



DJIDONOU A¹, NOUDAMADJO A¹, AGOSSOU J¹, ADÉDÉMY J. D¹, TOGNON-TCHÉGNONSI F¹, FIOSSI-KPADONOU E², GANDAHO P¹, HERS D³.

¹Faculté de Médecine de l'Université de Parakou

²Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi

³Psychiatre – Université Catholique de Louvain – Président APSY UCL
cmpjubile2000@gmail.com

Résumé

Introduction : L'hospitalisation des enfants en pédiatrie induit chez les mères un stress parental susceptible de freiner leur guérison. **Objectif :** L'objectif était d'étudier le stress des mères d'enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHD/B et son impact sur l'issue du traitement. **Méthodes :** Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive à visée analytique ayant consisté en un recensement exhaustif de 114 couples mères-enfants, recrutés de façon consécutive dans le service de pédiatrie du CHD/B du 20 janvier au 19 février 2013. Le stress des mères a été évalué au moyen de l'échelle de Hamilton. **Résultats :** Le score moyen de stress des mères était $17,98 \pm 5,74$. Celles qui avaient un niveau de stress de « modéré à grave » s'estimaient à 7%. Une causalité naturelle était évoquée dans 79% des cas. La sorcellerie 10,5%, et l'esprit maléfique 10,5% suggéraient une causalité surnaturelle. L'issue de la maladie de l'enfant était : guérison sans séquelle 83,3%, guérison avec séquelle 3,5%, sortie contre avis médical 4,4%, décès 8,8%. Une relation statistiquement significative entre le niveau de stress et l'âge maternel ($p = 0,02$), le stress maternel et l'évolution de l'état clinique de l'enfant ($p = 0,000$) étaient retrouvées. Le stress maternel influençait l'issue de l'hospitalisation de l'enfant avec p -value=0,068. Toutes les mères avaient déploré l'absence d'une aide psychologique aux parents d'enfants hospitalisés. **Conclusion :** Il importe d'organiser un accompagnement psychologique des parents au cours de l'hospitalisation de leurs enfants.

Mots clés : stress des mères ; enfants malades ; enfants hospitalisés ; service de pédiatrie ; Parakou.

Summary

Introduction: The Hospitalization of children in pediatric induces mothers parental stress susceptible to slow down their cure. **Objective:** The objective was to study the stress experienced by mothers of children hospitalized in the pediatric ward of BDH in Benin and its impact on the outcome of the care given to the children. **Methods:** It was a prospective descriptive and analytical study which consisted of an exhaustive survey of 114 mother-infant recruited consecutively in the pediatric ward from January 20 to 19 February 2013. Stress with the mothers was assessed by using the Hamilton scale. **Results:** The mean score of stress with mothers was 17.98 ± 5.74 . Those who had "moderate to severe" stress were 7%. Natural cause had been evocated to the children illness in 79%, witchcraft 10.5% and 10.5% referring evil spirit suggested obscurantist cause. The disease issue was: recovery without sequelae 83.3%, recovery with sequelae 3.5%, out against medical advice 4.4%, deaths 8.8%. A statistical significant relationship between the level of stress and maternal age ($p = 0.02$), maternal stress and the evolution of the children sickness ($p = 0.000$) were found. Maternal stress influenced the fatal disease of children, p -value = 0.068. All the mothers had claimed the maintenance of a permanent psychological support to them. **Conclusion:** It is important to organize a parents counseling during the hospitalization of their children.

Keywords: stress, mothers of children; pediatric care; Parakou.

Introduction

Dans les services de pédiatrie, les perturbations sur le rôle parental, l'apparence de l'enfant, ce qui arrive à l'enfant de la voisine hospitalisé, l'univers inquiétant des soins ; tout cela contribue à intensifier le stress parental [1 ; 2] qui réduit la qualité de la relation mère-enfant [3] au cours de l'hospitalisation de l'enfant. Les répercussions de la présence de l'enfant malade à travers les remaniements de la dynamique familiale apparaissent dès l'annonce diagnostique. Celle-ci sera déterminante dans la compréhension et l'adaptation de la cellule familiale. Certains modes d'annonce sous-tendus par le pessimisme, le rationalisme, scientifique, les projections de l'angoisse du médecin ou la fausse réassurance de ce dernier peuvent contribuer à fixer d'emblée des mécanismes de défense retrouvés chez les parents [4]. Ainsi, les mères de nourrissons fragiles sont susceptibles d'être sous une forte pression émotionnelle au cours de l'hospitalisation de leurs enfants. De même, les soins intensifs de la néonatalogie confrontent la mère-garde-malade de son bébé à différents stressseurs tels que : l'incertitude face à l'évolution de l'état de santé du bébé, le bouleversement dans les rôles parentaux usuels, la confusion face au rôle à jouer à l'hôpital, la méconnaissance des techniques de soins. Les études sur le vécu

des mères d'enfants hospitalisés indiquent qu'elles se décrivent comme plus dépressives, désespérées et avec un fonctionnement inadéquat des mères hyperprotectrices. Leur sentiment d'incompétence parentale à discipliner leurs enfants, et abandonnées sans soutien social, ont été rapportés [5]. La qualité de la parentalité précoce a été montrée comme déterminant important du développement ultérieur chez les enfants nés prématurément ou avec un faible poids de naissance [6]. Les études ont également montré que le comportement des parents face à la maladie de leurs enfants est tributaire de leur appartenance religieuse de leurs représentations de la maladie et de leur situation socioéconomique. Il est souvent surpris dans nos salles d'hospitalisation en pédiatrie des séances de prières scandées avec ferveur intense au chevet des enfants malades surtout en situation d'urgence [7]. Des sorties contre avis médical se font parce que « la maladie de l'enfant est surnaturelle et ne peut pas être traitée à l'hôpital ». L'itinéraire thérapeutique de l'enfant malade comporte des recours multiples aux guérisseurs traditionnels [8].

Les auteurs ont voulu à travers ce travail, étudier le stress vécu par les mères et son impact sur l'issue de l'hospitalisation de leurs enfants dans le service de pédiatrie du CHD/B. Ils se proposent de vérifier les relations pouvant exister entre le stress

maternel, le pronostic de l'atteinte de l'enfant, la satisfaction de la demande de soins.

Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique portant sur les mères d'enfants malades hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHD/B du 20 janvier au 05 février 2013. Toutes les mères au chevet de leurs enfants hospitalisés dans la période de l'étude ont été recensées. Le recrutement des couples mères-enfants a été systématique et consécutif. Tous les enfants admis et leurs mères ont été inclus. Les mères d'enfants malades hospitalisés qui n'étaient pas gardes-malades de leurs enfants hospitalisés ont été exclues, de même que celles qui n'ont pas voulu participer à l'étude conformément aux dispositifs du comité d'éthique.

Le recueil des données a été faite à l'aide d'une fiche d'enquête ad hoc élaborée. Les scores du stress chez les mères ont été mesurés à l'aide des différents niveaux de stress de Hamilton [9 ; 10] ; stress léger pour un score < 17, stress léger à modéré pour un score entre 18 et 25 et stress modéré à grave pour un score \geq 30.

Pour les couples mères-enfants inclus, les informations ont été recueillies au fur et à mesure pendant l'hospitalisation de l'enfant malade.

La variable dépendante était représentée par le stress des mères biologiques gardes-malades de leurs enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie. Les conceptions actuelles du stress amènent à concevoir celui-ci comme la résultante de transactions entre la personne et l'environnement qui conduisent l'individu à percevoir une discordance réelle ou imaginée entre les demandes d'une situation et les ressources de ses propres systèmes biologique, psychologique et sociologique [11].

Les variables indépendantes étaient représentées par : les caractéristiques sociodémographiques des mères d'enfants hospitalisés ; la mère étant mère biologique principale pourvoyeuse de soins et garde-malade de son enfant malade hospitalisé,

le niveau de stress chez ces mères,

les aspects cliniques et évolutifs des atteintes des enfants hospitalisés,

l'environnement hospitalier : convivialité des salles, accueil des agents, qualité des soins selon la mère, qualité du matériel de soins selon la mère, compétence des agents selon cette dernière,

communication sur la maladie par les soignants,

représentations des mères à propos des pathologies de leur enfant : maladie naturelle, maladie surnaturelle, impact de l'hospitalisation de l'enfant sur la mère-garde-malade de son enfant

Les données ont été saisies et analysées grâce au logiciel Epi Info Version 3.5.1 de 2008. Les tableaux ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel version 2007. Pour les variables quantitatives, les moyennes ont été calculées avec leurs écart-types ; pour les variables quantitatives dont les moyennes ont des écart-types atteignant la valeur des moyennes, la médiane a été déterminée. Les proportions ont été calculées pour les variables qualitatives avec leurs intervalles de confiance à 95%. Les liens d'association entre le niveau de stress et les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et évolutives ont été déterminés en utilisant le test de Chi2 de Pearson et les différences ont été considérées comme significatives si $p < 0,05$. Le risque relatif (RR) a été déterminé pour les variables qualitatives à plus de 2 modalités et ayant une association significative avec la variable dépendante.

Résultats

Au total, 114 couples mère-enfant ont été inclus dans l'étude au cours de la période.

2.1- Niveau de stress des mères

Le score moyen de stress des mères de l'étude était $17,98 \pm 5,74$ avec un minimum à 6 et un maximum à 36. Les mères d'enfants avaient un niveau de stress de «modéré à grave» dans 8,5% des cas. Le tableau 1 montre la répartition des mères d'enfants en fonction de leur niveau de stress.

Tableau n°1 : Répartition des mères d'enfants hospitalisés selon le niveau de stress dans le service de Pédiatrie du CHDU du Borgou au cours de l'étude.

	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)	Intervalle de Confiance à 95%
Léger	57	50,0	40,6 - 59,5
Léger à modéré	49	43,0	33,7 - 52,6
Modéré à grave	8	7,0	3,1 - 13,4
Total	114	100,0	-----

2.2. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge maternel moyen était $30,7 \pm 7$ ans, avec un minimum à 17 ans et maximum à 45 ans. 70,2% des mères était âgé de plus de 25 ans.

Les mères étaient femmes au foyer dans 35,1% des cas, revendeuses dans 21,9%, fermières dans 11,4%, artisanes dans 14,0%, salariées dans 6,1%, commerçantes dans 8,8% et élèves ou étudiantes dans 2,6% des cas. Elles étaient d'ethnie Fon et apparentée dans 24,6% des cas, Bariba dans 21,1%, Yom et apparentée dans 20,2%, Peulh dans 15,8%, Dendi dans 12,3% et Nago et apparentée dans 6,1% des cas.

Les mères d'enfants avaient un niveau BAC et plus dans 4,4% des cas, secondaire dans 15,8%, primaire dans 21,1% et non scolarisées dans 58,8% des cas.

Le niveau socioéconomique des familles était bas dans 28,1% des cas, moyen dans 60,5% des cas et élevé dans 11,4%.

La parité moyenne de la mère était de 3,2 (Ecart-type 1,8) avec une médiane à 3, un maximum à 10 et un mode à 2.

Le sex ratio des enfants hospitalisés était 2,7. Ils provenaient d'une famille monogame dans 81,6% des cas et d'une famille polygame dans 18,4% des cas. Leur rang dans la fratrie était en moyenne $2,8 \pm 1,7^{\text{ème rang}}$ avec une médiane au $2^{\text{ème rang}}$ un maximum $7^{\text{ème rang}}$ et un mode au $2^{\text{ème rang}}$. Ils étaient aînés dans 24,6% des cas. Leur âge médian était de 11 mois avec un mode à 6 mois, un minimum à 1 mois et un maximum à 168 mois. Les enfants de 24 mois ou moins représentaient 68,4%.

2.3. Caractéristiques cliniques

Les motifs de consultation étaient représentés par la diarrhée (20,4%), la dyspnée (12,4%), la convulsion (15,0%), la pâleur (9,7%), la fièvre (8,0%), le vomissement (6,2%), l'amaigrissement (3,6%), la raideur de la nuque (3,5%), le coma (2,7%), le refus de téter (2,7%), les urines foncées (2,7%), l'asthénie (1,8%) et autres (11,3%).

Les enfants avaient des antécédents d'hospitalisation dans 9,6% des cas

Les principaux diagnostics posés chez les enfants hospitalisés étaient le paludisme grave (28,9%), la malnutrition aiguë sévère avec complication (21,1%), la septicémie (10,5%), l'infection digestive (10,5%), et la bronchopneumonie grave (6,1%). Les autres diagnostics étaient représentés par la méningite (4,4%), l'hémolyse intravasculaire (2,6%), l'infection des voies urinaires (2,6%), l'infection au VIH (1,8%) et autres pathologies (11,3%).

A l'issue de l'hospitalisation, la proportion des enfants amé-

liorés était 54,0%, un état stationnaire s'était observé dans 37,2% et une aggravation dans 8,8%.

2.4. Appréciation des conditions d'hospitalisation des enfants par les mères

Les mères avaient trouvé l'accueil des agents très bon 14,96%, bon 59,6%, moyen 24,6%, et mauvais 0,9%. Dans 67,5% des cas, les mères n'avaient reçu aucune information à propos de la maladie de leurs enfants. Elles avaient trouvé le personnel soignant compétent 80,7%, très compétents 14,9% et incompétents 4,4%. Les soins dispensés aux enfants étaient, selon les mères, de très bonne qualité 1,8%, de bonne qualité 87,7%, de qualité moyenne 3,5%, de mauvaise qualité 4,4% et de très mauvaise 2,6%. La convivialité dans les salles de soins et d'hospitalisation était perçue bonne 45,6% et mauvaise 54,4%. Le matériel de soins était jugé sophistiqué 13,1%, moyennement adapté 86,0% et archaïque 0,9%.

2.5- Accessibilité financière des soins

Les mères éprouvaient des difficultés pour le financement des soins de leurs enfants dans 41,2% des cas. Elles avaient honoré la totalité des soins dispensés aux enfants dans 83,3% des cas.

2.6- Représentations socioculturelles des mères à propos de la pathologie des enfants

Les mères avaient rattaché la maladie de leurs enfants à une cause naturelle 79,0% ou à une cause surnaturelle 21,0% (sorcellerie 10,5% et esprit malin 10,5%).

2.7- Issue de la prise en charge des enfants hospitalisés

Une guérison sans séquelle avait été obtenue 83,3%. Le décès était survenu 8,8%. Une sortie contre avis médical a été enregistrée 4,4%. Des séquelles étaient notées dans 3,5% des cas.

2.8- Liaisons notées à propos du stress des mères d'enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHD/B

Le tableau 2 présente les liaisons statistiquement significatives du stress maternel avec les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau n° II : corrélations du stress des mères d'enfants hospitalisés dans le service de Pédiatrie du CHDU du Borgou en 2013 avec les caractéristiques socio-démographiques

	Chi ²	df	p-value
Age des enfants	7,16	4	0,13**
Age maternel	7,92	2	0,02*
Niveau d'instruction des mères	13,54	3	0,003***
Niveau socioéconomiques des familles	0,49	2	0,78**
Parité des mères	2,57	2	0,27**
Profession des mères	8,79	6	0,18***
Rang des enfants dans la fratrie	5,06	4	0,28**
Sexe des enfants	0,44	1	0,5**
Situation matrimoniale des mères	0,72	1	0,39**

*Existence d'association avec différence significative ; **Pas d'association ; ***Chi² non valide, impossible de conclure.

Corrélation du stress maternel avec les caractéristiques cliniques de l'enfant

L'étude avait noté une association statistiquement significative entre le niveau de stress des mères et l'évolution clinique des enfants hospitalisés depuis leur admission jusqu'au moment de l'enquête ($p = 0,000$). Elle n'avait pas noté de liaison statistiquement significative entre le niveau de stress maternel et : une hospitalisation antérieure ($p = 0,66$), le motif de consultation (Chi² non valide), la pathologie présentée par les enfants ($p = 0,54$).

Corrélation du stress maternel avec les conditions d'hospitalisation des enfants

Tableau n° III: corrélations du stress maternel avec les conditions d'hospitalisation dans le service de Pédiatrie du CHD/ B

	Chi ²	Df	p-value
Accueil des agents de santé	8,48	3	0,037***
Communication des agents sur la maladie	0,23	1	0,63**
Compétence des agents selon les mères	1,82	2	0,4***
Convivialité des salles selon les mères	0,19	1	0,65**
Qualité des soins selon les mères	6,18	4	0,19***
Qualité du matériel de soins selon les mères	2,52	2	0,28***

*Existence d'association avec différence significative ; **Pas d'association ; ***Chi² non valide, impossible de conclure.

Corrélation du stress maternel avec l'accessibilité financière des soins

L'étude n'avait pas noté de liaison statistiquement significative entre le stress maternel et l'existence de difficulté financière chez la mère ($p = 0,06$). De même, il n'y avait pas d'association significative entre le niveau de stress maternel et le fait d'avoir honoré financièrement la prise en charge des enfants malades ou non ($p = 0,35$).

Corrélation du stress maternel avec les représentations socioculturelles de la maladie de l'enfant

Il n'a pas été noté une liaison significative entre le niveau de stress et l'appréhension que les mères avaient sur l'origine naturelle ou surnaturelle de la maladie de leur enfant ($p = 0,91$).

Le tableau 4 récapitule les variables ayant eu une association statistiquement significative avec le niveau de stress maternel.

Tableau n° IV: Récapitulation des corrélations du stress maternel dans le service de Pédiatrie du CHD/B

	Chi-2	P-value	RR	IC95%
Age de la mère				
17-25			0,46	[0,09 - 0,83]
26-35	7,92	0,02	0,93	[0,63 - 1,39]
36-45*			-	-
Evolution depuis l'admission				
Aggravation			2,51	[1,42 - 4,45]
Amélioration*	19,28	0,000	-	-
Stationnaire			2,48	[1,58 - 3,89]

*modalité à faible risque

2.9- Stress maternel et issue fatale de la maladie de leur enfant

Le croisement de l'issue fatale ou non de la maladie des enfants avec le niveau de stress de leurs mères, a montré un p-value de 0,068. Le tableau 5 présente la répartition des enfants en fonction du niveau de stress maternel et l'issue de la maladie leur enfant.

Tableau V : liaison du stress maternel avec l'évolution vers le décès de la maladie de l'enfant hospitalisé dans le service de Pédiatrie du CHD/B

Stress élevé	Décès	
	Oui	Non
Oui	7	46
Non	3	58

RR = 0,37 ; Chi² = 2,41 ; p = 0,068

3-Discussion

L'enfant admis dans le service de pédiatrie traverse une expérience exceptionnelle susceptible de bouleverser sa personnalité. Il a des parents pour qui il occupe une place particulière, qui ont eux-mêmes leur fonctionnement, leur histoire, leur vie sociale et professionnelle. Il a souvent des frères et sœurs. C'est de cet enfant qu'il va falloir s'occuper dans sa globalité. Cela

demande de passer du temps avec un plus grand nombre de parents d'enfants hospitalisés. La courte durée de l'étude et la petite taille de notre population d'étude ne permettent pas une forte extrapolation des résultats obtenus à l'ensemble de la situation du service de pédiatrie du CHD/B encore moins à d'autres structures d'hospitalisation des enfants au Bénin. Néanmoins l'étude a le mérite d'aborder partiellement le stress parental des mères d'enfants hospitalisés en pédiatrie, une préoccupation insuffisamment traitée dans les services de pédiatrie des pays en développement.

Selon le cadre logique ayant sous-tendu la présente étude, plusieurs facteurs peuvent déterminer le niveau de stress, allant des caractéristiques sociodémographiques aux conditions d'hospitalisation en passant par l'impression des mères sur la compétence des agents, la qualité des soins, l'état du matériel de soins et leur capacité financière à honorer les soins. Après les analyses statistiques, les liens n'étaient significatifs qu'avec l'évolution de la maladie des enfants depuis leur admission jusqu'au moment de l'enquête et avec l'âge maternel. La crainte de l'issue fatale de la maladie des enfants fait augmenter le niveau de stress maternel surtout lorsque l'état clinique des enfants s'aggrave ou demeure stationnaire en dépit de la disponibilité du personnel pour soutenir les mères-gardes-malades de leur enfant hospitalisé. Par ailleurs, le niveau de stress peut se majorer chez les plus jeunes mères au regard de l'insuffisance d'expérience dans l'assistance au chevet de leurs enfants malades en milieu hospitalier. Le même constat concernant l'âge maternel a été fait par Hassan Tehrani et al, en Iran en 2008 [12]. Cette dernière étude, outre l'âge maternel, a retrouvé une liaison statistiquement significative entre le stress maternel et d'autres facteurs tels que la profession de la mère, l'âge de l'enfant, le type d'admission et l'existence ou non d'une assurance maladie. Ceci montre la nécessité de prendre en compte plusieurs facteurs tant socio-démographiques, cliniques que ceux en rapport avec les conditions d'hospitalisation afin de réduire le stress chez les mères d'enfants hospitalisés. Sanjari et al [13], dans une étude réalisée à Téhéran en 2008 a montré l'importance d'une prise en charge holistique des enfants malades, prenant en compte l'état psychologique des mères. Ceci est d'autant plus vrai que les mères elles-mêmes l'ont suggéré dans l'étude menée au Nigéria, dans un environnement socio-économique et culturel semblable au nôtre [7].

Pour ce qui concerne l'issue de la maladie des enfants, le risque de décès des enfants était plus élevé lorsque le niveau de stress était élevé chez les mères. Cependant, la différence n'était pas significative du fait de la taille réduite de la population d'étude. Cette situation peut s'expliquer soit par la transmission d'une mauvaise disposition psychologique des mères à leurs enfants malades, soit par l'influence des facteurs déterminant le niveau de stress parental [14] des mères lors de la prise en charge de leur enfant. Une relation significative entre le niveau de stress maternel et l'évolution de la maladie des enfants a été rapportée par Nagano et al au Japon en 2010 [15]. Les auteurs avaient noté une aggravation de la maladie lorsque le niveau de stress maternel était élevé. Cela renvoie au mécanisme de projection de l'anxiété maternelle sur son enfant. Les mères sont généralement les principales pourvoyeuses de soins qui portent le lourd fardeau en s'occupant seules des enfants lorsqu'ils sont malades. Lorsqu'elles manquent de ressource psychologique pour supporter ces épreuves, elles présentent un stress chronique [5]. L'étude a montré que 50% des mères au chevet de leurs enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHD/B présentaient un score de stress de modéré à élevé voire très élevé. C'est une situation qui mérite que soit développé un service d'aide psychologique pour ces mères qui en ont exprimé le besoin. En attendant d'y parvenir, « l'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels

des enfants et de leur famille (Droits de l'enfant hospitalisé) » [16] par l'installation d'une cellule d'écoute et de parole des mères d'enfants hospitalisés [17].

Conclusion

Les mères d'enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHD/B présentent un score de stress pouvant être à l'origine, chez elles, de complications cardiovasculaires ou de décompensation psychologique grave à terme. Parmi les facteurs associés à ce stress maternel, il y a aussi le risque de décès des enfants admis tardivement au bout d'un itinéraire thérapeutique chaotique. Dans la perspective de dispenser des soins de qualité aux enfants hospitalisés en pédiatrie, il faut que la chaîne soignant, parents, enfants malades hospitalisés, fonctionne bien et que les différents acteurs qui interviennent auprès de lui et de sa famille collaborent entre eux. La réduction du stress maternel requiert donc une méthode de travail formalisée inscrite dans le projet du service pour devenir un outil commun de travail multidisciplinaire dans l'intérêt des mères d'enfants suivis depuis l'hôpital jusqu'à leur domicile.

Remerciement. Nos remerciements vont aux mères d'enfants qui ont accepté de participer à cette étude malgré leurs souffrances.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

- Franck L S, Cox S B, Allen A, et al. Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *J Adv Nurs* 2005;49:608-15.
- Feldman R, Eidelman A I, Rotenberg N. Parenting stress, infant emotion regulation, maternal sensitivity, and the cognitive development of triplets: a model for parent and child influences in a unique ecology. *Child Dev* 2004;75:1774-9.
- Abdelilah M. Processus d'acculturation et pratiques de maternage chez des mères d'origine algérienne, en maternité. *L'enfant migrant Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. 2003 ; (6) 4 : 231-9.
- Baillly D. Pédopsychiatrie de liaison: Vers une collaboration entre pédiatres et psychiatres. *Douin*. 2005 ; 237p
- Faught J, Bierl C, Barton B, Kemp A. Stress in mothers of young children with eczema. *Arch Dis Child*. 2007; 92: 683-6.
- Laucht M, Esser G, Schmidt M H. Vulnerability and resilience in the development of children at risk: the role of early mother-child interaction. *Rev Psychiatr Clin* 2002; 29: 20-7.
- Musa O L, Akande T M, Adebayo V T. Stressful events experienced by mothers with children on admission at the emergency pediatric unit of a tertiary hospital in northern Nigeria. *European Journal of Scientific Research*. 2005; 10 (3). Consulté le 25 mars 2013 sur le site <http://www.unilorin.edu.ng/publications/akandetm/Mothers>
- Commeyras C, Rolin Ndo J, Merabet O , Kone H, Rakotondrabe F P. Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun. *Cahiers Santé*. 2006;16 (1);5-12.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1960; 23: 56-62.
- Hamilton M. Rating depressive patients. *J Clin Psychiat*. 1980; 41 (12pt 2): 21-4.
- Sarafino E.P. Health psychology : biopsychosocial interaction. New York, John Wiley and Sons. 1990
- Hasan Tehrani T, Haghghi M, Bazmamoun H. Effects of stress on mothers of hospitalized children in a hospital in Iran. *Iran J Child Neurol Autumn* 2012; 6 (4): 39-45.

- Sanjari M, Shirazi F, Heidari S, Salemi S, Rahmani M, Shoghi M. Nursing support for parents of hospitalized children. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 2009; 32: 120-30.
- Bigras N, Blanchard D, Bouchard C, Lemay L, Tremblay M, Cantin G, Brunson L, Guay M-C. *Enfances, Familles, Générations*. 2009; 10:1-30.
- Nagano J, Kakuta C, Motomura C, Odajima H, Sudo N, Nishima S, Kubo C. The parenting attitudes and the stress of mothers predict the asthmatic severity of their children: a prospective study. *BioPsychoSocial Medicine* 2010; 4 :12. Consulté sur le site <http://www.bpsmedecine.com/content/4/1/12> consulté le 25 mars 2013.
- Roussey M, Kremp O. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Douin. 2004;160pp
- Élisabeth Giraud-Baro, Gilles Vidon, Denis Leguay. Soigner, réhabiliter : pour une reformulation de l'offre de soins et de service. *L'Information psychiatrique*. 2006 ; 82 (4): 281-6.