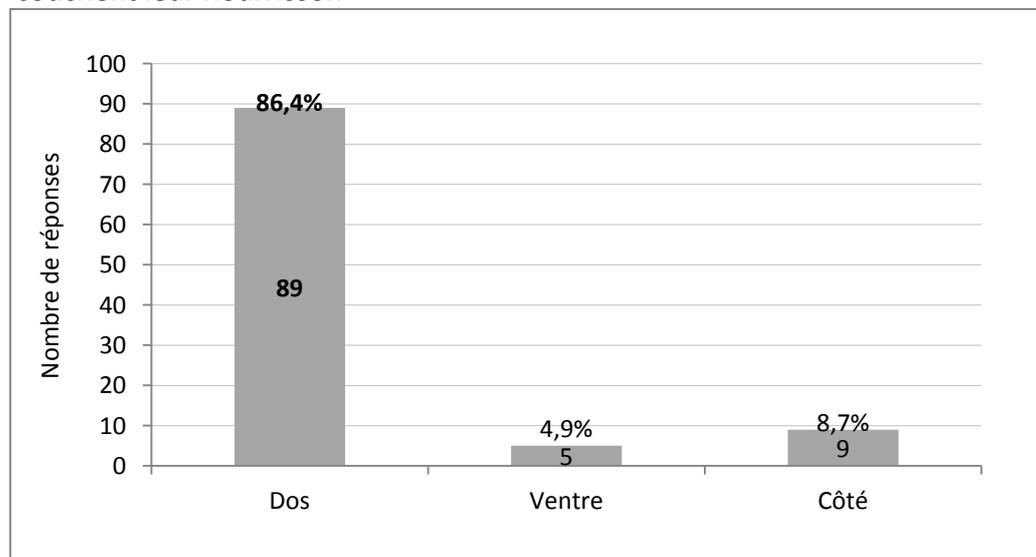
### 1.3.3. DRP

**Figure 3** : Répartition des réponses concernant la méthode de DRP la plus souvent utilisée par les parents



### 1.3.4. Position de couchage

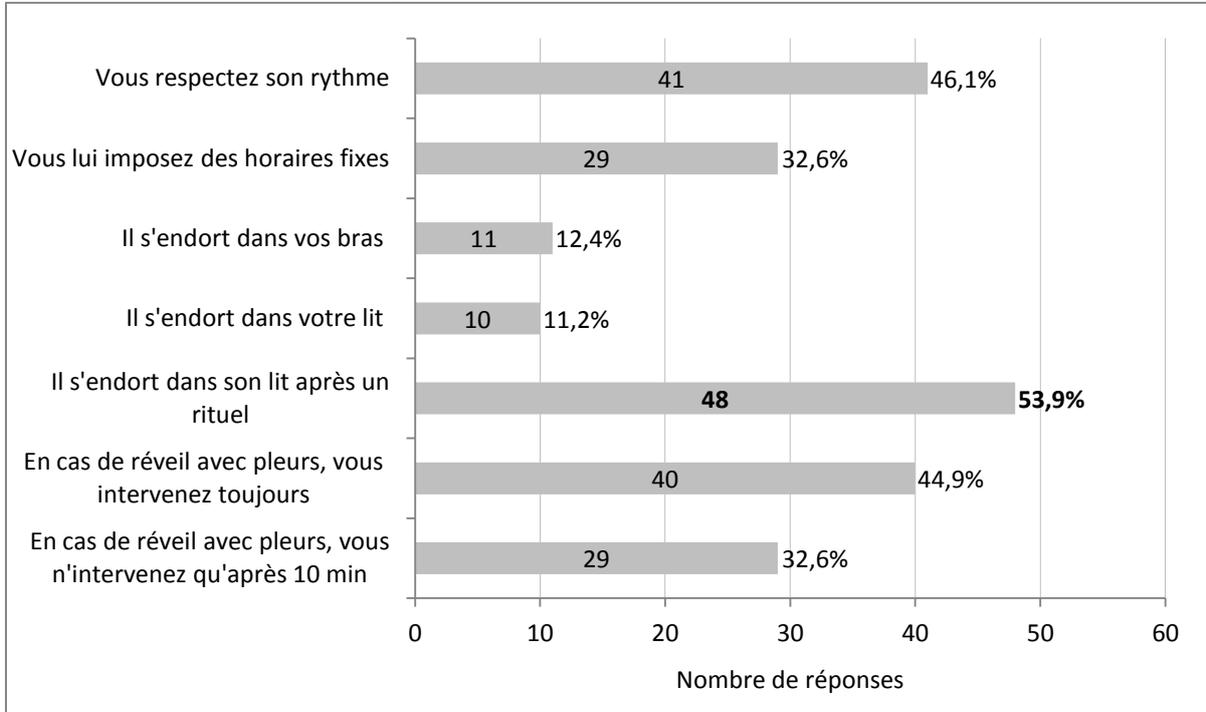
**Figure 4** : Répartition des réponses concernant la position dans laquelle les parents couchent leur nourrisson



### 1.3.5. Sommeil

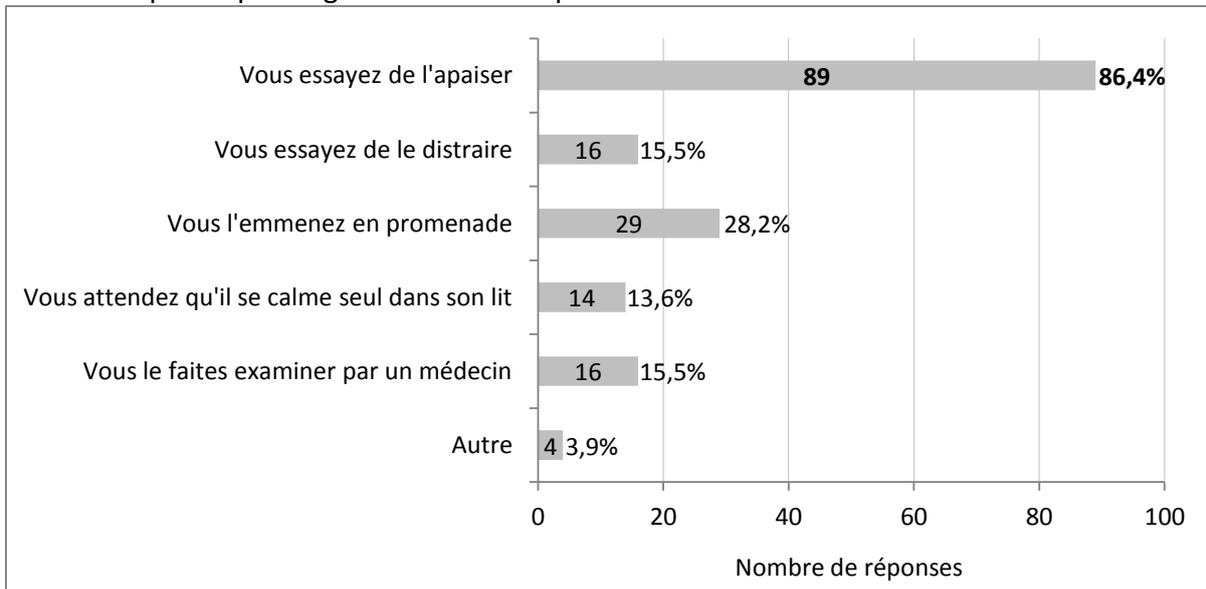
89 (86,4%) parents étaient concernés par cette question.

**Figure 5** : Répartition des réponses concernant la gestion par les parents du rythme de sommeil de leur nourrisson après 6 mois



### 1.3.6. Pleurs

**Figure 6** : Répartition des réponses concernant les méthodes utilisées par les parents pour calmer les pleurs prolongés et sans cause particulière de leur nourrisson



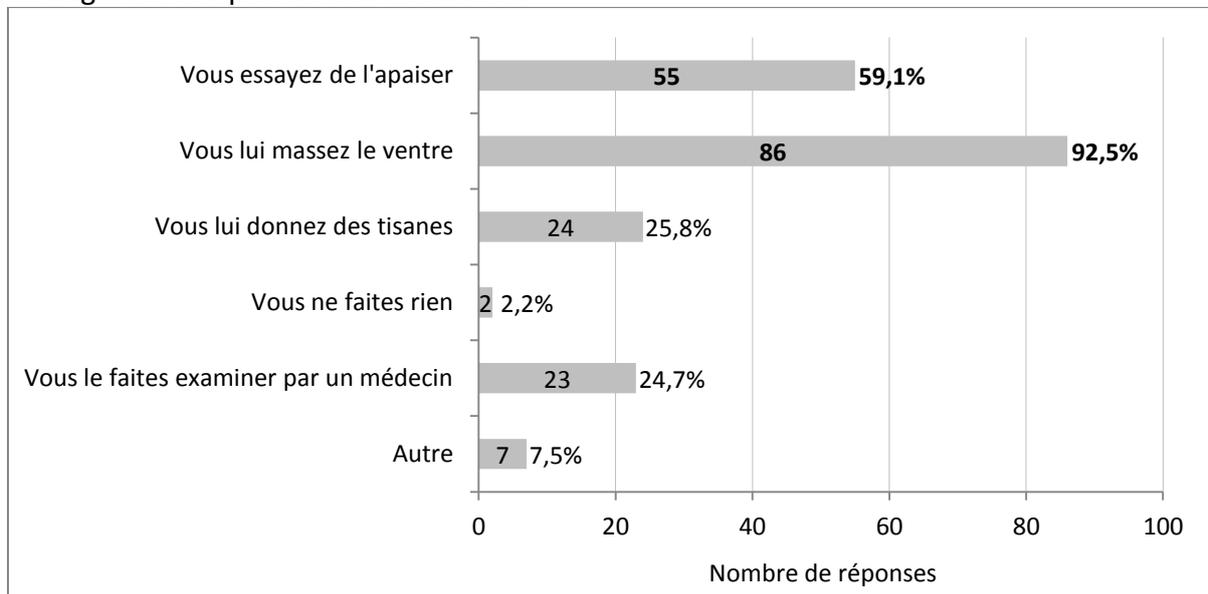
Les 4 réponses « Autre » correspondent à :

- « Administrer du Doliprane® »
- « Le faire examiner par un médecin en cas de pleurs inconsolables »
- « Passer le relais au conjoint »
- « Le porter en écharpe et le mettre au sein »

### 1.3.7. Coliques du nourrisson

93 (90,3%) parents étaient concernés par cette question.

**Figure 7** : Répartition des réponses concernant les méthodes utilisées par les parents pour soulager les coliques de leur nourrisson



Parmi les 24 (25,8%) parents donnant des tisanes, 14 utilisaient des tisanes à base de fenouil. Les 10 autres utilisaient des tisanes à base de cumin, de carvi, de verveine ou les infusions Nuit Calme®.

Les 7 réponses « Autre » correspondent à :

- « Appliquer des compresses chaudes sur le ventre de mon nourrisson »
- « Le porter en écharpe »
- « Mettre de l'eau de fleurs d'oranger dans le biberon d'eau »
- « Utiliser de l'homéopathie »
- « Mettre mon nourrisson sur le ventre »
- « Boire moi-même des tisanes à base de fenouil »
- « Consulter le pédiatre si elles persistent »

### 1.3.8. Scores

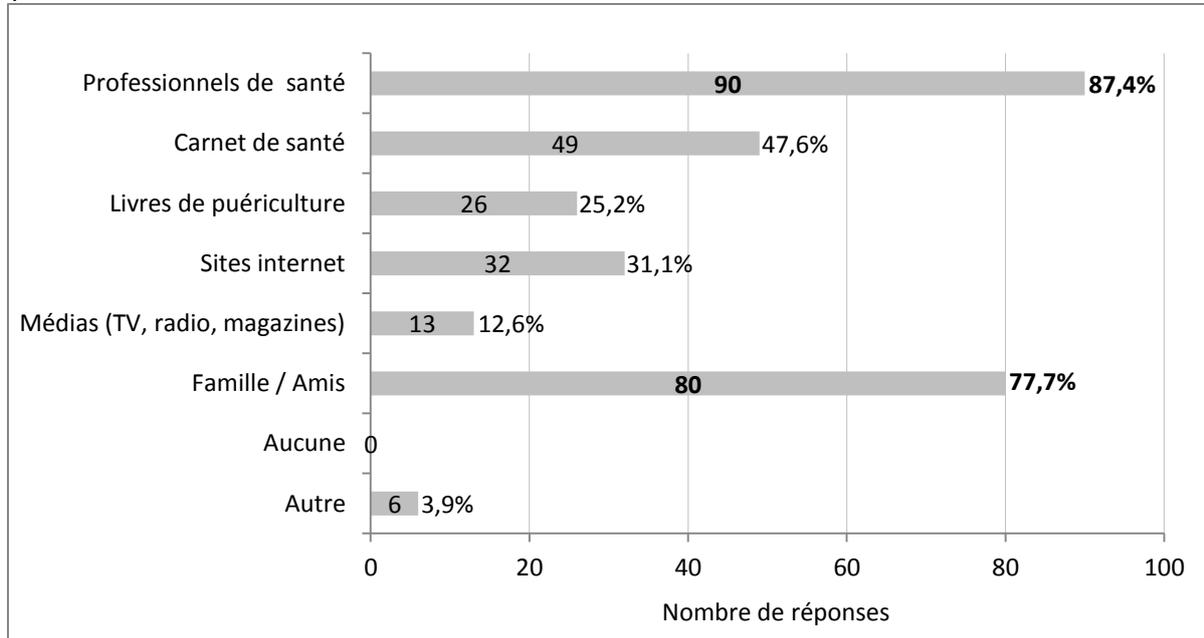
Tableau 3 : Scores obtenus par les parents

	n	%	Médiane	Moyenne (± écart type)	Min-Max
<b>Score/14</b>	103	100	<b>7</b>	<b>6,99 (±1,86)</b>	<b>2-11</b>
<b>Score &lt; 7</b>	44	42,7			
2	2	1,9			
4	4	3,9			
4,2	1	0,97			
5	18	17,5			
6	16	15,5			
6,3	3	2,9			
<b>Score ≥ 7</b>	<b>59</b>	<b>57,3</b>			
7	13	12,6			
7,6	4	3,9			
8	20	19,4			
8,4	1	0,97			
8,9	1	0,97			
9	9	8,7			
9,8	4	3,9			
10	3	2,9			
10,2	3	2,9			
11	1	0,97			

n : nombre ; % : pourcentage ; min : minimum ; max : maximum.

## 1.4. Sources de conseils

Figure 8 : Répartition des réponses concernant les sources de conseils de puériculture des parents



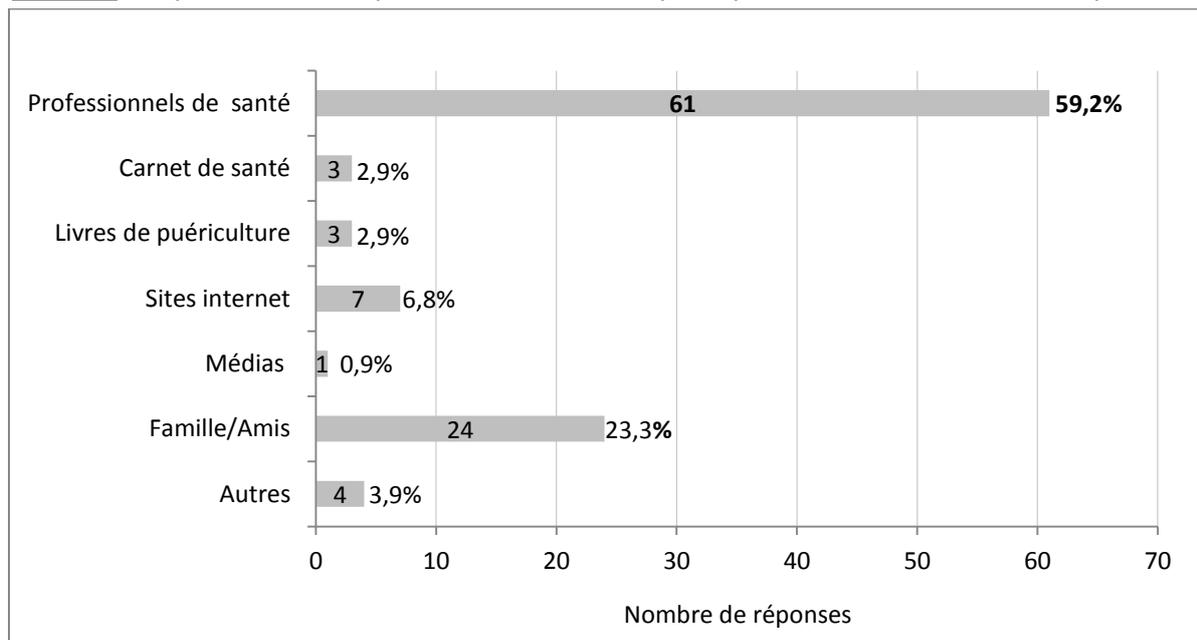
Aucun des 32 (31.1%) parents dont Internet est une source de conseils ne consultait de site fiable. Les sites Internet cités étaient des forums ou des sites indépendants : doctissimo.fr, magicmaman.com, allobébé.fr, bébé.fr, blédina.com, lesmaternelles.fr.

Parmi les 13 (12,62%) parents utilisant d'autres médias comme sources de conseils, 4 ont précisé qu'il s'agissait de magazines (un parent a cité *Grandir autrement* et *PEPS*) et 2 d'une émission de télévision (TV) : « Les maternelles » sur France 5.

6 (3,9%) parents ont cité une autre source de conseils : « l'instinct maternel » (pour 3 mères), « mon expérience avec l'aîné », « le bon sens », « ma compagne ».

Il a ensuite été demandé aux parents d'indiquer leur principale source de conseils parmi celles qu'ils ont citées (figure 9).

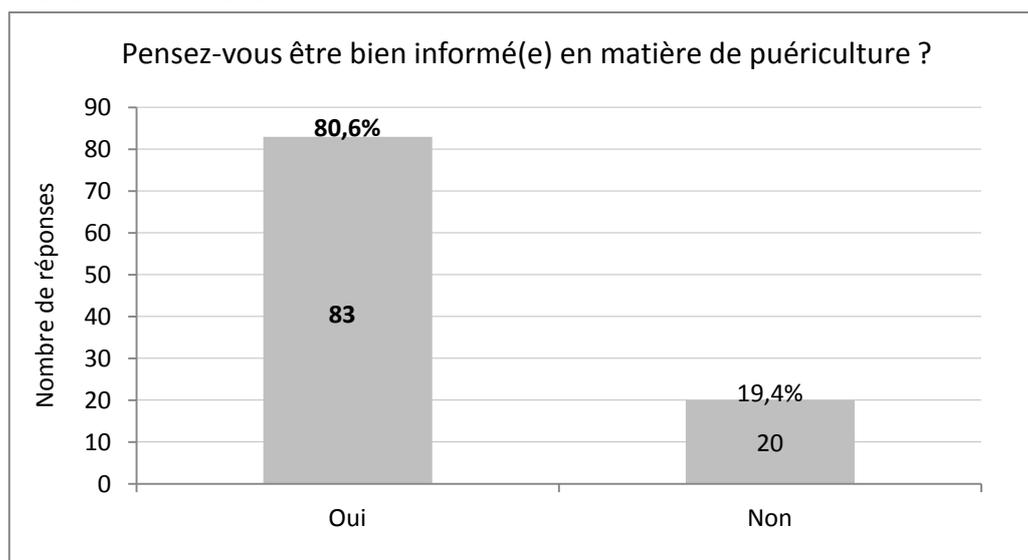
**Figure 9** : Répartition des réponses concernant la principale source de conseils des parents



Parmi les 61 (59,2%) parents dont les professionnels de santé sont la principale source de conseils, 15 ont précisé qu'il s'agissait du médecin généraliste, 10 du pédiatre, 1 de la sage-femme et 1 des auxiliaires de puériculture de PMI.

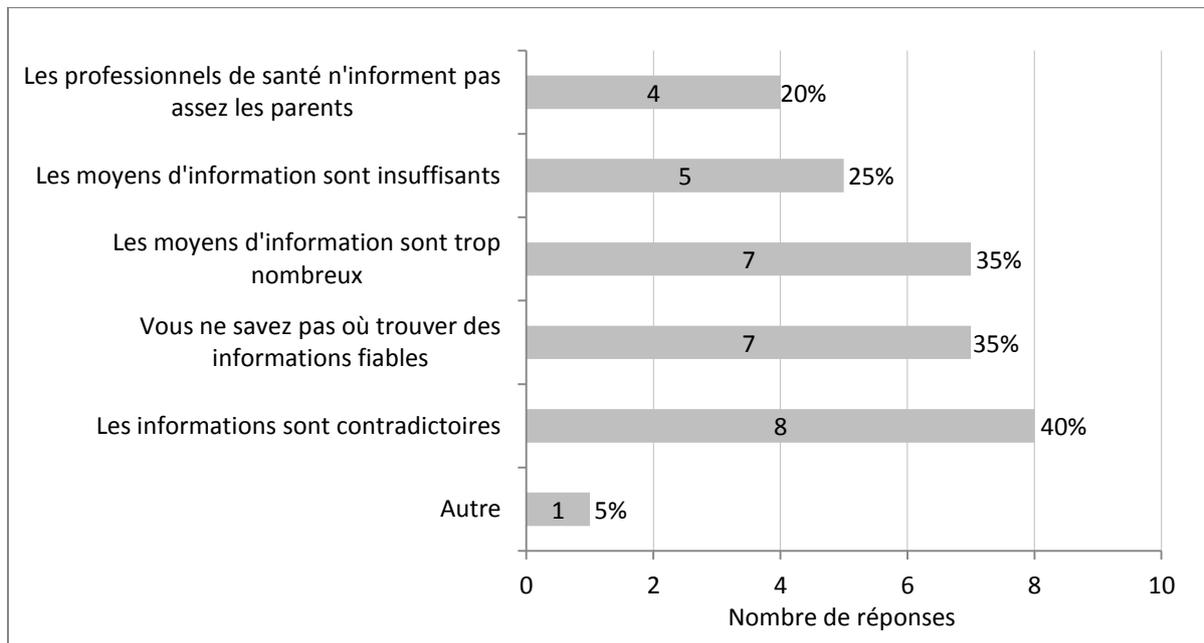
### 1.5. Niveau d'information estimé

**Figure 10** : Répartition des réponses concernant l'estimation par les parents de leur niveau d'information



Les parents ne s'estimant pas bien informés devaient en préciser les raisons en répondant à la question n°18 (figure 11).

**Figure 11:** Répartition des réponses concernant les raisons de leur manque d'information



1 parent avait comme autre raison le fait qu'il comprenait mal les explications des professionnels de santé car ne maîtrisait pas le français.

## 2. ANALYSE COMPARATIVE

### 2.1. En fonction des données sociodémographiques

Concernant l'âge, il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes : le résultat du test de Student est  $p=0,66$ , le groupe des parents avec un score  $\geq 7$  ayant une moyenne d'âge de 31,7 ans et l'autre de 31,2 ans. Concernant les autres facteurs, les résultats obtenus au test du Chi deux sont regroupés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Analyse comparative entre les parents ayant obtenu ou non au moins la moyenne en fonction des données sociodémographiques

Variables	Parents ayant obtenu un score $\geq 7$ (N=59)		Parents ayant obtenu un score $< 7$ (N=44)		p
	n	%	n	%	
<b>Genre</b>					<b>0.02</b>
Homme	5	8,5	11	25	
Femme	54	91,5	33	75	
<b>Nombre d'enfant(s)</b>					<b>0.54</b>
1	29	49,2	19	43,2	
>1	30	50,8	25	56,8	
<b>Niveau d'études</b>					<b>0.24</b>
Primaire au Lycée	24	40,7	23	52,3	
Études supérieures	35	59,3	21	47,7	
<b>Situation professionnelle</b>					<b>0.36</b>
En activité	45	76,3	30	68,2	
Sans activité	14	23,7	14	31,8	

N : nombre total ; n : nombre; % : pourcentage ; p : niveau de significativité.

## 2.2. En fonction des sources de conseils

**Tableau 5 :** Analyse comparative entre les parents ayant obtenu ou non au moins la moyenne en fonction des sources de conseils

Variables	Parents ayant obtenu un score $\geq 7$ (N=59)		Parents ayant obtenu un score $< 7$ (N=44)		p
	n	%	n	%	
	<b>Sources de conseils</b>				
Professionnels de santé parmi les sources	51	86,4	39	88,6	
Pas de professionnel de santé parmi les sources	8	13,6	5	11,4	
<b>Famille-Amis parmi les sources</b>					0.93
Famille-Amis parmi les sources	46	78	34	77,3	
Pas de famille-ami parmi les sources	13	22	10	22,7	
<b>Source principale de conseils</b>					0.23
Professionnels de santé	32	54,2	29	65,9	
Autres	27	45,8	15	34,1	

N : nombre total ; n : nombre; % : pourcentage ; p : niveau de significativité.

## 2.3. En fonction du niveau d'information estimé

**Tableau 6 :** Analyse comparative entre les parents ayant obtenu ou non au moins la moyenne en fonction du niveau d'information estimé

Variables	Parents ayant obtenu un score $\geq 7$ (N=59)		Parents ayant obtenu un score $< 7$ (N=44)		p
	n	%	n	%	
	<b>Pensez-vous être bien informé(e) ?</b>				
Oui	50	84,7	33	75	
Non	9	15,3	11	35	

N : nombre total ; n : nombre; % : pourcentage ; p : niveau de significativité.

# DISCUSSION

## 1. RÉSULTATS PRINCIPAUX

Nous avons évalué les pratiques de puériculture de parents d'enfants de moins de 2 ans, essentiellement des mères, jeunes (<35ans), actifs pour la plupart et dont le niveau d'études était élevé.

Les principales observations issues de notre analyse sont les suivantes :

- **Contrairement à notre hypothèse, les parents avaient dans l'ensemble des pratiques de puériculture correspondant aux recommandations ou conseils des professionnels de santé.**

Pour la position de couchage notamment, dont l'enjeu est majeur (prévention de la MIN), ils étaient 86% à appliquer les recommandations.

Toutefois, même si la plupart des recommandations ou conseils semble acquise, les parents ont des progrès à faire et leur éducation reste à améliorer.

- **Les parents s'estimaient bien informés et leurs principales sources de conseils étaient les professionnels de santé puis la famille et les amis. Notre deuxième hypothèse selon laquelle les moyens d'éducation disponibles seraient sous-exploités de leur part a été confortée :** moins de la moitié des parents se référait au carnet de santé, un tiers d'entre eux utilisait Internet en sachant qu'ils consultaient uniquement des sites peu fiables, une minorité les autres médias (TV, radio, presse écrite) et seul un quart d'entre eux lisait des ouvrages de puériculture. Pour qu'ils soient mieux exploités, nous devrions assurer davantage la promotion de ces supports éducatifs en les recommandant. Prendre le temps de le faire serait dans l'intérêt de tous : le nôtre, nous serions moins sollicités, celui des parents qui bénéficieraient d'un soutien pratique permanent à domicile, et bien sûr celui des enfants auxquels nous éviterions de passer inutilement des heures dans les salles d'attente de cabinets médicaux ou de services d'urgences.

- **Aucun facteur influençant les pratiques des parents n'a pu être identifié de manière significative à l'exception du genre :** les mères respectaient plus les recommandations ou conseils que les pères.

Chacun de nos résultats sera commenté dans la suite de notre travail.

## 2. LIMITES ET FORCES DE NOTRE ÉTUDE

### 2.1. Ses limites

La principale limite de notre étude est sa faible puissance : il s'agit d'une étude descriptive et son effectif était insuffisant pour obtenir des résultats significatifs. Un des objectifs secondaires : identifier les facteurs influençant les pratiques des parents, n'a pas pu être atteint. Ce biais de précision est lié au fait que les questionnaires ont été recueillis par un seul investigateur qui s'est déplacé dans chaque cabinet pour les proposer et les distribuer lui-même dans les salles d'attente, que la période de recueil de 5 mois était courte et que l'activité de certains cabinets était faible au moment du recueil (vacances d'été).

Un biais de déclaration était inévitable dans ce type d'étude malgré l'anonymat, d'autant plus que l'investigateur était présent. Ce qui a probablement encouragé certains parents à choisir les réponses qu'ils savaient être celles attendues mais qui ne correspondaient pas forcément à leurs pratiques.

Pour effectuer notre analyse comparative, nous avons utilisé un score permettant de diviser les parents en deux groupes. Nous avons estimé que les parents ayant obtenu un score supérieur ou égal à la moyenne (7 points) pouvaient être considérés comme ayant des pratiques correspondant aux recommandations par opposition aux autres. Cela revenait aussi à obtenir au moins une bonne réponse par question (7 questions concernaient les pratiques), ce qui nous semblait satisfaisant. Le choix de cette limite entre les deux groupes était subjectif et donc contestable.

L'utilisation de ce score impliquait de comptabiliser indifféremment les bonnes réponses. Or toutes les pratiques recommandées n'ont pas les mêmes enjeux : les pratiques de couchage ont pour enjeu la prévention de la MIN, le non respect des recommandations peut avoir des conséquences dramatiques. Ainsi, dans le groupe qui a obtenu au moins la moyenne, des parents ont été considérés comme suivant les recommandations de manière générale alors qu'ils n'ont pas obtenu de point pour la position de couchage. Cela n'a concerné néanmoins que 2 parents sur les 59 du groupe, et cela n'a pas eu de répercussion sur les résultats des tests statistiques.

Nous sommes partis du principe que pratique et éducation étaient liées. Mais dans le domaine de la puériculture ce lien n'est pas si évident. Si parfois les parents ne suivent pas les recommandations ou conseils, ce n'est pas toujours parce qu'ils ne les connaissent pas. De nombreux facteurs peuvent justifier certaines pratiques, tels que des facteurs culturels,

économiques ou physiques, pouvant rendre leur mise en œuvre difficile, ou tout simplement un manque d'assurance. L'allaitement en est le meilleur exemple : les mères choisissent un mode d'allaitement plutôt qu'un autre pour de multiples raisons (fatigue, contraintes physiques, pudeur, mauvaise expérience précédente, reprise d'une activité professionnelle...). Elles sont détaillées, entre autres, par l'équipe de l'École Nationale de la Santé Publique chargée d'une étude sur l'allaitement maternel en Ille-et-Vilaine [42].

À la question n°14, qui portait sur les sources de conseils, nous ne leur avons pas demandé, en cas de choix de la proposition « Professionnels de santé », de préciser lesquels. Cela aurait permis de quantifier l'importance du recours aux médecins généralistes, en particulier, pour obtenir des conseils de puériculture.

## 2.2. Ses forces

Les thèmes de puériculture posant le plus de difficultés aux parents (alimentation, DRP, couchage, sommeil, pleurs, coliques du nourrisson) ont tous été abordés dans une même étude. Les pratiques concernant l'allaitement, la diversification et le couchage ont déjà fait l'objet de plusieurs études, auxquelles nous allons faire référence, mais séparément. Pour les autres thèmes (DRP, sommeil, pleurs, coliques), elles ont rarement été évaluées en détail.

Il était pertinent de s'intéresser aux pratiques des parents d'enfants de moins de 2 ans car ces parents sont particulièrement en difficulté. Selon l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, réalisée en juin 2013 par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), le taux de recours aux urgences le plus élevé était celui des nourrissons [43]. Parallèlement, des études alertaient sur la saturation à mauvais escient des services d'urgences pédiatriques par des parents de nouveau-nés qui consultaient uniquement pour des conseils [6,7,44].

Ce choix d'inclusion a également permis de limiter le biais de mémoire : ces parents étaient encore confrontés au quotidien aux pratiques de puériculture sur lesquelles ils étaient interrogés ou l'ont été peu de temps avant l'étude.

Le biais de sélection a été limité par le recrutement des parents en cabinets de médecine générale, non aux urgences ni dans des PMI où nous aurions pu obtenir un échantillon de plus grande taille mais moins représentatif. De plus, les médecins généralistes ont été sélectionnés par tirage au sort.

Le recueil des questionnaires par un seul investigateur était à l'origine de biais que nous avons précédemment évoqués (de précision et déclaratif) mais cette méthode était la seule nous assurant d'obtenir des questionnaires correctement renseignés et tous exploitables.

### 3. NOS RÉSULTATS COMPARÉS AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

#### 3.1. Les caractéristiques sociodémographiques

Les femmes étaient surreprésentées par rapport aux hommes dans notre échantillon. Dans une enquête lyonnaise sur le parcours de santé des enfants, le taux de réponse des femmes était similaire, soit plus de 80% [45]. Ceci s'explique par le fait que la plupart des parents inclus accompagnait leur enfant en consultation et que se sont en général les mères qui le font. Elles demeurent les principales actrices des soins aux enfants, comme il l'est suggéré dans un article s'appuyant sur les données d'une enquête sur la distribution des rôles parentaux et grand-parentaux auprès des enfants en 2005 [46]. Dans un autre article s'intéressant à l'histoire de la relation mère-nourrisson, l'auteur démontre que les soins aux enfants ont toujours incombé essentiellement aux mères. Se préoccuper de leur santé, donc les faire examiner par un médecin entre autres, fait partie de ces soins [2].

Les parents interrogés avaient en moyenne 31,5 ans, ce qui correspond à l'âge moyen des mères de nourrissons françaises en 2013, de 30,1 ans, à la naissance de leur enfant tout rang confondu [47]. Nous pouvons comparer ces données avec les nôtres du fait de la large prédominance de mères dans notre échantillon. Nous n'avons pas retrouvé de données concernant l'âge des pères de nourrissons.

La répartition dans notre étude des parents ayant un enfant et ceux ayant au moins deux enfants (47% et 53%) était proche de celle dans la population générale en 2010 (45% et 55%) [48].

Les parents inclus avaient un niveau d'études plus élevé que celui de la population générale en 2013 : 54% ont fait des études supérieures contre 34% [49].

Notre échantillon comptait plus d'actifs que la population française et du Rhône (73% contre 64%) [50]. La répartition des actifs selon la catégorie socioprofessionnelle correspondait à celle dans le Rhône selon l'INSEE en 2011 pour les « Professions intermédiaires » (33% et 29%) et l'ensemble des « Employés », « Ouvriers », « Artisans » et « Agriculteurs » (53% et 49 %) [51]. Les cadres étaient sous représentés: ils étaient 13% dans notre étude alors que l'INSEE en avait recensé 21% dans le Rhône en 2011.

## 3.2. Les pratiques de puériculture

### 3.2.1. L'allaitement

Plus de la moitié des parents interrogés respectait les recommandations : 54% d'entre eux ont déclaré avoir choisi pour l'alimentation de leur nourrisson, au moins jusqu'à 4 mois, l'allaitement maternel (AM) exclusif. Ce taux est nettement supérieur au taux national : dans l'étude Épipane (Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie), réalisée en 2012, seulement 15% des nourrissons étaient allaités de façon exclusive ou prédominante à 4 mois [52]. Il est également supérieur au taux régional : une étude réalisée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de Rhône-Alpes de 2004 à 2006 a retrouvé un taux d'AM exclusif de 15 à 8% de 3 à 6 mois [53].

Cette probable surestimation du taux d'AM exclusif dans notre étude peut être liée au biais de déclaration que nous avons précédemment signalé. Mais elle peut aussi être due au fait que la question englobait les quatre premiers mois, en sachant que nous avons voulu connaître les pratiques d'alimentation pour l'ensemble de cette période puisqu'elle correspond à la durée minimale d'allaitement exclusif recommandée. Or les deux études que nous venons de citer ont montré que les pratiques d'allaitement changeaient rapidement : le taux national d'allaitement maternel exclusif passait de 59% à la naissance, à 35% à 1 mois et à 21% à 3 mois. Le taux en région Rhône-Alpes passait de 57,5% à 41% puis 15%. La durée médiane d'AM exclusif ou prédominant était seulement de 24 jours [52]. Ainsi, il est possible que les réponses de certains parents correspondaient plutôt au mode d'allaitement initialement choisi.

En conséquence, nous avons observé un taux d'allaitement artificiel les 4 premiers mois qui était plus faible que le taux national : 19% contre 26% à la maternité et 61 à 77% de 3 à 6 mois [52].

Quant à l'allaitement mixte, il a été choisi par 26% des parents de notre échantillon tandis que cette pratique ne concernait que 17% en moyenne des nourrissons de 1 à 4 mois [52].

### 3.2.2. La diversification

Les recommandations étaient bien suivies par les parents interrogés : ils étaient 88% à avoir débuté la diversification de leur nourrisson, ou envisagé de le faire, entre 4 et 6 mois. Seuls 2% l'avaient démarré avant 4 mois. Les progrès faits par les parents concernant leurs pratiques de diversification avaient été observés dans l'enquête nationale sur l'évolution du

comportement et de la consommation alimentaires des enfants âgés de moins de 3 ans conduite en 2005 par le Syndicat Français des Aliments de l'Enfance [54]. L'âge de début de diversification avait reculé, se rapprochant de la période recommandée : il était de 5 mois en 2005 contre 3 mois en 1981 ; en 1997, 32% des nourrissons de moins de 4 mois étaient diversifiés, ils n'étaient plus que 13% en 2005.

### 3.2.3. La DRP

Dans notre étude, 60% des parents ont déclaré utiliser le plus souvent la méthode recommandée pour la DRP (DRP avec sérum physiologique). Notre résultat est proche de celui d'une enquête réalisée en Loire-Atlantique en 2011 sur les traitements mis en œuvre par les parents d'enfants de 6 mois à 3 ans en cas de rhinopharyngite : 64% des parents utilisaient cette méthode [55]. Une autre, menée en Ile-de-France en 2012-2013, évaluant les pratiques d'automédication familiale en cas de toux aiguë chez l'enfant, retrouvait quant à elle un taux d'utilisation de la méthode de DRP recommandée de 45% [56]. Cette différence entre nos données peut s'expliquer par le fait que dans cette étude les enfants étaient inclus jusqu'à 6 ans et que les plus de 4 ans, chez lesquels le mouchage seul est acquis, représentaient 12 % de l'échantillon.

### 3.2.4. La position de couchage

Les recommandations concernant la position de couchage étaient bien acquises : nous avons observé que plus de 80% des parents positionnaient leur nourrisson sur le dos pour le sommeil. Mais ce taux reste insuffisant : 14% des parents utilisaient encore une position à risque de MIN (5% la position ventrale et 9% la position latérale). Nos données rejoignent celles rapportées par une étude réalisée à Poitiers en 2010 évaluant les conditions de couchage à 3 mois où 88% des mères utilisaient la position dorsale, et encore 6% la position ventrale et 6% la position latérale [57]. Les auteurs de deux articles publiés en 2011 sur la MIN signalaient ces lacunes [58,59] : les recommandations de couchage n'étaient pas encore assez intégrées et les résultats étaient encore en dessous des objectifs que leur application permettait d'espérer, soit une diminution de 100 à 150 par an du nombre de décès. Les efforts de prévention doivent être poursuivis.

Nos résultats sont toutefois rassurants et encourageants car ils attestent des progrès effectués par les parents dans ce domaine. Selon l'étude citée ci-dessus, dans laquelle les données obtenues avaient été comparées à celles d'une enquête similaire de 1999, les pratiques de couchage s'étaient nettement améliorées en 10 ans grâce aux campagnes successives de prévention : en 1999, le décubitus dorsal était utilisé dans 69% des cas, son utilisation avait donc augmenté de près de 20% en 11 ans [57].

### 3.2.5. Le sommeil

Il s'agit du seul thème pour lequel les parents inclus n'appliquaient pas la plupart des conseils des professionnels de santé. Seul un tiers des parents imposait des horaires fixes de lever et de coucher à son nourrisson à partir de 6 mois, 45% intervenaient au moindre réveil avec pleurs et un tiers seulement attendait plusieurs minutes avant d'intervenir. Certains (11%) pratiquaient le co-sleeping.

La pratique d'un rituel au moment du coucher et le couchage dans un lit individuel étaient respectés par plus de la moitié des parents. Notre taux est le même que celui retrouvé dans une étude menée à Lyon sur le sommeil et les rituels du coucher chez les nourrissons : 54% des parents couchaient leur nourrisson dans son lit après un rituel d'endormissement [60]. Le taux de co-sleeping était en revanche inférieur au nôtre (0,7%), comme le taux d'intervention au moindre pleur (31%) ; ceci est sans doute en rapport avec le fait que les chercheurs ont exclu les nourrissons de moins de 12 mois.

### 3.2.6. Les pleurs et les coliques du nourrisson\*

Nos résultats ont montré que les parents réagissaient majoritairement comme préconisé : en cas de pleurs sans cause apparente, 86% d'entre eux tentaient des moyens d'apaisement (isolement au calme, dans sa chambre, dans l'obscurité, bercement, chant, musique douce). En cas de coliques en particulier, 60 % des parents qui y ont été confrontés utilisaient ces mêmes moyens, et 92% le massage abdominal. Deux enquêtes de pratiques s'intéressant aux pleurs conduisaient au même constat. Dans l'une, consacrée aux difficultés rencontrées par les parents au cours du premier mois suivant la sortie de maternité, 68% des parents déclaraient gérer sans difficulté les pleurs de leur nouveau-né [61]. Dans l'autre, qualitative, la plupart des mères, interrogées sur les moyens qu'elles utilisaient pour calmer les pleurs de leur nourrisson, ont cité des moyens conseillés (bercement, communication, chant, promenade, massage, bain) [62].

Par ailleurs, nous avons observé que 15% des parents faisaient examiner leur nourrisson par un médecin en cas de pleurs prolongés et 25% en cas de coliques. Ces résultats corroborent les données de travaux sur les motifs de consultation aux urgences pédiatriques des nouveau-nés [6,44]. Ils soulignent le recours trop fréquent des parents aux urgences en cas de pleurs ou coliques, et ainsi la nécessité de mieux leur apprendre les pratiques d'apaisement efficaces. Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse, les pleurs

*\*Les coliques se manifestant par des pleurs, ces deux thèmes sont traités dans le même paragraphe.*

représentaient 12% des motifs de consultation et étaient le 3<sup>ème</sup> motif après les motifs digestifs et respiratoires [44]. Au CHU de Saint-Étienne, chacun des motifs dont les digestifs et respiratoires ayant été analysé distinctement, ils constituaient le motif le plus fréquent, soit 14% [6]. Cette étude décrivait parallèlement les diagnostics retenus : les coliques étaient le 3<sup>ème</sup> diagnostic le plus fréquent.

### 3.3. Les sources de conseils

Pour obtenir des conseils, les parents interrogés avaient recours pour la plupart aux professionnels de santé puis la famille et les amis, sollicités par 87% et 78% des parents, ensuite au carnet de santé (47%), Internet (25%), aux livres de puériculture (25%) et plus rarement aux programmes de télévision, de radio et aux magazines écrits (13%). Les professionnels de santé ont été désignés comme la principale source de conseils par la majorité des parents. Seuls 23 à 3% d'entre eux avait une autre source d'information principale. D'autres études de la littérature s'intéressant aux pratiques de puériculture ont décrit ces moyens d'information et ont également mis en évidence la place prépondérante des professionnels de santé puis des proches [4,63,64]. Dans l'enquête lilloise sur la diversification alimentaire des nourrissons, les parents avaient cité en premier, les professionnels de santé et l'entourage proche, puis les revues, les livres de puériculture et internet [63]. Les mères interrogées en 2014, dans le cadre du travail qualitatif parisien sur l'allaitement maternel, avaient comme principales ressources en cas de difficultés les professionnels de santé (sages-femmes, puéricultrices et médecins de PMI, médecins généralistes puis pédiatres) [64]. Dans le mémoire de sage-femme, consacré aux difficultés rencontrées par des mères trois semaines après leur sortie de maternité, 73% d'entre elles ont fait appel à un professionnel de santé (sage-femme, PMI) [4]. Elles complétaient les informations obtenues auprès de leur famille pour 65% d'entre elles, ou, moins fréquemment, en consultant des sites ou des livres.

Les professionnels de santé sont donc très sollicités, ce qui est responsable d'une surcharge de travail non négligeable. D'un autre côté, nous allons le voir plus en détail, les autres sources de conseils existantes ne sont pas assez utilisées ou le sont de manière inappropriée.

#### 3.3.1. Le carnet de santé

Nous avons constaté qu'il était moins utilisé qu'il ne le devrait (moins de 50% d'utilisateurs). Il s'agit d'un outil de suivi de la santé de l'enfant, mais aussi d'éducation, dont disposent tous les parents puisqu'il est obligatoire et délivré gratuitement pour tout enfant [65]. Tous

les parents devraient s'en servir comme un guide de conseils, plusieurs pages étant consacrées à la puériculture. Et le fait qu'il ait été peu, voire jamais, évoqué comme source de conseils de puériculture dans les différentes enquêtes citées ci-dessus en témoigne. Dans une étude nantaise réalisée en 2012-2013, le constat était le même : moins de la moitié des parents considérait le carnet de santé comme une source de conseils pour les soins de leurs enfants [66]. Dans l'étude nationale publiée en avril 2012 dont le but était d'évaluer le dernier modèle de carnet de santé, en vigueur depuis 2006, 79% des parents ont lu les conseils et parmi eux 73% à 89% (selon les conseils) les avaient trouvés utiles [67]. Elle indiquait certes un taux d'usage du carnet de santé par les parents plus important mais il n'est pas suffisant, il devrait être de 100%. À noter qu'il y avait un biais d'information : il s'agissait d'une enquête téléphonique, elle concernait uniquement le carnet de santé, les questions posées abordaient chaque partie du carnet de santé en détail, et elles étaient essentiellement fermées.

L'usage du carnet de santé comme un guide éducatif est loin d'être acquis par les parents. Nous, professionnels de santé, devrions rappeler régulièrement aux parents que ce document est aussi fait pour eux et qu'ils devraient donc le lire, comme il l'était déjà suggéré dans le travail de thèse lyonnais sur le parcours de santé des enfants [45].

### 3.3.2. Internet

Il s'agit d'un vecteur d'information dont l'usage s'est largement démocratisé mais dont on ne tire pas assez profit (parents et professionnels de santé). Dans notre enquête, à l'exception de 3 parents, tous ont déclaré y avoir facilement accès, mais seulement un tiers des parents s'informaient sur le web. Dans d'autres travaux, le taux d'utilisation retrouvé n'était pas plus important (18% à 38%) [4,53]. Ce taux pourrait être supérieur et traduit sans doute une certaine méfiance, tout à fait justifiée, à l'égard de ce média. Dans le cadre de son mémoire, une sage-femme a analysé en 2013, à l'aide d'une grille basée sur le Net Scoring, 100 sites destinés aux jeunes parents [68]. Elle a obtenu les résultats suivants : 66 % de ces sites ont été évalués comme « mauvais » ou « très mauvais » et parmi ceux qui apparaissaient sur la première page des résultats du moteur de recherche (Google®), 67% étaient des sites « mauvais » ou « très mauvais ». Selon une revue de la littérature publiée par la HAS en 2007, 60 à 92 % des patients internautes se servaient d'un moteur de recherche pour trouver l'information en santé et 54 % d'entre eux ne visualisaient que la première page [69]. Cela s'est traduit dans notre travail : aucun des parents dont Internet était une source de conseils n'a évoqué de site fiable mais uniquement des forums et des sites à but commercial (doctissimo.fr, magicmaman.com, allobébé.fr, bébé.fr, blédina.com, lesmaternelles.fr) ; cela était également le cas dans l'étude de la DRASS sur l'allaitement maternel en Rhône-Alpes [53].

Nous avons là un rôle primordial à jouer. Nous devons d'un côté faire en sorte que les parents habitués à chercher des réponses sur Internet consultent des sites de qualité et de l'autre rassurer les sceptiques pour qu'ils le fassent. Il nous suffirait d'indiquer aux uns et aux autres le nom de sites au contenu validé. Par la même occasion, il faudrait leur rappeler que la qualité des informations en ligne est très variable et qu'ils doivent donc rester vigilants lors de leurs recherches.

Mais alors qu'Internet est devenu incontournable en 2015 et qu'il s'impose comme tiers dans la plupart de nos consultations, nous continuons à le négliger en tant qu'outil d'information. Un travail de thèse lyonnais mené en 2013 l'a démontré : il a été demandé à des médecins généralistes s'ils conseillaient des sites à leurs patients, leurs réponses ont été unanimement négatives [70]. Et selon une enquête parisienne de 2010 soutenue par la HAS seulement 15,5% des médecins généralistes interrogés conseillaient des sites et 11% mettaient en garde sur ses dangers et la qualité variable des sites [71].

Pourtant ce moyen d'éducation actuellement sous ou mal exploité pourrait être un précieux allié tant pour nous médecins que pour les parents, pour les raisons précédemment expliquées : un gain de temps considérable pour les médecins, des réponses à portée de main pour les parents.

### 3.3.3. Les livres de puériculture

Certains d'entre eux n'ont plus à faire leurs preuves et ont accompagné plusieurs générations de femmes tout au long de leur maternité (*Le livre bleu, l'enfant du premier âge*, édité par le CNE ; *J'élève mon enfant* de L. PERNOUD). Pourtant, ils semblaient être abandonnés par les parents dans notre étude (21% de lecteurs). Dans d'autres, ils ne suscitaient pas plus d'engouement : ils étaient cités comme sources d'information seulement en dernière ou avant dernière position [63,72]. Un quart des mères interrogées par B.POPULIN, sage femme, s'aidaient de livres [4]. Le faible succès de ces supports de conseils peut s'expliquer par une promotion insuffisante, comme pour le reste des moyens éducatifs, mais aussi par un abandon progressif de la lecture en général au profit d'autres activités plus rapides et faciles d'accès telles que surfer sur Internet ou regarder la télévision.

### 3.3.4. La télévision, la radio, la presse écrite

Madame le Professeur SOMMELET attirait l'attention sur ces médias autant que sur les nouvelles technologies de communication dans son rapport de mission visant à améliorer la santé de l'enfant et de l'adolescent [73]. Elle expliquait notamment que la diffusion de messages éducatifs à travers ces moyens de communication, sous le contrôle de médecins, est peu encouragée en France par rapport à certains pays. Si cette diffusion était

encouragée, ces médias étant omniprésents dans notre société, nous pourrions supposer que leur place en tant que sources d'information serait beaucoup plus importante. Pour mémoire dans notre étude, ils représentaient une source de conseils pour seulement 13% des parents.

### 3.4. L'estimation par les parents de leur niveau d'information

La plupart des parents de notre échantillon s'estimait bien informée en matière de puériculture. Cela était aussi le cas des mères interrogées par S. PARET, elles étaient 80% à s'estimer bien informées [3]. Nous avons néanmoins constaté une inadéquation entre l'estimation par les parents de leur niveau d'information et leurs scores, pouvant faire penser que les parents surestimaient leur niveau d'information (cf. infra).

La minorité de parents qui s'est estimée mal informée l'expliquait essentiellement par le fait que les informations étaient souvent contradictoires, qu'ils ne savaient pas où trouver des informations fiables et que les moyens d'information étaient trop nombreux. Ceci ne fait que confirmer que les parents ont besoin d'être guidés vers les moyens d'information fiables. Nous devons les aider à faire le tri parmi tous ceux qui leur sont proposés pour leur éviter de s'y perdre et de ne plus savoir quels conseils suivre au final.

### 3.5. Les facteurs influençant les pratiques des parents

Nos résultats ont été peu contributifs, notre effectif ayant été trop faible, mais ils nous ont tout de même amené à certaines constatations.

L'analyse comparative en fonction des caractéristiques sociodémographiques a permis de mettre en évidence un lien significatif uniquement entre les pratiques et le genre : les mères respectaient plus les recommandations ou conseils que les pères ( $p=0.02$ ).

Dans la littérature, des enquêtes de pratiques sur le thème de l'allaitement et de la diversification ont montré un lien significatif entre pratiques et certaines caractéristiques sociodémographiques. Concernant l'allaitement, le taux d'AM est plus important chez les mères multipares et ayant fait des études supérieures [52]. Quant à la diversification, elle était plus souvent débutée à l'âge adéquat par les mères de moins de 35 ans et ayant fait des études supérieures [72].

L'analyse comparative entre les parents s'estimant bien et mal informés n'a pas permis d'avancer que ceux qui s'estimaient bien informés appliquaient plus les conseils ou l'inverse. Mais nous avons pu observer que seulement 60% d'entre eux ont obtenu un score supérieur à la moyenne. Ce décalage entre le nombre de parents s'estimant bien informés et le nombre de parents suivant les recommandations ou conseils traduit probablement la surestimation par les parents de leur niveau de connaissances. Mais nous ne pouvons pas l'affirmer, comme nous l'avons expliqué lorsque nous avons évoqué les biais de notre étude (raisons des choix de pratiques multiples), n'ayant pas évalué leurs connaissances théoriques. Seule une enquête évaluant parallèlement les connaissances en puériculture des parents et leurs pratiques permettrait de vérifier le lien entre pratiques et niveau de connaissances, puis d'affirmer ou non qu'ils n'ont pas conscience de leur réel niveau d'éducation. Cela ne change rien au fait que les efforts d'éducation doivent être poursuivis. Quelles que soient les raisons pour lesquelles ils ne mettent pas en œuvre les conseils alors qu'ils les connaissent, nous devons continuer à encourager les parents à le faire.

#### 4. PISTES D'AMÉLIORATION ET PERSPECTIVES

Notre travail a soulevé deux problématiques se faisant écho :

- **L'éducation des parents à la puériculture reste à parfaire.** Leurs lacunes sont dues à une perte de confiance en eux, conséquence de la médicalisation de la puériculture depuis plus d'un siècle à laquelle s'est ajouté à notre époque le manque de soutien familial. D'autre part, elles sont dues à une sous-utilisation, et un mésusage pour certains, des nombreux outils éducatifs mis à leur disposition.

- **La sollicitation des médecins pour de simples conseils de puériculture est croissante.** Cette surcharge de travail pourrait être réduite : d'autres ressources pouvant assurer une éducation de qualité existent, mais nous ne pensons pas assez à les recommander aux parents.

Ces solutions simples permettraient d'y remédier :

- **Redonner confiance aux parents**, valoriser leurs compétences lors des consultations. Il faudrait faire en sorte qu'ils comprennent que la puériculture n'est pas le domaine réservé des professionnels de santé et qu'il leur suffit souvent de se fier à leur bon sens. Nous devons leur rendre progressivement leur autonomie, leur place en tant qu'acteurs principaux et preneurs de décisions dans les soins quotidiens aux enfants. Bien évidemment, le retour en arrière, ou ce que nous nous permettons d'appeler la « démedicalisation » de la puériculture, demandera beaucoup de temps et ne sera jamais total car nous devons toujours veiller au respect de certaines pratiques, comme pour le couchage par exemple. **Repérer les parents en difficulté** est aussi primordial, afin qu'ils puissent bénéficier d'un accompagnement adapté.

**En somme, il est important de tout mettre en œuvre pour aider les jeunes parents dans cette nouvelle fonction qu'est la parentalité en leur offrant un soutien, une écoute, des conseils complémentaires si besoin, sans toutefois s'immiscer dans leur intimité familiale ni leur imposer des normes socio-éducatives.**

- **Promouvoir auprès des parents les sources de conseils validées en commençant par une information orale, qui doit être la plus fréquente possible, puis en la complétant à l'aide d'une liste.** Celle-ci pourrait avoir comme support : une affiche à exposer dans toutes les structures accueillant des familles (cabinets médicaux, PMI, crèches, Caisses d'Allocations Familiales, CPAM, services de pédiatrie, maternités), une fiche ou idéalement le carnet de santé pour éviter justement d'ajouter un énième document d'information que les parents pourraient facilement perdre. Nous faisons remarquer que dans la version nationale actuelle

aucune référence n'apparaît [9] et que dans celle du Rhône par exemple seules les références de la Maison du Rhône sont indiquées.

Nous proposons de faire figurer sur cette liste:

- **le carnet de santé,**

- **les sites Internet :**

[www.social-sante.gouv.fr/espace-info-familles](http://www.social-sante.gouv.fr/espace-info-familles) (Ministère de la santé),

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr) (INPES),

[www.mpedia.fr](http://www.mpedia.fr) (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, soutenue par l'INPES),

[www.perinat-france.org](http://www.perinat-france.org) (Site officiel périnatalité, créé par le Groupe d'Étude en Néonatalogie du Languedoc-Roussillon, soutenu par le Ministère de la Santé, l'INPES, la société Française de Néonatalogie),

[www.courlygon.es.net](http://www.courlygon.es.net) (association du Grand Lyon créée par des médecins généralistes et des pédiatres, soutenue, par la Fédération Rhône-Alpes de Pédiatrie Ambulatoire),

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) (Assurance Maladie),

[www.who.int](http://www.who.int) (Organisation Mondiale de la Santé-OMS),

- **les ouvrages de puériculture :**

*Le livre bleu, l'enfant du premier âge*, édité par le CNE (téléchargeable à l'adresse [www.lolivrebled.fr](http://www.lolivrebled.fr)),

*J'élève mon enfant* de L. PERNOUD.

Les sites Internet sélectionnés s'adressent au grand public et donnent accès à des informations fiables ainsi qu'à de multiples outils d'éducation (fiches, dépliants, guides, livres). À l'issue de nos recherches, nous n'avons retenu que des sites institutionnels ou soutenus par des institutions ou créés par des associations de médecins. Ce sont les seuls à ce jour à assurer un contenu validé et non influencé par des marques spécialisées en puériculture. Nous rappelons que la certification de sites médicaux par l'association Health On the Net est obsolète depuis 2013, ne garantissant pas la qualité du contenu des sites médicaux, et qu'un nouveau dispositif d'évaluation est toujours en cours d'élaboration par la HAS [74]. Il semble d'ailleurs nécessaire qu'une information rappelant les dangers d'Internet accompagne cette liste.

Cette liste n'est pas exhaustive, nous estimons tout de même que le nombre de références est nettement suffisant.

Avant de pouvoir être diffusée, elle devra faire l'objet d'une étude évaluant son intérêt puis un travail d'infographie devra être effectué pour l'adapter aux supports.

## CONCLUSIONS

De nombreux parents, peu sûrs d'eux et sans soutien familial, sont démunis face à la prise en charge de leur enfant au quotidien. Cela se traduit par une sollicitation croissante des professionnels de santé, responsable d'une saturation des structures de soins, hospitalières (services d'urgences pédiatriques) comme ambulatoires (cabinets de pédiatrie, médecine générale, PMI). Ainsi, l'éducation des parents à la puériculture est devenue un enjeu de santé publique et de multiples initiatives éducatives ont été entreprises.

L'objectif principal de notre travail a été d'évaluer les pratiques de puériculture de parents d'enfants de 0 à 2 ans consultant en Médecine Générale. Les objectifs secondaires ont été de décrire et hiérarchiser leurs sources de conseils, d'identifier les facteurs influençant leurs pratiques et de proposer une liste de sources fiables pour les parents.

Nous avons mené une étude quantitative descriptive transversale sur une période de 5 mois. L'échantillon a été recruté dans les salles d'attente de cabinets de médecins généralistes du Grand Lyon tirés au sort puis ayant donné leur accord. Le recueil des données a été effectué au moyen d'un questionnaire papier rempli par les parents. Les questions sur les pratiques ont porté sur les thèmes de puériculture pour lesquels ils rencontrent le plus de difficultés : l'alimentation, l'hygiène, le sommeil, les pleurs et les coliques. Un score a été attribué pour chacun des questionnaires, sur un total de 14, afin de simplifier l'analyse.

D'avril à septembre 2014, 103 questionnaires ont été recueillis dans 8 cabinets de Médecine Générale du Grand Lyon. Les parents inclus étaient essentiellement des femmes (84,5%), jeunes (âge moyen=31,5 ans), actifs pour la plupart et avaient un niveau d'études élevé.

La majorité (57%) appliquait les recommandations ou conseils pour l'ensemble des thèmes. Ils estimaient être bien informés (81%). Leurs principales sources de conseils étaient les professionnels de santé, cités par 87% des parents, puis l'entourage proche, cité par 78% d'entre eux ; les autres sources (carnet de santé, Internet, livres, et autres médias) étaient au second plan (48 à 13%).

Le genre était un facteur influençant significativement les pratiques : les mères respectaient plus les recommandations ou conseils que les pères ( $p=0,02$ ).

Notre analyse a permis de constater que les parents avaient certes dans l'ensemble des pratiques de puériculture correspondant aux recommandations, mais ils avaient encore des lacunes et leur éducation reste à améliorer. Ceci malgré les nombreux outils éducatifs de

qualité disponibles (carnet de santé, sites Internet, ouvrages de puériculture) qu'ils utilisaient insuffisamment ou mal. Quant à nous, professionnels de santé, alors que nous sommes surchargés et de plus en plus sollicités pour de simples conseils, nous avons tendance à négliger ces outils. Nous oublions de les recommander alors qu'ils pourraient nous faire gagner un temps précieux.

Nous pensons que pour améliorer les pratiques de puériculture des parents et les rendre plus autonomes nous devrions faire davantage d'efforts pour promouvoir auprès d'eux les moyens d'éducation existants et fiables. Nous devrions commencer par les conseiller oralement aux parents plus souvent. Puis nous pourrions compléter cette information orale à l'aide d'une liste que nous avons établie, sur laquelle figurent tous ces moyens.

Mais avant tout, nous devons nous attacher à rassurer les parents quant à leurs capacités à prendre soin de leur enfant seuls, à valoriser leurs compétences, à leur redonner confiance en eux et en leur bon sens.

Le Président de la thèse,  
Professeur Pierre COCHAT



Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le

**13 AVR. 2015**

VU :  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon-Est



\*Professeur Jérôme ETIENNE

VU :  
Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Études Médicales



Professeur François-Noël GILLY

## BIBLIOGRAPHIE

1. Morel MF. Le tout-petit, sa mère et le médecin : la médicalisation de la petite enfance (XVIIIe–XXe siècles). Archives de Pédiatrie. 1999;6, Supplément 2:S444-7.
2. Morel M-F. L'amour maternel : aspects historiques. Spirale. 1 mai 2001;18(2):29-55.
3. Parets-Quillard S. Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie: étude prospective à partir d'une maternité de type III .Thèse d'exercice : Médecine : Université de Paris-Sud; 2010.
4. Populin B. Préparation à la sortie de maternité: retour à domicile, retour à la réalité. Mémoire sage-femme : Université Henri-Poincaré; 2010.
5. Rodier A. Histoire et actualisation des recommandations en puériculture. Thèse d'exercice : Médecine : Université Claude Bernard; 2012.
6. Richier P, Gocko X, Mory O, Trombert-Paviot B, Patural H. Étude épidémiologique des consultations précoces de nouveau-nés aux services d'accueil des urgences pédiatriques. Archives de Pédiatrie. févr 2015;22(2):135-40.
7. Djavadian AA. Motifs de consultation aux urgences pédiatriques des nouveau-nés et des nourrissons dans le premier mois qui suit la sortie de maternité ou de néonatalogie. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Paris-Val-de-Marne; 2008.
8. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Périnatalité. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/perinatalite.html> [consulté le 7 mars 2014].
9. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Carnet et certificats de santé de l'enfant. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/carnet-et-certificats-de-sante-de-l-enfant.html> [consulté le 12 septembre 2014].
10. Caron AC. Introduction à la puériculture et l'hygiène de la première enfance. Paris: Imp. Dubuisson; 1865. 20p.
11. Knibiehler Y, Fouquet C. L'histoire des mères du Moyen-Age à nos jours. Montalba; 1980. p290-291.
12. Rollet C. La protection de l'enfance en France : entre traditions et modernité. In : Salvad al niño: Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX. Universitat de València; 2004. p29-53.
13. Brissaud E, Pinard A, Reclus F et al. Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée. Paris: Masson et Cie; 1911. p227-33.
14. Compain E. La science de la maison, organisation du foyer. 2ème édition. Paris: Editions Foucher; 1959. p341-62.
15. Dictionnaire de français Larousse-Définitions : puériculture. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/> [consulté le 15 octobre 2014].

16. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. Introduction à la puériculture et à la pédiatrie -cours.pdf. Disponible sur:[http://www.uvmf.org/UEpuericulture/intro\\_pediatrie/site/html](http://www.uvmf.org/UEpuericulture/intro_pediatrie/site/html) [consulté le 18 sept 2014].
17. Huard P, Laplane R, Laplane D. Histoire illustrée de la puériculture : aspects diététiques, socio-culturels et ethnologiques. Paris: R. Dacosta; 1979. p 83-190.
18. Roussy B. Éducation domestique de la femme & rénovation sociale. Paris: Librairie Delagrave; 1914. p149-87, p 201-8.
19. De Luca V. Reconquérir la France à l'idée familiale : la propagande nataliste et familiale à l'école et dans les casernes (1920-1930). In: Population. Institut national d'études démographiques; 2005. p 13-38.
20. Dreyer Muller N. Évolution de la formation de puéricultrice au regard du développement de la médecine, des politiques familiales et du contexte socio-économique de 1947 à 1997. In site Internet : ceepame.com (Comité d'Entente des Ecoles Préparant Aux Métiers de l'Enfance). Disponible sur: <http://www.ceepame.com/evolution-de-la-formation-de-puericultrice> [consulté le 18 sept 2014].
21. Le Livre Bleu, L'enfant du premier âge. Disponible sur: <http://www.lolivrebledu.fr/> [consulté le 12 sept 2014].
22. Grison A, L'équipe des « Laurence Pernoud ». Laurence Pernoud, un auteur, une équipe. In site Internet : éditions Horay. Disponible sur: <http://editions-horay.pagesperso-orange.fr/horay.htm> [consulté le 12 septembre 2014].
23. Rollet C. Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? Revue française des affaires sociales. 1 sept 2005;3(3):129-56.
24. Décret n°47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'État de puéricultrice. 47-1544 août 13, 1947.
25. Moreau C. Retours d'expérience et de pratique de consultants IBCLC, auxiliaires de puériculture. In site Internet: crefam.com (Centre de Recherche d'Evaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel). Disponible sur: <http://www.crefam.com/memoires.php> [consulté le 13 septembre 2014].
26. Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, Darmaun D, Dupont C et al. Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Réalisation pratique. Archives de pédiatrie. janv 2003;10(1):76-81.
27. WHO. Recommandations de l'OMS en matière d'alimentation du nourrisson. Disponible sur: [http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommandation/fr/](http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommandation/fr/) [consulté le 16 septembre 2014].
28. Girardet J-P. Diversification alimentaire. Archives de pédiatrie. 2010;17(S5):S189-90.
29. Site Officiel Périnatalité. Comment moucher bébé ? Disponible sur: <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/bebe/s-occuper-de-bebe/moucher-bebe/comment-moucher-bebe-a-mois-et-apres-mois-518-1315.html> [consulté le 17 septembre 2014].

30. Malafa-Pissaro M. La désobstruction rhinopharyngée. Cahiers de la puéricultrice. déc 2007;(212):26-8.
31. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_271917/fr/prise-en-charge-de-la-bronchiolite-du-nourrisson](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271917/fr/prise-en-charge-de-la-bronchiolite-du-nourrisson) [consulté le 16 septembre 2014].
32. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Accidents domestiques. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/accidents-domestiques.html> [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) [consulté le 16 septembre 2014].
33. American Academy of Pediatrics. Expands Guidelines for Infant Sleep Safety and SIDS Risk Reduction. Disponible sur: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/AAP-Expands-Guidelines-for-Infant-Sleep-Safety-and-SIDS-Risk-Reduction.aspx> [consulté le 16 septembre 2014].
34. InVS. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans - Enquête nationale 2007-2009 Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/publications/2011/morts\\_nourrissons/](http://www.invs.sante.fr/publications/2011/morts_nourrissons/)[consulté le 12 septembre 2014].
35. Roussey M, Dagonne M, Defawe G, Hervé T, Balençon M, Venisse A. Actualités sur les facteurs de risque et de protection de la mort subite du nourrisson. Archives de Pédiatrie. juin 2007;14(6):627-9.
36. ADESSI PROSOM. Le sommeil du nourrisson. Disponible sur: <https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/prosom/sommaire.php> [consulté le 19 septembre 2014]
37. Inpes . Catalogue - Dormir c'est vivre aussi. Conseils sur le sommeil des jeunes enfants de 0 à 6 ans. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1050> [consulté le 19 septembre 2014]
38. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Tout savoir sur le sommeil. Disponible sur: <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/tout-savoir-sur-le-sommeil> [consulté le 19 septembre 2014].
39. Syndrome du bébé secoué » Les pleurs. Disponible sur: <http://syndromedubebesecoue.com/bebe/les-pleurs/> [consulté le 12 septembre 2014]
40. mpédia.fr. Pleurs et coliques du nourrisson, comment les décoder? Disponible sur: <http://www.mpedia.fr/140-pleurs-coliques-nourrisson.html> [consulté le 19 septembre 2014]
41. Bruyas-Bertholon V, Lachaux A, Dubois J-P, Fournieret P, Letrilliart L. Quels traitements pour les coliques du nourrisson ? La Presse Médicale. juill 2012;41(7-8):e404-10.
42. École Nationale de la Santé Publique. Rennes. FRA / com. Allaitement maternel en Ille-et-Vilaine : Comment encourager sa mise en oeuvre et le soutenir dans sa durée ? 2004.
43. Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin (...). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html> [consulté le 12 février 2015].
44. Claudet I, De Montis P, Debuissou C, Maréchal C, Honorat R, Grouteau E. Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés. Archives de Pédiatrie. sept 2012;19(9):900-6.

45. Dautrey M. Le parcours de santé des enfants : enquête par questionnaire téléphonique auprès de 80 familles d'enfants de deux à neuf ans au sein de cabinets de médecine ambulatoire. Thèse d'exercice : Médecine : Université Claude Bernard Lyon 1; 2009.
46. Duprat-Kushtanina V. Le care auprès des enfants dans un parcours de vie féminin, les rôles des mères et des grand-mères (France-Russie). Recherches familiales. 1 févr 2013;10(1):139-47.
47. Insee. Population - Fécondité totale, fécondité selon le groupe d'âges de la mère et âge moyen des mères à l'accouchement. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp> [consulté le 12 janvier 2015].
48. Insee. Population - Familles selon le nombre d'enfants. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp> [consulté le 12 janvier 2015].
49. Insee. Enseignement-Éducation - Niveau de diplôme selon l'âge en 2013. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp> [consulté le 12 janvier 2015].
50. Insee. Travail-Emploi - Population active. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp> [consulté le 12 janvier 2015].
51. Insee - Département du Rhône (69) - EMP3 - Emplois au lieu de travail par sexe, catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité économique - 2011. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau\\_local.asp](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp) [consulté le 12 janvier 2015].
52. Salanave B, De Launey C. Durée de l'allaitement maternel en France, étude Épipane (2012-2013). Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014\\_27\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html) [consulté le 12 janvier 2015].
53. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rhône Alpes. (D.R.A.S.S.). Lyon. FRA. Étude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004/2006. 2008;150p.
54. Turberg-Romain C, Lelièvre B, Le Heuzey M-F. Conduite alimentaire des nourrissons et jeunes enfants âgés de 1 à 36 mois en France: évolution des habitudes des mères. Archives de Pédiatrie. oct 2007;14(10):1250-8.
55. Leroux-Bolteau H. Rhinopharyngite de l'enfant: attentes médicamenteuses parentales en médecine générale. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Nantes; 2012.
56. Pierson C. Évaluation des pratiques d'automédication familiale en cas de toux aiguë chez les enfants de moins de 6 ans. Thèse d'exercice : Médecine : Université Paris Diderot-PARIS 7; 2014.
57. Roth J-C. Conditions de couchage des nourrissons dans la prévention de la mort inattendue du nourrisson au CHU de Poitiers : étude de 2010 comparée à celles de 1999 et 2004. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Poitiers; 2012.
58. Briand-Huchet E. Les morts inattendues encore évitables par les mesures de prévention. Archives de Pédiatrie. mai 2011;18(5, Supplément 1):H180-1.
59. Briand-Huchet E. Actualités de la mort inattendue du nourrisson en 2011. Archives de Pédiatrie. sept 2011;18(9):1028-32.

60. Louis J, Govindama Y. Troubles du sommeil et rituels d'endormissement chez le jeune enfant dans une perspective transculturelle. Archives de Pédiatrie. févr 2004;11(2):93-8.
61. Sulpis S. Devenir des parents et de leurs enfants : enquête pédiatrique à 1 mois du retour au domicile. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Rouen; 2013.
62. Carton Tourillon A-C. Les pleurs du nourrisson : comprendre le vécu et les représentations des parents. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Nantes; 2014.
63. Heintz H, Heintz S. La diversification alimentaire du nourrisson : enquête épidémiologique chez 200 nourrissons de la région lilloise. Thèse d'exercice : Médecine : Université du droit et de la santé de Lille; 2003.
64. Klepper C. Les difficultés de l'initiation de l'allaitment : étude qualitative auprès de mères allaitantes. Thèse d'exercice : Médecine : Université Pierre et Marie CURIE-Paris VI; 2014.
65. Article L2132-1 du Code de la santé publique.
66. Le Tortorec-Bertrand D, Goronflot L. Le carnet de santé de l'enfant : usages et représentations des parents depuis 2006. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Nantes; 2013.
67. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Rapport sur l'évaluation du carnet de santé de l'enfant auprès des parents. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sur\\_l\\_evaluation\\_du\\_carnet\\_de\\_sante\\_de\\_l\\_enfant\\_aupres\\_des\\_parents.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des_parents.pdf) [consulté le 3 sept 2014].
68. Lehodey C. Quel Internet pour ma grossesse? Analyse de 100 sites Internet destinés aux futurs et jeunes parents. Mémoire sage-femme : Université de Rouen; 2014.
69. Haute Autorité de Santé. Patient internaute-revue de la littérature. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient\\_internaute\\_revue\\_litterature.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf) [consulté le 18 février 2015].
70. Chabroulin P, Faucon E. Information des parents quant aux soins non programmés de leur enfant en médecine générale. Thèse d'exercice : Médecine : Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
71. Berthet Lavalley S. Internet et la relation médecin-patient. Thèse d'exercice : Médecine : Université Paris Descartes; 2010.
72. Bigot-Chantepie S, Michaud L, Devos P, Depoortère MH, Dubos JP, Gottrand F, et al. Conduite de la diversification alimentaire : enquête prospective jusqu'à l'âge de 6 mois. Archives de Pédiatrie. nov 2005;12(11):1570-6.
73. Sommelet D. Rapport sur la santé des enfants et des adolescents. 2007. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/famille-et-enfance,727/sante-de-l-enfant-et-de-l,1855/rapport-sur-la-sante-des-enfants,6262.html> [consulté le 6 mars 2015].
74. Haute Autorité de Santé - Vers une évolution de la certification des sites santé. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante) [consulté le 16 mars 2015].

## ANNEXES

### ANNEXE I : QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire anonyme est distribué dans le cadre d'une thèse de médecine générale qui étudie les pratiques des parents en matière de puériculture, ainsi que leurs sources d'informations et de conseils.

Il vous est destiné si vous avez au moins un enfant âgé de 0 à 2 ans.

1°) Quel est votre âge ?.....

2°) Êtes-vous :  un homme ?  une femme ?

3°) Combien d'enfant(s) avez-vous ? .....

4°) Combien avez-vous d'enfant(s) de 0 à 2 ans ? .....

5°) Quel est votre niveau d'études ?

Aucun  Primaire  Collège  Lycée  Études supérieures

6°) Quelle est votre situation professionnelle ?

En activité; précisez votre profession (sans abréviation) :.....

Sans profession

Etudiant(e)

7°) Quel mode d'allaitement avez-vous choisi pour les 4 premiers mois ? (une seule réponse possible)

maternel  artificiel  mixte

8°) À partir de quel mois d'âge avez-vous débuté la diversification alimentaire de votre nourrisson, ou envisagez-vous de la débiter ?

.....

9°) Quelle méthode utilisez-vous le plus souvent pour les lavages de nez ? (une seule réponse possible)

Instillation de sérum physiologique par forte pression d'une pipette dans chaque narine, sans aspiration après

Aspiration avec un mouche bébé, avec ou sans utilisation de sérum physiologique

Nettoyage au coton

10°) Dans quelle position installez-vous votre nourrisson pour dormir ? (une seule réponse possible)

sur le dos  sur le ventre  sur le côté

11°) Comment évitez-vous les difficultés liées au rythme de sommeil de votre nourrisson s'il a plus de 6 mois ? (plusieurs réponses possibles)

- Vous respectez le rythme de sommeil de votre nourrisson; c'est toujours lui qui l'impose
- Vous lui imposez des horaires fixes de coucher et de lever
- Il s'endort systématiquement dans vos bras
- Il s'endort systématiquement dans votre lit
- Il s'endort seul dans son lit, grâce à la mise en place d'un rituel (berceuse, histoire, ...)
- En cas de réveil avec pleurs, vous intervenez toujours
- En cas de réveil avec pleurs, vous n'intervenez qu'après plusieurs minutes (plus de 10 min)
- Non concerné(e) : mon nourrisson a moins de 4 mois
- Autre : .....

12°) Que faites-vous en cas de pleurs prolongés de votre nourrisson, sans cause apparente (faim, soif, couche souillée, vêtements trop serrés, chaleur, fièvre)? (plusieurs réponses possibles)

- Vous essayez de l'apaiser (isolement au calme, dans sa chambre, dans l'obscurité, bercement, chant, histoire...)
- Vous essayez de le distraire (TV, ou autre écran : ordinateur, tablette, portable ; jouets...)
- Vous l'emmenez en promenade (poussette ou voiture)
- Lorsque vous êtes exaspéré(e), vous le mettez dans son lit et attendez qu'il se calme seul
- Vous pensez qu'il a forcément un problème de santé donc vous le faites examiner par un médecin
- Autre : .....

13°) En cas de coliques (crises de pleurs, ventre dur et gonflé) que faites-vous pour essayer de soulager votre nourrisson ? (plusieurs réponses possibles)

- Vous essayez de l'apaiser (vous le bercez, le mettez au calme...)
- Vous lui massez le ventre
- Vous lui donnez des tisanes; précisez lesquelles : .....
- Vous ne faites rien
- Vous le faites examiner par un médecin car vous pensez qu'elles traduisent toujours un problème de santé
- Non concerné(e) : mon nourrisson n'a jamais eu de colique
- Autre : .....

14°) Quelles sont vos sources d'informations et de conseils en matière de puériculture ? (plusieurs réponses possibles)

- Professionnels de santé (médecin généraliste, pédiatre, sage femme, puéricultrice...)
- Carnet de santé
- Livres de puériculture
- Sites internet ; précisez lesquels : .....
- Médias (TV, radio, magazines)
- Famille et amis
- Aucune
- Autre : .....

15°) Parmi celles que vous avez citées ci-dessus, quelle est votre principale source d'information ?

.....

16°) Avez-vous facilement accès à Internet ?

Oui            Non

17°) Pensez-vous être bien informé(e) en matière de puériculture ?

Oui            Non

18°) Si non, quelles en sont les raisons selon vous ? (plusieurs réponses possibles)

Les professionnels de santé n'informent pas assez les parents

Les moyens d'informations sont insuffisants

Les moyens d'informations sont trop nombreux, vous êtes perdu(e)

Vous ne savez pas où trouver des informations fiables

Les informations sont souvent contradictoires

Autre :.....

.....

.....

Merci pour le temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire,  
BELHI Menel (médecin généraliste remplaçante)



Feuille 2 (codage des variables)

Variables	Type	Classes	Codage	Nbr questionnaires	Variables	Type	Classes	Codage
Numed	QL	MH (Lyon8)	1	15	12- apaiser	QL	oui	1
		SF (Lyon4)	2	16			non	0
		ZR/RF(Lyon3)	3	13				
		PA/RF (Bron)	4	16	distraire		oui	1
		SG (Ecully)	5	19			non	0
		RP (St fons)	6	3				
		TJ (st Priest)	7	12	promenade		oui	1
		CD/ALM (Villeurbanne)	8	9			non	0
1- Age	QT		num			lit	oui	1
							non	0
2- Genre	QL	H	1					
		F	2			cs méd	oui	1
							non	0
3- Nb enf	QT		num					
4- Nb nrs	QT		num			Autre		ouverte
5- Niv études	QL	aucun	1					
		primaire	2		13- apaiser	QL	oui	1
		collège	3				non	0
		lycée	4		massages		oui	1
		supérieur	5				non	0
6- Activité	QL	en activité	1			tisanes	oui	1
		sans profession	2				non	0
		étudiant	3			cs méd	oui	1
6- CSP		agriculteurs	1				non	0
		artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2					
		cadres	3		NC		oui	1
		prof intermédiaires	4				non	0
		employés	5					
		ouvriers	6		Autre			ouverte
7- Allaitement	QL	maternel	1					
		artificiel	2		13- Autre	QL		
		mixte	3					
8- Age diversif (mois)	QT		num					
9- DRP	QL	sérum phy	1					
		mouche bb	2		CS		oui	1
		coton tige	3				non	0
10- Couchage	QL	dos	1			livres	oui	1
		ventre	2				non	0
		côté	3		internet		oui	1
11- Respect	QL	oui	1				non	0
		non	0		famille/amis		oui	1
imposition		oui	1				non	0
		non	0		aucune		oui	1
bras		oui	1				non	0
		non	0		Autre			ouverte
lit parents		oui	1					
		non	0		15-Pple source	QL	PS	1
son lit		oui	1				CS	2
		non	0				livres	3
							internet	4
							médias	5
intervention Sq		oui	1				famille/amis	6
		non	0				autre	7
intervention >10min		oui	1					
		non	0		16- Accès Internet	QL	oui	1
							non	0
NC		oui	1					
		non	0		17- Bon niv info	QL	oui	1
							non	0
Autre			ouverte					
					18- Si non, raisons	QL	mal informés par PS	1
							moy insuffisants	2
							trop moy	3
							diff à trouver info fiables	4
					contradictions	5		
					Autre		ouverte	

Numed : n° médecin (1=Dr Massad, 2=Dr Saint-Paul, 3=Dr Zeender, 4=Dr Pinol, 5=Dr Savy, 6=Dr Ruhla, 7=Dr Tourmente, 8=Dr Michaud) ;  
 Nb : nombre ; enf : enfant(s) ; nrs : nourrisson(s) ; H : homme ; F : femme ; CSP : catégorie socioprofessionnelle ; NC : non concerné(e) ;  
 PS : professionnels de santé ; CS : carnet de santé ; QT : quantitative ; QL : qualitative.

**BELHI Menel : Évaluation des pratiques de puériculture : enquête auprès de 103 parents consultant en Médecine Générale.**

Nbr f. 70 fig. 11 tab. 6

Th. Méd : Lyon 2015 n°

---

**RÉSUMÉ :**

**Introduction :** La puériculture n'est plus une évidence pour les parents. Anxieux, souvent sans soutien familial, ils sollicitent de manière croissante les professionnels de santé pour des conseils, malgré les moyens d'éducation fiables disponibles (carnet de santé, guides, livres, sites Internet). Notre objectif a été d'évaluer les pratiques de puériculture des parents, de décrire et hiérarchiser leurs sources de conseils et de proposer une liste de sources validées à leur attention.

**Méthode :** Nous avons mené une étude quantitative descriptive transversale d'avril à septembre 2014. Un questionnaire papier a été proposé à des parents d'au moins un enfant de 0 à 2 ans, comprenant le français, présents dans les cabinets de médecins généralistes du Grand Lyon tirés au sort. Les thèmes abordés ont été l'alimentation, le mouchage, le sommeil, les pleurs et les coliques. Un score (14 points maximum) a été utilisé pour l'analyse.

**Résultats :** 103 questionnaires ont été recueillis dans 8 cabinets de Médecine Générale. Les parents inclus étaient essentiellement des femmes (84,5%), jeunes (âge moyen=31,5 ans), actifs (75%) et avaient un niveau d'études élevé. La majorité (57%) appliquait les recommandations pour l'ensemble des thèmes. Ils s'estimaient bien informés (81%). Leurs principales sources de conseils étaient les professionnels de santé (87%) puis l'entourage (78%) ; les autres sources (carnet de santé, sites Internet, livres et autres médias) étaient au second plan (48 à 13%).

**Discussion :** L'éducation des parents à la puériculture reste à améliorer. Pour obtenir des conseils, Ils recouraient principalement aux professionnels de santé et insuffisamment aux autres sources existantes et fiables. Pour améliorer les pratiques des parents et les rendre plus autonomes, nous devrions promouvoir davantage auprès d'eux ces sources en commençant par leur recommander lors des consultations. Nous avons établi une liste de sources de conseils validées qui pourrait compléter cette information orale.

---

**MOTS CLÉS :** puériculture - pratiques - parents - éducation - sources de conseils - médecine générale

---

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur Pierre COCHAT

Membres : Monsieur le Professeur Olivier CLARIS

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Madame le Docteur Sophie FIGON (Directrice de thèse)

---

**DATE DE SOUTENANCE :** 12 mai 2015

---

**Adresse de l'auteur :** 29 rue Nungesser et Coli  
69500 BRON

**E-mail :** mbelhi@hotmail.fr