

Université d'Angers,

Ecole de Sages-femmes - René ROUCHY,

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

« LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME DANS LE DÉPISTAGE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE DE LA NAISSANCE À UN AN DANS LE MAINE-ET-LOIRE »

Etude prospective réalisée auprès de toutes les sages-femmes du Maine-et-Loire

Du 20 août 2012 au 20 décembre 2012

Présenté par : Mélanie BRAUD

Sous la direction de : Docteur Gérard CHAMPION

Avril 2013

Je remercie,

- Docteur Champion, pédiatre et directeur de ce mémoire, pour son aide précieuse et sa grande disponibilité dans la réalisation de ce projet d'étude.
- Toutes les sages-femmes du Maine-et-Loire ayant répondu à l'enquête ainsi que toutes les cadres ou responsables ayant transmis mon enquête.
- L'équipe enseignante de l'école de sage-femme d'Angers ainsi que Madame Sadi.
- L'Hôpital Mère et Enfant de l'Est Parisien pour m'avoir accueillie lors de ces 3 semaines.
- Mes parents et ma famille, pour leur aide et notamment pendant mes études de médecine et de sage-femme.
- Mes amis pour leur bonne humeur et leur soutien.

ABRÉVIACTION

ASE= Aide sociale à l'enfance

CepiDC = Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)

DREES= Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS= Haute autorité de santé

INSERM= Institut national de la santé et de la recherche médicale

IP= Information préoccupante

MSIN = La mort subite inexpliquée du nourrisson

ODAS= Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée

ONED= Observatoire National de l'Enfance en Danger

PMA= Procréation médicale assistée

PMI= Protection maternelle et infantile

RCIU= Retard de croissance intra-utérin

SBS= Le syndrome du bébé secoué

TISF= Technicien(ne) s de l' Intervention Sociale et Familiale

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
GÉNÉRALITÉS.....	9
1 La création du lien mère-enfant	9
2 Définition de la maltraitance.....	11
3 Les différentes formes cliniques de la maltraitance.....	11
3.1 Violence physique.....	11
3.2 Violence psychologique.....	12
3.3 Abus sexuel.....	12
3.4 Négligence et privations	12
4 Facteurs de risque	13
4.1 Liés à l'environnement.....	13
4.2 Liés aux conditions de vie	13
5 Le dépistage	14
5.1 La loi	14
5.2 Les différents acteurs	15
5.3 Le rôle de la sage-femme dans le dépistage	17
ENQUÊTE	20
1 Matériel et méthode.....	20
1.1 La population.....	20
1.2 La méthode	20
2 Résultats	22
2.1 Le profil des sages-femmes	22
2.2 La maltraitance : définitions et généralités	24
2.3 Le dépistage.....	27
2.4 Les facteurs de risque de maltraitance.....	29
2.5 La prévention et les signes évocateurs.....	33
2.6 Les compétences professionnelles des sages-femmes et leurs connaissances.....	37
DISCUSSION	39
1 Le profil des sages-femmes	40
2 La maltraitance dans sa généralité.....	41

3 Le dépistage	42
4 Les facteurs de risque	43
5 La prévention	45
6 Les compétences professionnelles et connaissances des sages-femmes	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	54
RÉSUMÉ	66
ABSTRACT	69

« Ce qui n'est pas exprimé reste dans le cœur et peut le faire éclater. »

William Shakespeare

Fait d'actualité de maltraitance infantile :

« V, petite fille née prématurément et décédée à l'âge de 2 mois et demi de dénutrition et de déshydratation, a été suivie en PMI pendant un mois, puis sa mère a refusé de continuer à aller en consultation. Cette mère était bien connue de la PMI, où l'enfant précédent avait été suivi régulièrement. Dans la déposition de la puéricultrice, on lit « J'avais proposé à Madame de venir une semaine plus tard pour (...) peser (le bébé). Elle devait également se présenter à la consultation nourrissons pour un examen médical plus complet. Elle ne s'est présentée à aucun de ces rendez-vous. (...) Nous n'avons plus eu de nouvelles jusqu'à ce qu'on nous apprenne que la petite était décédée (...) (c'est) une personne assez jeune, un peu immature, qui dit tout savoir. Lorsque nous lui donnions des conseils, elle disait déjà les connaître, mais en fait ne les suivait pas exactement (...). Toutefois rien ne pouvait laisser prévoir cette issue fatale (...) (elle) a découvert sa grossesse au septième mois. Elle semblait heureuse d'avoir cet enfant »

Et le médecin a dit aux enquêteurs : « Pour moi elle est immature d'autant plus qu'elle est très jeune. Le père des enfants n'a jamais été présent ni physiquement ni dans le discours de Madame. Personnellement, je ne l'ai jamais vu. Lors d'une des dernières consultations du frère aîné, je m'étais rendu compte que la mère grossissait. Je lui ai demandé si elle avait un désir de grossesse. Elle m'a répondu « Ah non, pas maintenant » (...) Elle devait revenir en consultation avec les 2 enfants. Elle n'est pas venue non plus. De ce fait, nous l'avons appelée chez elle... Nous avions prévu de faire une visite à domicile. »

Les Oubliés, Anne Tursz [5]

INTRODUCTION

« Un enfant meurt chaque jour sous les coups de ses parents ».

L'actualité ne cesse de parler de ces enfants victimes de maltraitance. Pourquoi ce problème de santé publique reste-t-il encore tabou ?

La sage-femme accueille, avec les parents, l'enfant à sa naissance. Comment imaginer l'avenir de ces enfants fait de souffrances, de culpabilité ?

Au cœur de ce fléau, la sage-femme ne fait-elle pas partie des personnes privilégiées de part sa position ? Le suivi de grossesse, l'accouchement et les suites de couches incitent à partager l'intimité de la patiente, à établir une relation de confiance, à être spectateur du lien mère-enfant.

Nous avons donc réalisé une étude dont le principal objectif est de faire un état des lieux sur les connaissances des sages-femmes en matière de maltraitance, de dépistage et de prévention afin de savoir si les sages-femmes possèdent tous les signaux d'alerte face à la maltraitance.

Au cours de ce mémoire, nous allons tenter de répondre à ces fameuses questions : la sage-femme peut-elle et doit-elle dépister la maltraitance infantile ? Quels signes précurseurs doivent l'inciter à penser à la maltraitance ? Une sage-femme a-t-elle les connaissances et les clés pour protéger ces nouveau-nés ?

Afin d'éclaircir les notions de la maltraitance et de dépistage, nous ferons de brefs rappels sur la création du lien mère-enfant, la définition de la maltraitance, ces différents aspects et ces facteurs de risque. Enfin nous insisterons sur le dépistage à travers la loi et les différents intervenants dont les sages-femmes.

Après avoir évoqué ces généralités, nous aborderons l'objet de notre étude et nous confronterons nos résultats à la littérature.

GÉNÉRALITÉS

1 La création du lien mère-enfant

« On ne naît pas parent, on le devient ». [Gérard Poussin]

L'homme et la femme deviennent parents lors de l'arrivée d'un enfant (naissance ou adoption) et ce processus est appelé parentalité. [Paul Claude Racamier 1961]. Ainsi, la femme devient une mère, c'est le processus de maternalité, et l'homme devient père (paternalité).

La parentalité équivaut à une crise normale du développement de la personne au même titre que l'adolescence. L'individu doit intégrer une nouvelle identité, celle de parent et non plus celle de « fille de » (« fils de ») mais de « mère de » (« père de »). [P-C Racamier 1961, 11]

La parentalité suppose l'intégration de nouvelles fonctions, les fonctions parentales, nécessaires pour répondre aux besoins de l'enfant tels que l'affection, le soin, la protection, l'éducation, l'engagement, le lien...

Cependant, à la différence des crises identitaires de l'adolescence et de la ménopause qui sont incontournables, la parentalité peut être partielle voire totalement absente.

Le désir d'enfant est un projet conscient ayant une dimension inconsciente. Cette dimension inconsciente serait issue de notre histoire infantile inconsciente, renvoyant à des manques. Le désir d'enfant chez la petite fille est la combinaison de la composante narcissique, où elle s'identifie à sa propre mère et souhaite avoir comme elle, un enfant, et la composante Oedipienne avec un souhait inconscient de la petite fille d'avoir un enfant avec son propre père. Pour qu'il y ait désir d'enfant, il faut qu'il y ait eu interdit de l'inceste (de l'Oedipe par Freud) par le père.

E.Pasini [1984] distingue le désir d'enfant, réel, au désir de grossesse [11]. De multiples raisons peuvent conduire à un désir de grossesse. Des raisons narcissiques comme le bien-être apporté et le sentiment d'être femme ou se valoriser, voire de tester sa fécondité, des raisons liées à l'envie d'évolution comme l'envie de cette expérience. Un manque à combler ou une carence affective peuvent également induire un désir de grossesse.

La grossesse apporte de nombreuses modifications corporelles, sociales et psychiques. Chaque femme devient mère à sa façon et sa maternalité dépend de son histoire et de son enfant ainsi que de l'environnement sociétal.

Le devenir mère est un processus psychique et la grossesse est un moment capital pour la femme dans son processus de construction de la maternité. La grossesse est donc une crise organisatrice (identitaire et conflictuelle) et une étape de maturation dans la vie d'une femme. Cette période induit une vulnérabilisation de la femme et un bouleversement. Le baby blues est alors un signe du travail autour d'une nouvelle identité et d'émotions contradictoires.

Durant cette période de crise, la nouvelle mère utilise sa propre mère comme modèle identificatoire, la perception de son compagnon change pour l'identifier en tant que père. La femme ressent aussi le besoin de la reconnaissance des autres et de la société pour se sentir compétente, pour « être une bonne mère » [Winnicott, 1961, 11].

Lors de la grossesse, la femme possède, dans son psyché, différentes images, représentations de son futur enfant : l'enfant imaginaire et l'enfant fantasmatique qui lors de la naissance vont être confrontés au nouveau-né réel [Lebovici, 1983, 11]. A la naissance, la femme doit faire le deuil de l'enfant imaginaire afin que la rencontre avec l'enfant réel se fasse. Elle peut être parfois difficile ou compromise lorsque le décalage entre les deux est trop important. L'enfant handicapé ou présentant des malformations physiques peut être difficilement accepté. Le prématuré peut ne pas être gratifiant pour les parents.

Durant la grossesse, l'enfant imaginaire n'est pas seulement une représentation. Un lien se tisse avec le fœtus (parole, choix du prénom). Il arrive qu'aucun lien ne se fasse durant la grossesse lorsque les femmes ont des difficultés à investir la grossesse, à investir « ce qu'il y a dans leur ventre » ou en cas de déni de grossesse.

A la naissance, la rencontre initiale est marquée par une rencontre mutuelle fondamentale qui, pour beaucoup, sera constitutive du lien mère-enfant. Les étapes de la rencontre parents avec le nouveau-né sont majeures : le premier cri signe que le nourrisson est en vie. La cristallisation de l'attachement maternel se fait lorsque l'enfant est posé sur le ventre. Le premier regard permet une reconnaissance mutuelle. La mise au sein satisfait un besoin primaire du nourrisson.

Lorsque la mère n'intègre pas les bouleversements physiques, psychiques ou même la grossesse, le lien peut avoir des difficultés à se construire et peut être à l'origine de nombreuses sources de négligences maternelles...

2 Définition de la maltraitance

Il existe de nombreuses définitions dans la littérature mais nous utiliserons la définition de référence de l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS). [22]

La loi du 5 mars 2007 introduit un nouvel apport à la notion de maltraitance. Depuis ce texte, on parle dorénavant d'enfant en danger regroupant « l'enfant maltraité » et « l'enfant en risque de l'être ».

L'enfant maltraité est défini comme « tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. »

L'enfant en risque se définit comme « tout enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité »

3 Les différentes formes cliniques de la maltraitance

3.1 Violence physique

La violence physique est la maltraitance la plus facile à diagnostiquer, la plus visible et la plus connue. Elle se traduit par des lésions traumatiques (fractures, brûlures, ecchymoses, hématomes,...) mais principalement par le syndrome du bébé secoué.

Le syndrome de Silverman (décrit en 1953) se traduit par la présence de cal (fractures anciennes consolidées), fractures ou arrachements osseux sur les radiographies des enfants victimes de sévices. [13]

Le syndrome du bébé secoué (SBS)

Le syndrome du bébé secoué est le traumatisme le plus fréquent chez les enfants de moins d'un an. Il se constate principalement entre le troisième et le sixième mois de vie.

Les signes d'appel sont rarement des signes extérieurs, ce qui les rend difficilement diagnostiquables. Les hémorragies oculaires, les hématomes cérébraux (sous-dural ou sous-arachnoïdien), voire parfois des fractures des membres sont des indices de la présence de ce syndrome. L'enfant décède dans 15 à 38% des cas. Les séquelles psychomotrices sont toujours très graves. [33]

La Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson (MSIN) est l'un des diagnostics différentiels du SBS. Une étude a montré que les enfants de moins de 1 an maltraités augmentaient la probabilité qu'ils subissent une MSIN.

3.2 Violence psychologique

La violence psychologique est décrite par cinq types de sévices : le rejet, l'ignorance, l'isolement, la terreur, la corruption.

La violence verbale est l'un des signes de violences psychologiques. L'exposition de l'enfant à la violence conjugale peut faire partie de ce type de violence, comme l'humiliation et les menaces verbales répétées. Le diagnostic, très difficile, donne des troubles du développement et du comportement. Cela peut s'exprimer par un évitement du nourrisson (le regard et le contact). La « vigilance gelée » avec une position figée, où seul le regard est mobile est un comportement fréquent chez les enfants victimes de sévices. Les troubles du sommeil, les troubles alimentaires et le balancement peuvent être d'autres signes. [13]

3.3 Abus sexuel

L'abus sexuel se définit comme toute activité sexuelle avec un enfant qui n'est pas en âge de comprendre et qui n'a pas atteint un niveau de développement suffisant. Ce type de maltraitance est une violation des lois de l'enfant et pose des problèmes médicaux légaux car il est difficile d'en avoir la preuve formelle.

L'abus sexuel est très rare chez les enfants de moins de 1 an. Ce type de violence a longtemps été un sujet tabou, mais c'est aujourd'hui la violence la plus médiatisée.

Les principales formes d'abus sont l'attouchement ou la pénétration sexuelle. Le plus souvent, c'est un membre de la famille qui est l'acteur de ce type de sévices, d'où l'apparition de la notion de l'inceste. [9 13]

3.4 Négligence et privations

La négligence se caractérise par la non satisfaction de la part du responsable de l'enfant à répondre aux besoins vitaux, physiologiques (alimentation, hydratation) et affectifs (amour des parents, la protection du danger) de celui-ci.

Cette négligence est très difficile à diagnostiquer par rapport aux autres causes de troubles du développement et du comportement. [13]

4 Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont des éléments qui augmentent la probabilité que l'enfant soit sujet à des maltraitances. De nombreux facteurs de risque existent mais c'est l'association de plusieurs facteurs qui induit la maltraitance. [10 13]

Nous allons différencier les critères environnementaux de ceux liés aux conditions de vie.

4.1 Liés à l'environnement

L'environnement familial devient un facteur risque lors des conflits familiaux ou de violence conjugale. A contrario, l'isolement, la solitude, le manque de soutien et la famille monoparentale sont aussi des facteurs de risque.

L'environnement professionnel aurait aussi un impact sur la maltraitance infantile avec les situations de précarité, de chômage et les difficultés de logement qui peuvent en découler.

4.2 Liés aux conditions de vie

Les antécédents personnels peuvent être des facteurs de risque : les antécédents de maltraitances dans l'enfance, les problèmes physiques ou les troubles mentaux (notamment la dépression du post-partum).

Certains facteurs individuels influent : le jeune âge, l'immaturité, le manque de connaissance, d'éducation ou de confiance en soi, le deuil, diverses addictions mais aussi l'ethnie, la culture (parents originaires de pays où les mutilations sexuelles de type excision ou circoncision rituelle sont autorisées).

La nature de la grossesse ou de l'arrivée d'un enfant peuvent également avoir un impact comme une grossesse non désirée, rapprochée, multiple ou difficile à concevoir. La difficulté à créer un lien pendant la grossesse ou à la naissance peut être associée dans certains cas à un désintérêt de l'enfant ou à des comportements inadéquats. La naissance d'un enfant prématuré, handicapé, ayant des anomalies physiques ou de grands besoins vitaux (enfant difficile à consoler, qui pleure beaucoup) ou nécessitant une hospitalisation prolongée peut être facteur de risque.

5 Le dépistage

5.1 La loi

En 1959, l'Organisation des Nations Unies a écrit une déclaration des droits de l'enfant qui ne sera admise que 30 ans plus tard en France lors de la loi « Dorlhac » du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

5.1.1 Loi du 10 juillet 1989

Cette loi impose une obligation de signalement et instaure l'aide sociale à l'enfance (ASE). Le président du Conseil Général, qui gère l'ASE, se doit d'avertir les autorités judiciaires devant une impossibilité à juger la situation de l'enfant ou un refus de la famille.

La création du Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance Maltraité (SNATEM) avec un numéro vert, le 119 « Allo enfance en danger » permet aussi de signaler des situations de possible maltraitance.

En effet, les professionnels ont l'obligation de signaler selon l'article 434-3 du code pénal (annexe I). Le secret professionnel décrit par l'article 226-13 du code pénal ne s'appliquant pas dans les situations de maltraitance via le code de déontologie du médecin ou de la sage-femme.

5.1.2 Loi du 5 mars 2007

La loi du 5 mars 2007, la dernière en date, réforme la protection de l'enfance à trois niveaux : améliore la prévention, le dispositif d'alerte et de signalement et diversifie les modes d'interventions auprès des enfants et de leur famille. [14]

La prévention

La loi s'articule sur trois axes :

- Des actions de prévention périnatale. (*Art.L.2112-2 du code de la santé publique*) :
Entretien du 4^{ème} mois de grossesse et suivi en post-natal (retour au domicile).
- Des actions de prévention en direction des parents qui ont des difficultés dans l'éducation de leur enfant.

- Des actions de prévention médicale et médico-sociale en direction des enfants et des adolescents (assurées notamment par la PMI)

Amélioration du dispositif d'alerte et de signalement.

Le signalement a été modifié et remplacé par deux types de transmission (ANNEXE V) :

- L'Information Préoccupante (IP) se définissant comme : « tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner ». Ainsi, devant une situation à risque, les professionnels effectuent une transmission aux autorités administratives, dite IP, auprès de l'Unité de l'Enfance en Danger (UED) ou du président du Conseil Général, qui les recueille, les traite et les évalue.

- Le signalement, ou transmission aux autorités judiciaires, se fait auprès du procureur de la République en cas d'extrême urgence ou lors de la transmission, par le Conseil Général ou UED, d'une IP nécessitant un cadre judiciaire.

5.2 Les différents acteurs

5.2.1 L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

L'ASE est créée en 1945. Elle marque la construction dans le système français de la protection de l'enfance.

Sous l'autorité du président du Conseil Général, sa mission principale est d'aider les enfants et leur famille via des actions de prévention, de protection et de lutte contre la maltraitance.

L'ASE possède diverses prestations tels que l'Aide Educative à Domicile (AED) et les Technicien(ne)s de l' Intervention Sociale et Familiale (TISF). [27]

L'Aide Educative à Domicile (AED)

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), créé par la loi du 2 janvier 2004, décrit l'AED comme « une prestation d'aide sociale à l'enfance. Mise en œuvre avec l'accord des parents, parfois même à leur demande, elle apporte un soutien matériel et éducatif

à la famille. Cette prestation est préventive et s'inscrit dans le dispositif de protection administrative de l'enfant. »

Ses objectifs sont principalement l'accompagnement des parents dans l'éducation du nourrisson et la création d'un lien parents-enfant. [27]

Les Technicien(ne)s de l' Intervention Sociale et Familiale (TISF)

Remplaçant la travailleuse familiale depuis 1999, l'action des TISF consiste à soutenir et accompagner les familles ayant des difficultés éducatives et sociales au quotidien.

Leurs objectifs définis par l'ONED sont notamment d'accompagner les parents dans leurs fonctions parentales de la vie quotidienne, d'identification des situations de risque pour l'enfant. [27]

5.2.2 La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La PMI, tout comme l'ASE, est un service départemental né en 1945 et sous l'autorité du président du Conseil Général.

Son rôle est d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Des consultations et des actions de prévention médico-sociales sont également menées pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans.

La PMI se compose de médecins, sages-femmes, assistantes sociales, puéricultrices en perpétuelle collaboration avec les médecins traitants, les services hospitaliers, les pédiatres, les sages-femmes libérales... [26]

De multiples actions de la PMI sont menées autour de la périnatalité et de la prévention de l'enfant [26]:

- Le suivi pré et post-natal.
- La connaissance du nourrisson et du jeune enfant, et le savoir-faire dans l'accompagnement proposé aux mères et pères concernant les aspects médicaux, médico-sociaux et de puériculture.
- La préparation du retour des parents à leur domicile après mise en contact entre le milieu hospitalier et la PMI

La loi du 5 mars 2007 énonce que « des actions médico-sociales et de suivi peuvent être assurées par le service de PMI à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ». La visite à domicile se fait dans les jours qui suivent le retour à domicile, au moment où les parents doivent s'adapter à l'arrivée de l'enfant. Ce rôle est essentiel devant la réduction du séjour en maternité. La PMI peut effectuer la visite obligatoire du nourrisson du 8^{ème} jour. Cette visite au domicile a pour but de conseiller, d'orienter les parents en fonction de leur besoin et de prévenir les situations à risque.

La loi du 5 mars 2007 prévoit aussi « des actions médico-sociales et un suivi en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers ». Le travail en réseau permet une prise en charge cohérente entre tous les professionnels auprès du nouveau-né. [14]

Les sages-femmes territoriales ont un rôle de prévention. Leur fonction, sociale et médicale, permet de contribuer au bon déroulement de la grossesse et notamment des grossesses à risque en association avec les médecins. Cependant, les sages-femmes de PMI ne font pas les accouchements. Leur rôle d'information, en planning familial, dans les associations ainsi que dans les établissements scolaires est primordial.

Les sages-femmes de PMI doivent impérativement se spécialiser afin de se former à l'écoute, au dialogue et de connaître les différents partenaires. [20]

Les Programmes Régionaux de Santé « Santé des enfants et des jeunes » préconisent, le plus précocement possible, en ante et post-natales, une information aux gestes ou aux manipulations inadaptés. La PMI, les maternités, les structures médicales, les pharmacies, le carnet de santé peuvent diffuser ces informations.

5.3 Le rôle de la sage-femme dans le dépistage

Lors de la grossesse, la sage-femme effectue le suivi médical de la femme mais son rôle s'étend jusqu'au côté psycho-socio-économique.

Ainsi, les consultations prénatales, l'entretien prénatal précoce, la préparation à la naissance, la naissance, le post-partum immédiat, la visite post-natale, les visites au domicile et la rééducation périnéale sont des lieux propices au dépistage. La sage-femme entre dans l'intimité de la patiente, ce qui peut lui permettre de dépister des situations à risque.

5.3.1 *Entretien prénatal précoce ou entretien du 4^{ème} mois*

L'entretien prénatal précoce crée par la loi de 2007 est ouvert à toutes les femmes enceintes et se dissocie des 7 consultations du suivi médical périnatal. L'entretien est mené par une sage-femme (hospitalière, libérale ou de PMI) ou un médecin formé et se référant aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Prévu au 4^{ème} mois de la grossesse, il peut être reporté dans la grossesse ou être mensuel en cas de nécessité. [26]

L'entretien possède quatre objectifs majeurs :

- donner la parole aux femmes enceintes pour favoriser leur rôle actif dans le déroulement de la naissance et l'accueil du bébé, ce qui constitue la meilleure prévention de la dépression du post-partum.
- permettre un meilleur ajustement des interventions médicales et éventuellement sociales et psychologiques, afin de diminuer la part iatrogène de pratiques morcelées et décalées par rapport aux besoins ressentis par les futurs parents.
- améliorer le déroulement obstétrical par la prise en compte précoce des facteurs de stress et leur traitement.
- organiser un réseau de soins personnalisés autour de la femme enceinte lorsqu'il est nécessaire, ceci dans une continuité suffisante.

5.3.2 *La Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)*

La PNP a pour rôle d'accompagner les futurs parents pendant la grossesse. Il est préférable qu'elle soit couplée à l'entretien prénatal précoce afin de continuer la prévention et d'avoir une prise en charge adaptée en fonction de potentielles difficultés énoncées lors de cet entretien.

Ses principaux rôles sont de favoriser la participation active de la future mère et du futur père dans leur projet de naissance, d'améliorer les connaissances et les compétences pratiques, et de stimuler la confiance des femmes enceintes dans leur capacité à devenir mère et à accoucher, à prendre soin d'elles-mêmes et de leur bébé.

Cependant, la préparation à la naissance ne se réduit pas à la délivrance d'informations théoriques. C'est un moment privilégié pour aborder les doutes, les questions ou pour échanger entre futurs parents. [26]

5.3.3 Prise en charge pluridisciplinaire

La sage-femme participe aussi à la prise en charge pluridisciplinaire de la patiente via:

Les « staffs » de parentalité

Les staffs de parentalité réunissent, dans de nombreux centres hospitaliers de France, tous les intervenants (obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, le service de pédopsychiatrie, la PMI, le service social, le service de l'ASE) participant à la prise en charge des futures mères fragilisées psychologiquement.

Les staffs ont pour objectif d'évaluer, en prénatal, les situations à risque et de proposer des orientations adaptées pour l'enfant principalement ou le couple mère-enfant. [26]

Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Ces programmes permettent l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation précaire, de lutter contre les exclusions. [26]

Les permanences d'aide d'accès aux soins de santé (PASS)

Mise en place dans les milieux hospitaliers, ce sont des consultations ayant pour mission d'accueillir et de prendre en charge les personnes en situation précaire. Ces permanences permettent un lien pluridisciplinaire, en réseau, avec les différents professionnels. [26]

Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité (UMPSP)

Le réseau angevin, qui est l'unité médico-psycho-sociale en périnatalité, prend en charge le plus précocement possible toutes les femmes vulnérables et/ou fragiles en situation de précarité économique ou psychologique.

ENQUÊTE

1 Matériel et méthode

Nous avons effectué une étude prospective auprès des sages-femmes du Maine-et-Loire afin de connaître, en fonction de leur expérience et de leur lieu d'exercice, leur rôle dans le dépistage de la maltraitance du nourrisson pendant la grossesse, en post-partum immédiat et dans la première année de vie de l'enfant.

L'enquête s'étend du 20 août 2012 au 20 décembre 2012.

1.1 La population

Les sages-femmes incluent dans l'enquête sont les sages-femmes libérales, les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile, les sages-femmes des trois centres hospitaliers (Angers, Saumur et Cholet) ainsi que des deux cliniques (Clinique de l'Anjou à Angers et Polyclinique du Parc à Cholet). Toutes les sages-femmes exerçant en Maine-et-Loire sont incluses.

Les sages-femmes exclues sont :

- Les sages-femmes ayant pris leur retraite avant le 20 août 2012
- Les sages-femmes n'exerçant plus dans le Maine-et-Loire (malgré une inscription à l'ordre départementale persistante).

1.2 La méthode

L'enquête a été distribuée :

- le 20 août par courriel via le Conseil Départemental de l'ordre des sages-femmes par l'intermédiaire de la présidente du conseil aux 125 sages-femmes inscrites. Le courriel diffusé aux sages-femmes comportait un lien vers un questionnaire Google auparavant réalisé. Une fois le formulaire complété, les sages-femmes devaient l'envoyer. Ainsi les réponses se sont répertoriées dans un tableau de Google drive. [ANNEXE II]

- 1^{ère} relance le 5 septembre par courriel via le Conseil Départemental de l'ordre des sages-femmes par l'intermédiaire de la présidente du conseil aux 125 sages-femmes inscrites.
- 2^{nde} relance le 20 septembre par courriel via le conseil départemental de l'ordre des sages-femmes par l'intermédiaire de la présidente du conseil aux 125 sages-femmes inscrites. 1^{er} envoi par courrier à la même date à toutes les sages-femmes libérales inscrites sur les pages jaunes, aux centres hospitaliers via les cadres de service ainsi que par les adresses postales des sages-femmes via le conseil département ayant une adresse email non active.
- 3^{ème} relance le 15 octobre par courrier à toutes les sages-femmes libérales inscrites sur les pages jaunes, aux centres hospitaliers via les cadres de service ainsi que par la messagerie collective des sages-femmes du centre hospitalier universitaire d'Angers
- Dernière relance le 15 novembre à toutes les sages-femmes libérales inscrites sur les pages jaunes, aux centres hospitaliers via les cadres de service. Envoi d'un email de la directrice de l'école à toutes les sages-femmes du centre hospitalier d'Angers et de la cadre supérieure sage-femme du centre hospitalier universitaire à la messagerie collective des sages-femmes du centre hospitalier universitaire d'Angers.

Le recueil de données (Annexe II)

L'enquête était anonyme et comprenait 19 questions. Elle comportait des questions ouvertes ou à choix multiples. Certaines questions permettaient un complément de réponses.

La première partie comprenait le profil des sages-femmes avec leur nombre d'année d'exercice, leur lieu d'exercice ainsi que leur service en cas d'exercice hospitalier. La seconde partie interrogeait les sages-femmes sur la maltraitance en général avec les formes cliniques prédominantes ainsi qu'une interrogation sur la maltraitance fœtale. La troisième partie de l'enquête abordait le dépistage. La quatrième partie était en lien avec les facteurs de risque prépondérant. La cinquième partie pointait la prévention et les signes évocateurs. Enfin la sixième partie mettait en avant les compétences professionnelles des sages-femmes et leurs connaissances.

2 Résultats

Sur 225 Questionnaires envoyés, 99 réponses exploitables ont été récupérées. Le taux de retour est alors de 44%.

Tous les résultats suivants sont en pourcentage. L'enquête comportait des questions ouvertes, des questions fermées ainsi que des questions avec un ou plusieurs choix de réponses.

2.1 Le profil des sages-femmes

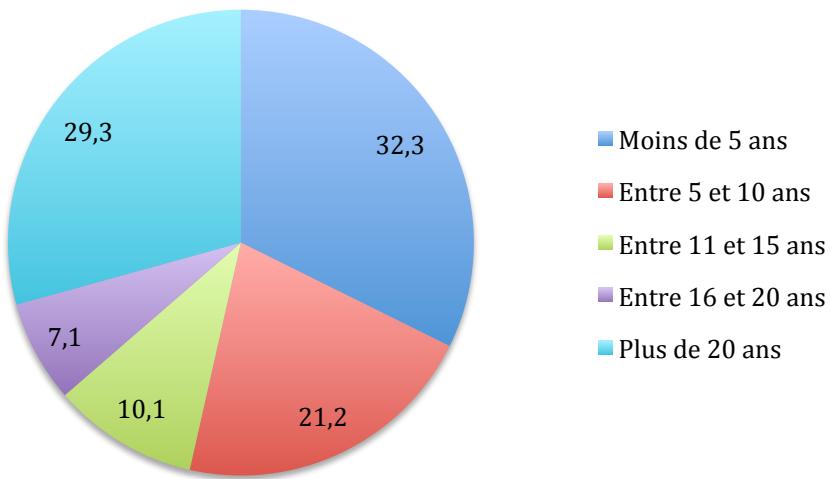


Figure 1 : L'expérience des sages femmes

Les sages-femmes hospitalières ont, pour 41,7 %, moins de 5 ans d'expérience et, pour 25% d'entre elles, entre 5 et 10 ans d'expérience. Les sages-femmes libérales ont, pour 55%, plus de 20 ans d'expérience. Enfin les sages-femmes de PMI ont toutes plus de 11 ans d'expérience avec 50% de sages-femmes de plus de 20ans.

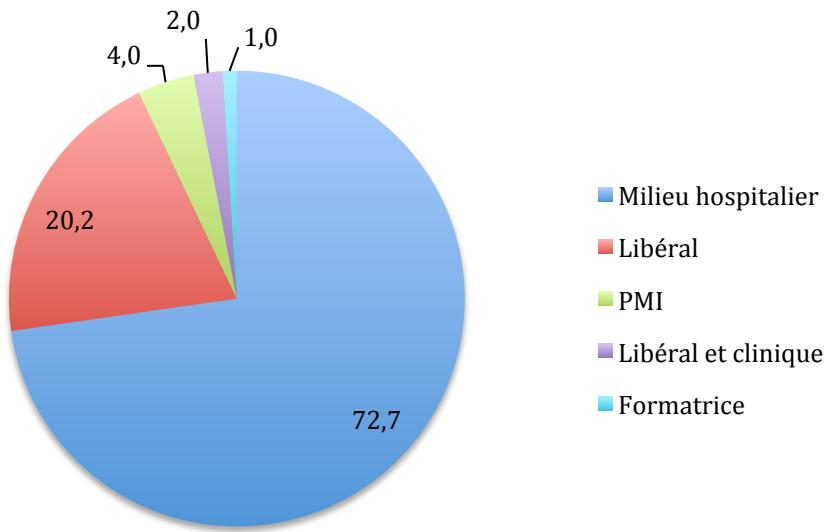


Figure 2 : Le milieu d'exercice des sages-femmes

Parmi les sages-femmes hospitalières du Maine et Loire, 44,7% ont répondu à l'enquête, 44,4% des sages-femmes de PMI et 36,4 des sages-femmes libérales.

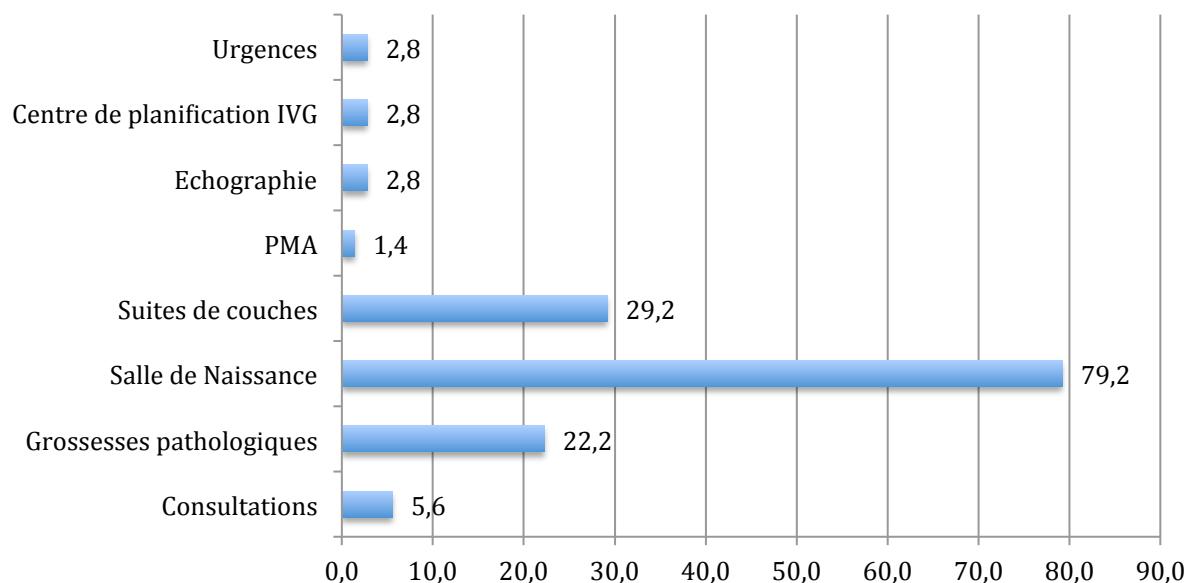


Figure 3 : Les services des sages-femmes de milieu hospitalier

2.2 La maltraitance : définitions et généralités

Sur l'ensemble des réponses, 12,1% ne sont pas exploitables pour cause de non classement ou de non réponse.

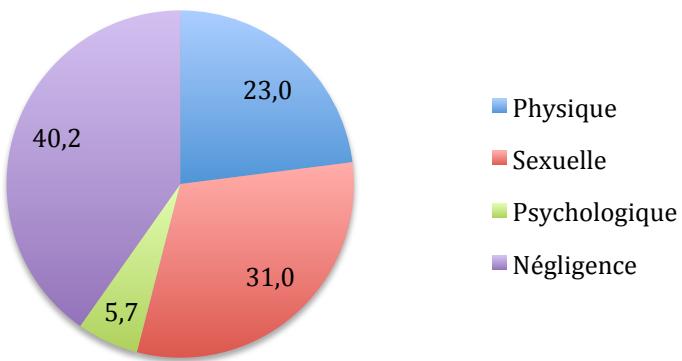


Figure 4 : La maltraitance la plus importante selon les sages-femmes

La maltraitance par négligence est, selon les sages-femmes, la maltraitance la plus importante pour l'enfant de la naissance à un an (40,2%). Pour les sages-femmes de PMI, la négligence ainsi que la violence physique sont à 50% chacune. (2 sages-femmes de PMI).

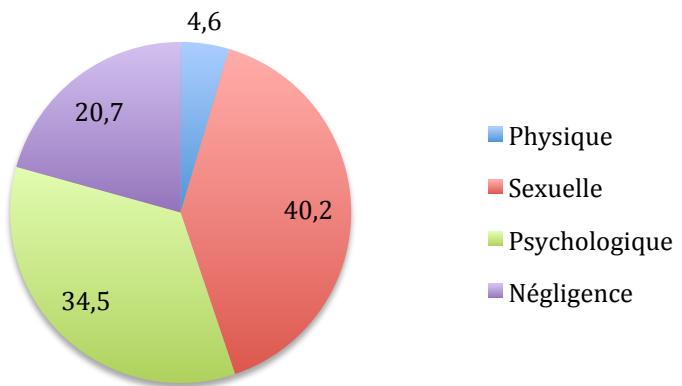


Figure 5 : la maltraitance la moins importante selon les sages-femmes

La maltraitance sexuelle est, selon les sages-femmes, la maltraitance la moins importante pour l'enfant de la naissance à un an (40,2%). Ce pourcentage diffère pour les sages-femmes libérales qui considèrent à 33,3% la maltraitance sexuelle et la négligence

comme les maltraitances les moins importantes. Pour les sages-femmes de PMI, la négligence et la violence psychologique sont chacune à 50 %.

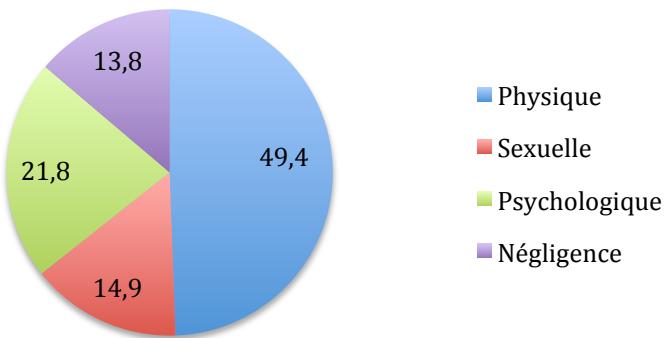


Figure 6 : La maltraitance secondaire selon les sages-femmes

La maltraitance physique se classe, après la maltraitance par négligence en seconde position comme la maltraitance la plus importante pour l'enfant de la naissance à un an (49,4%).

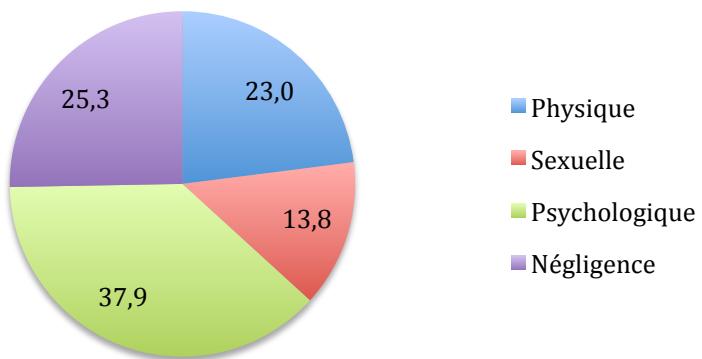


Figure 7 : La maltraitance en troisième position selon les sages-femmes

La maltraitance psychologique arrive en 3^{ème} position comme la maltraitance la plus importante pour l'enfant de la naissance à un an (37,9%). Pour les sages-femmes libérales, la maltraitance physique équivaut à la maltraitance psychologique avec 33,3% chacune.

En outre, les sages-femmes de PMI classent toutes la maltraitance sexuelle en 3^{ème} position (100%) (Cas de 4 sages-femmes)

2.2.1 Point sur la maltraitance in utéro

Selon 96% des sages-femmes, la maltraitance in utéro existe. A noter que 6,1% des sages-femmes n'ont pas répondu à la question.

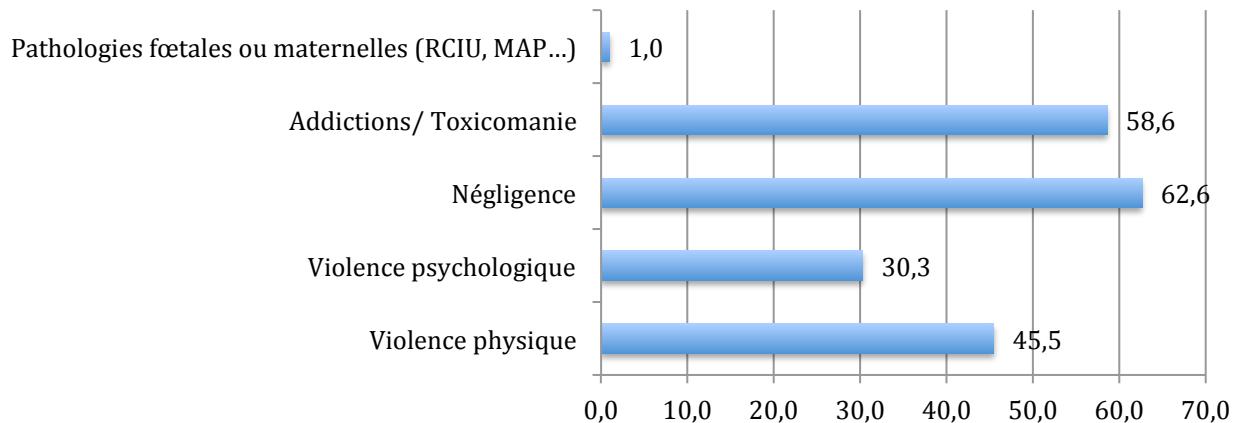


Figure 8 : L'expression de la maltraitance in utéro selon les sages-femmes

Pour les sages-femmes libérales, la maltraitance in utéro s'exprimerait principalement par des addictions (70%) avec cependant moins de violence psychologique (20%) ou physique (35%). A contrario, les sages-femmes de PMI parlent à 75% d'expression par violence psychologique ou physique avec 50% de négligence et 25% d'addictions.

2.3 Le dépistage

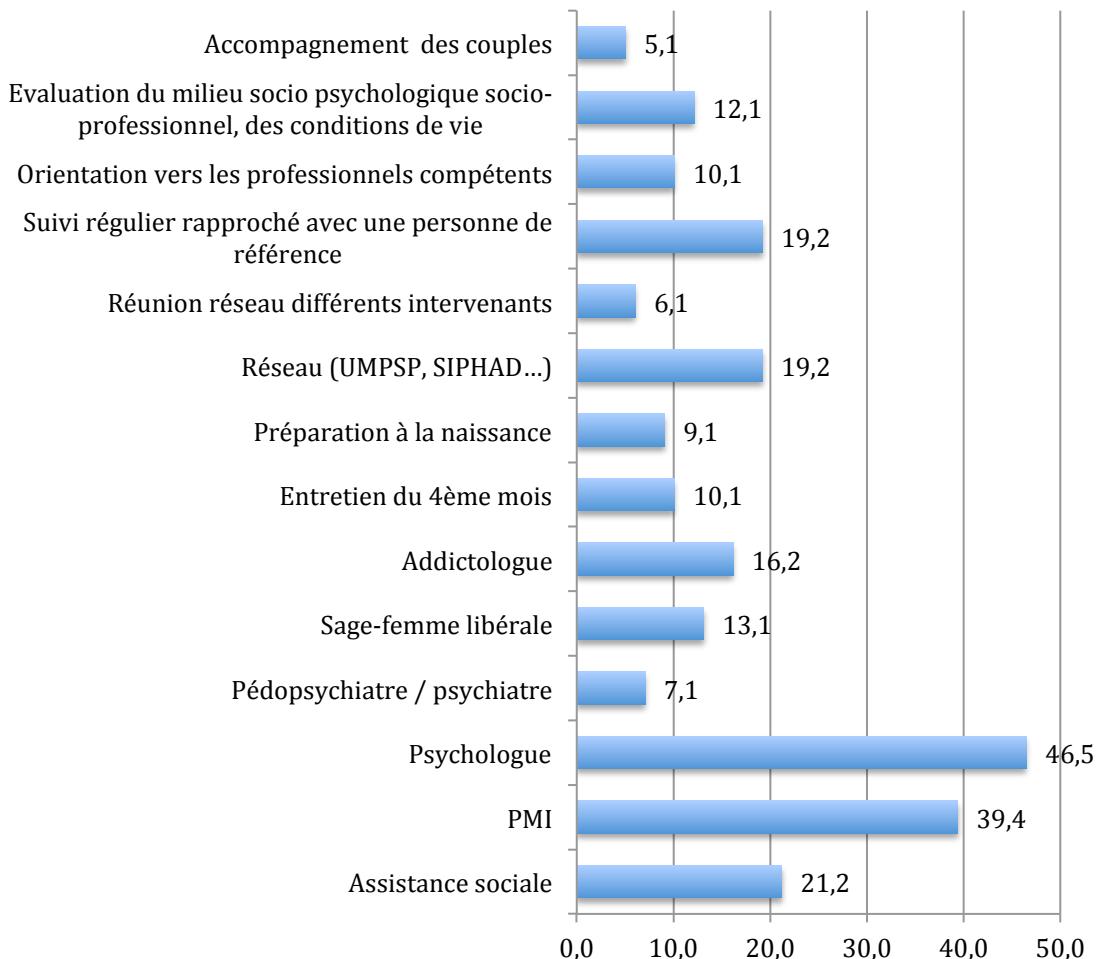


Figure 9 : Le suivi préconisé par les sages-femmes devant une suspicion de maltraitance

Sur l'ensemble des réponses, 10,1% des sages-femmes n'ont pas répondu à la question. Les réponses de moins de 5% comprennent : le médecin traitant, le gynécologue, un suivi médical, une observation de la situation ou un dialogue.

Le suivi par les sages-femmes libérales est plus diversifié : 20% des sages-femmes préconisent une psychologue, un entretien du 4^{ème} mois et envoi vers un professionnel compétent ; 15% évaluent le milieu socio-professionnel, dirigent vers la PMI, font un suivi régulier avec une personne référence et proposent de la préparation à la naissance ; 10% associent la patiente au réseau.

Les sages-femmes de PMI proposent dans 75% des cas la psychologue ; puis évoquent la PMI (50%) et un suivi régulier et rapproché (50%).

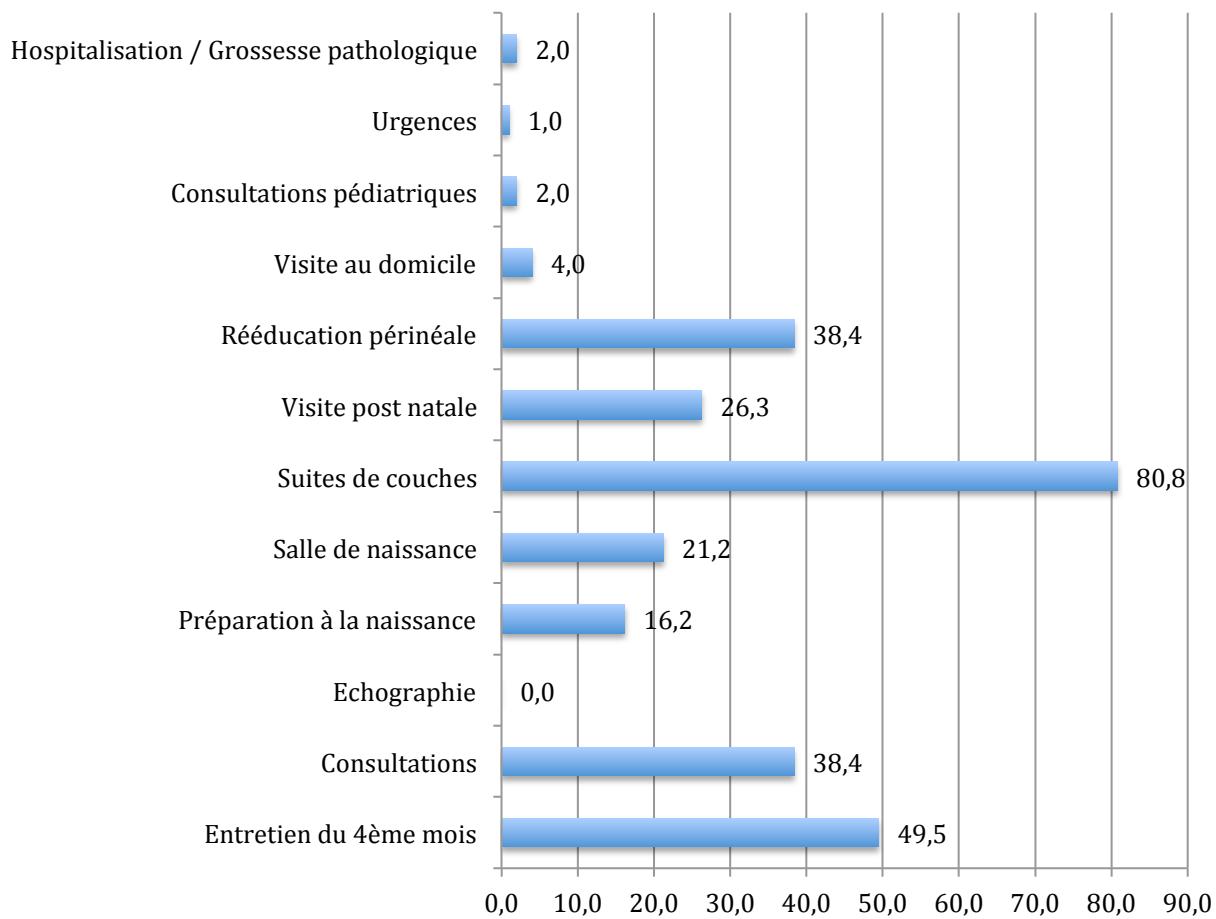


Figure 10 : Le lieu de dépistage prépondérant selon les sages-femmes

Pour les sages-femmes libérales, la rééducation périnéale se situe au même niveau que les suites de couches avec 75% de réponses chacune. La préparation à la naissance et la visite post-natale sont évaluées à 30% alors que les consultations sont à 20% (comme la salle de naissance).

Les sages-femmes de PMI classe l'entretien du 4^{ème} mois et les consultations à la hauteur de 50% dans le dépistage. La visite à domicile, la rééducation périnéale et la préparation à la naissance représentent indépendamment 25% de réponses.

Le taux de non réponse s'élève à 0,2%.

2.4 Les facteurs de risque de maltraitance

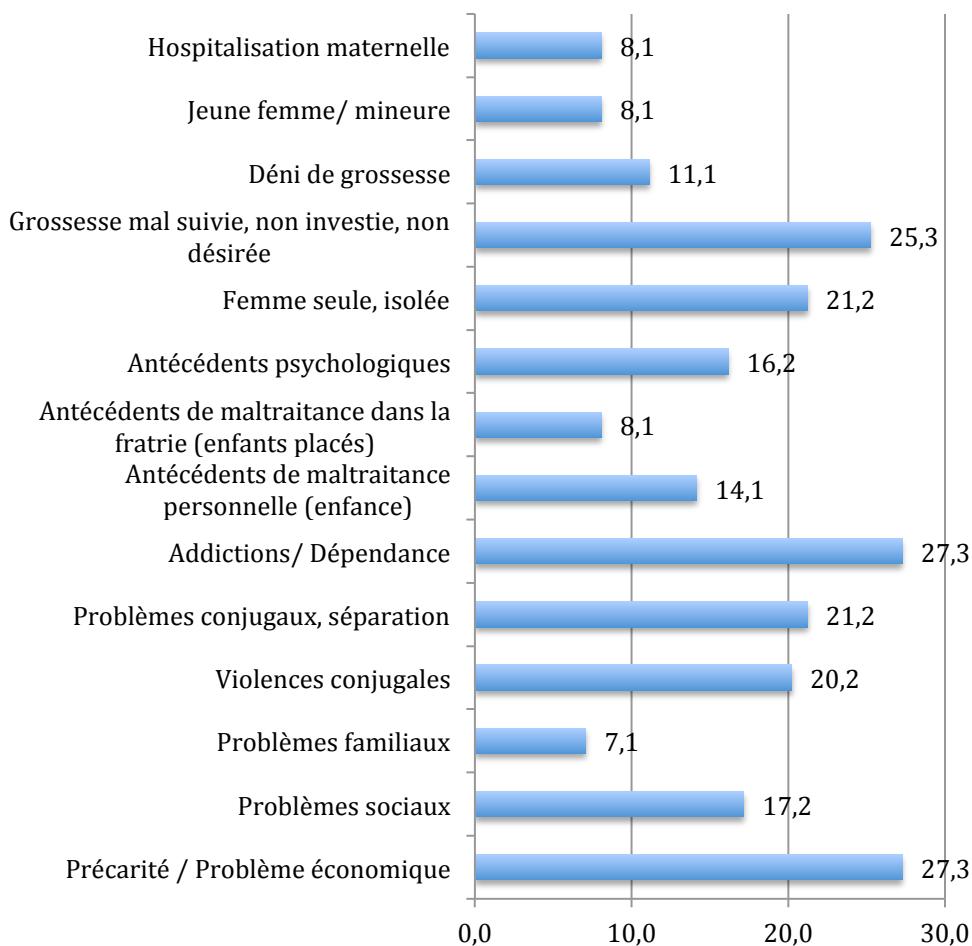


Figure 11 : Les situations les plus à risque de maltraitance pour l'enfant à naître

Le taux de non réponse à la question est de 14,1%.

Les réponses de moins de 5% comprennent : la famille monoparentale, la prématurité, l'accouchement à domicile, l'accouchement, le début et la fin de grossesse, les parents originaires de pays où la mutilation est autorisée (excision, circoncision), une grossesse difficile.

Pour les sages-femmes hospitalières, la précarité se détache à hauteur de 30,6% contre 26,4% pour les addictions ou encore 25% pour les grossesses mal investies, non suivies ou non désirées. A contrario, les sages-femmes libérales placent les addictions en tête de file avec 35% contre 15% de précarité. La femme seule, isolée passe à 30% et l'hospitalisation maternelle à 20%. Les sages-femmes de PMI classent la femme jeune et mineure ainsi que la femme isolée, seule en tête de liste avec 50%.

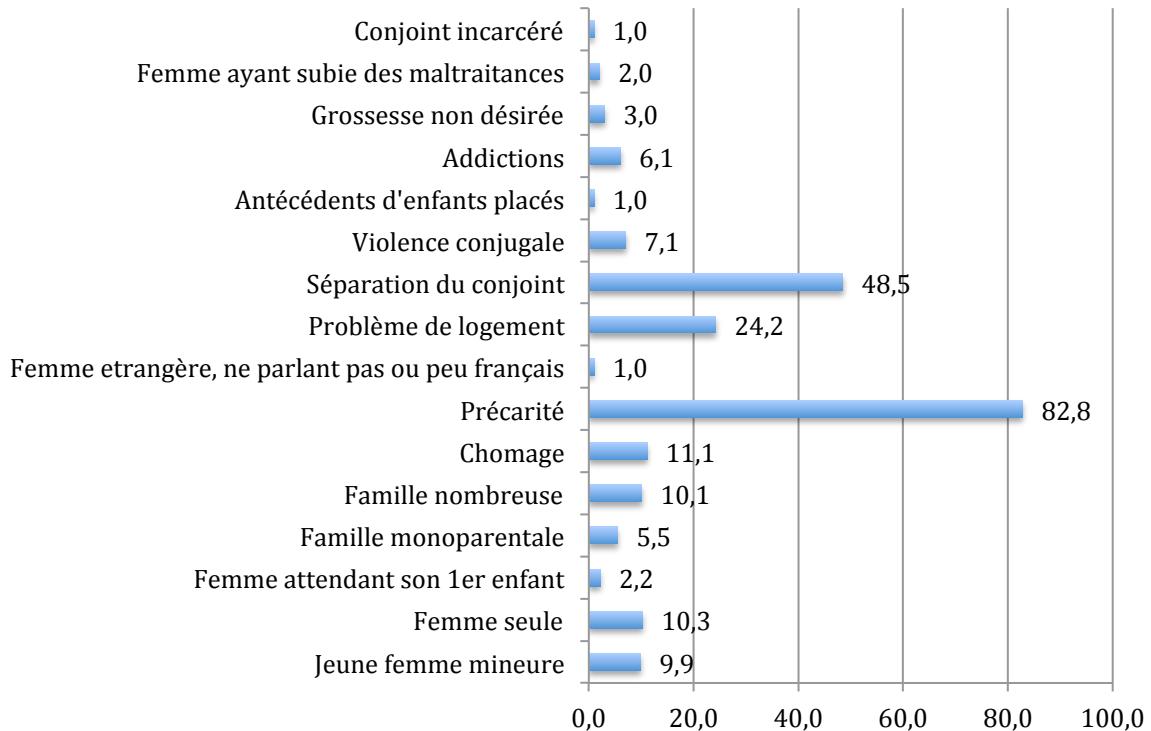


Figure 12 : Les situations sociales les plus à risque de maltraitance

Le taux de non réponse est de 0,2% des sages-femmes. A noter que les sages-femmes de PMI voient à 75% la séparation du conjoint comme situation sociale à risque.

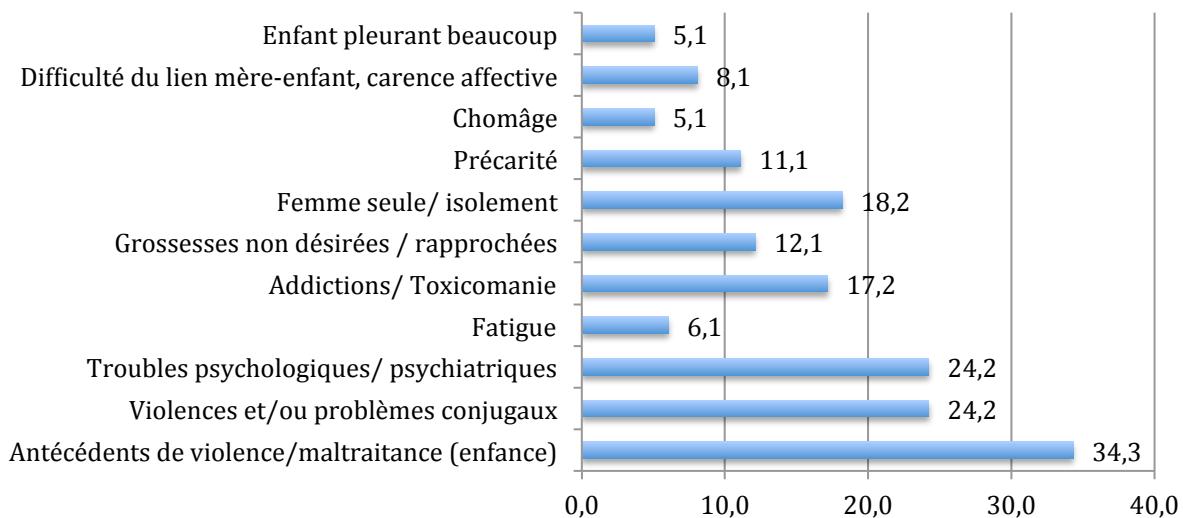


Figure 13 : Les situations personnelles facteurs de risque de maltraitance

Les sages-femmes n'ont pas répondu à la hauteur de 18,2%.

Les réponses de moins de 5% comprennent : l'antécédent d'enfants placés ou de maltraitance familiale, le déni de grossesse, une grossesse difficile (conception), une femme jeune, la perte d'un proche, les parents n'ayant pas conscience des besoins de leurs enfants, les mères dépassées par les évènements, un père immature, l'enfant ayant une malformation, une anomalie génétique ou un handicap, les problèmes sociaux, le faible niveau d'instruction, un handicap mental chez les parents, un retour sur la décision d'accouchement sous X, les femmes ayant une perte de confiance en soi.

La fatigue ressort à 50% pour les sages-femmes de PMI. (Cas de 2 sages-femmes)

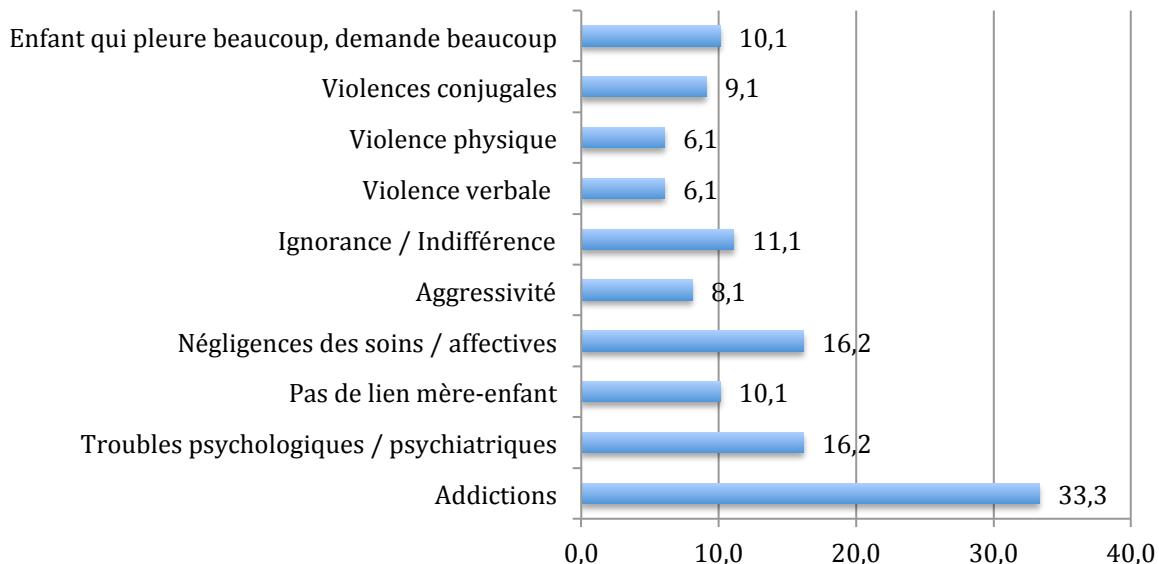


Figure 14 : Les comportements facteurs de risque de maltraitance

A noter que 20,2% des sages-femmes n'ont pas répondu.

Les réponses de moins de 5% comprennent les grossesses non suivies (l'absentéisme), les grossesses non désirées, le sexe de l'enfant non souhaité, l'angoisse, l'agacement vis à vis du nouveau-né, la solitude, le repli sur soi, l'impatience, l'agitation, l'irritabilité, l'immaturité, un enfant qui refuse de se nourrir, ou le contact, l'enfant hyperactif, l'enfant handicapé, la prématurité ou la nécessité de soins importants, la volonté de tout gérer, d'être parfait, la précarité, le retard mental, les troubles alimentaires, le comportement imprévisible des parents.

Les addictions sont majoritaires avec 33,3% pour toutes les sages-femmes interrogées mais à 45% pour les sages-femmes libérales et à 0% pour les 4 sages-femmes de PMI.

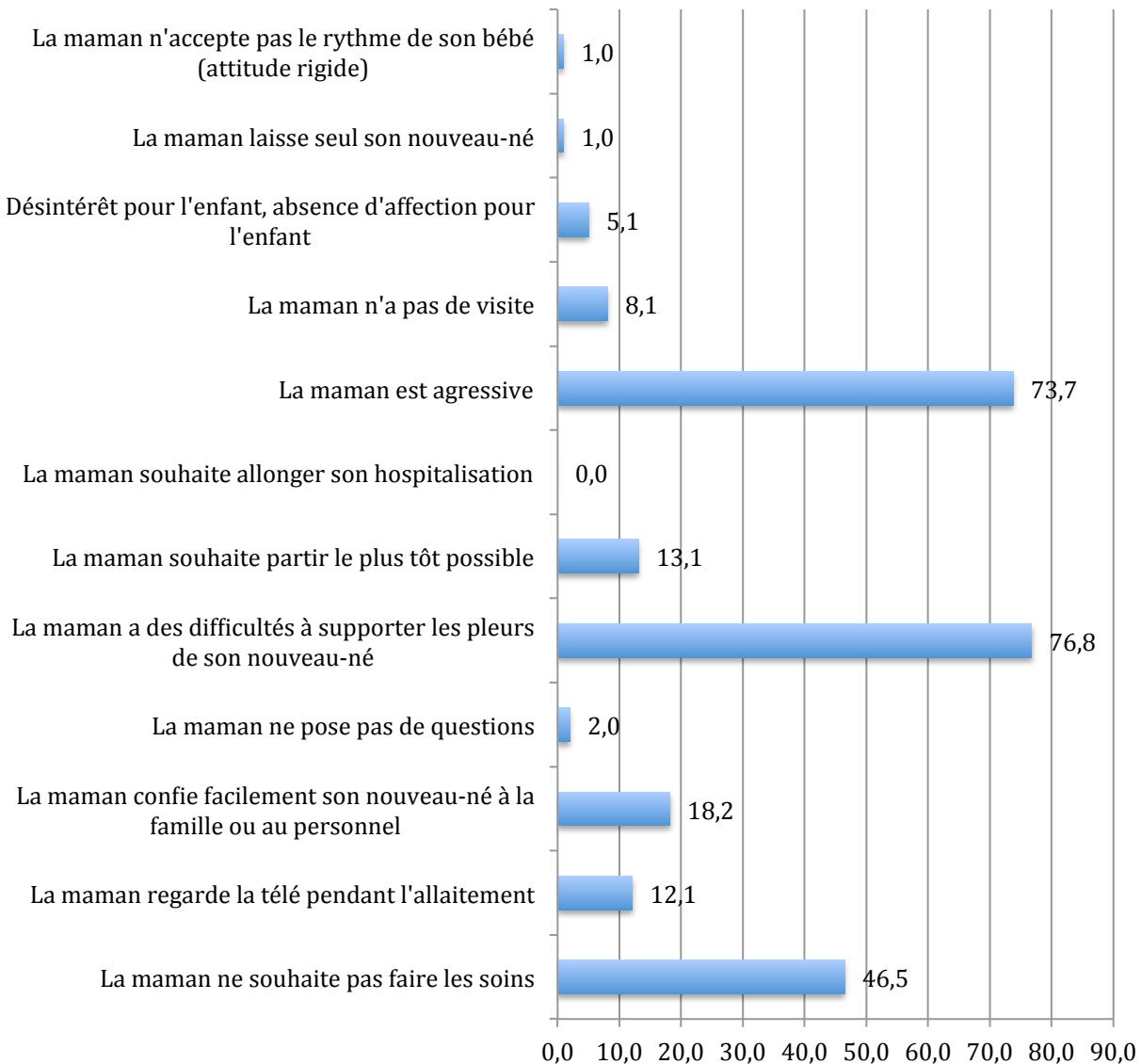


Figure 15 : Les comportements maternels facteurs de risque en suites de couches de maltraitance

Les sages-femmes n'ont pas répondu pour 4% d'entre elles.

Les sages-femmes libérales soulignent à 85% que la maman a des difficultés à supporter les pleurs de son nouveau-né, à 30% qu'elle confie souvent leur nouveau-né au personnel ou à la famille et à 20% qu'elle n'a pas de visite.

2.5 La prévention et les signes évocateurs

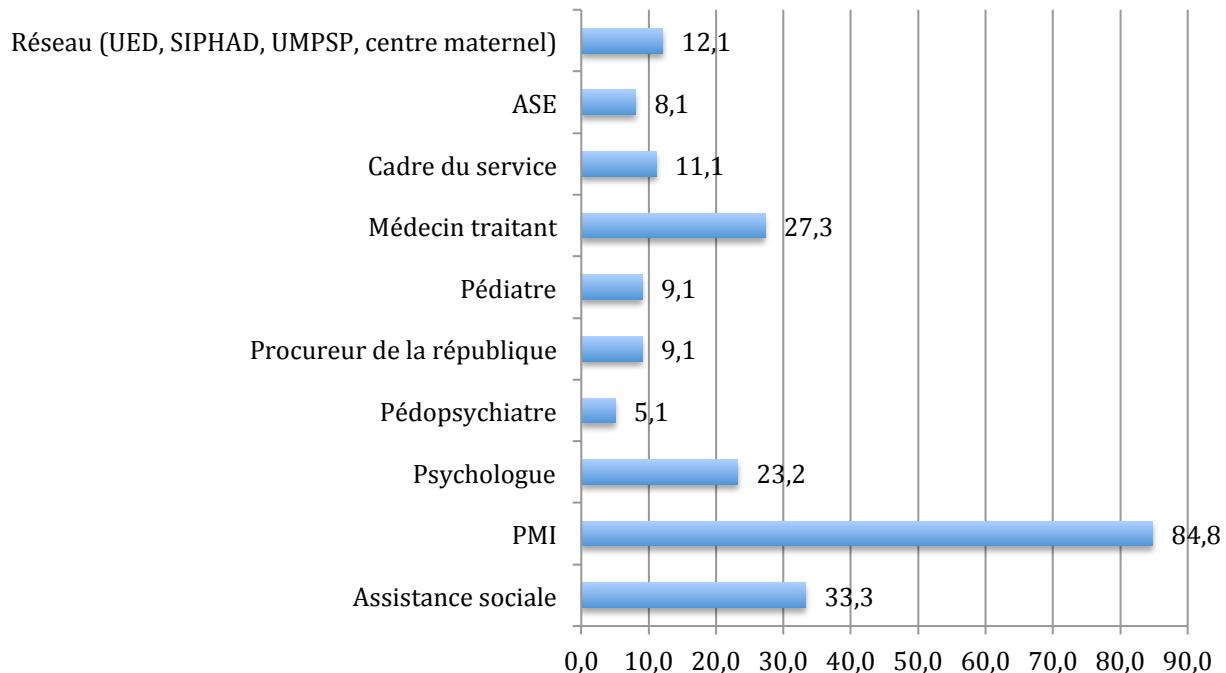


Figure 16 : Les personnes contactées devant une suspicion de maltraitance

Le taux de non réponse est de 4%.

Les réponses de moins de 5% comprennent les urgences, l'équipe médicale, le couple lui-même, une personne fiable de l'entourage, la sage-femme libérale, la police et la gendarmerie, le Conseil Général, le juge des enfants ou des affaires familiales.

Les sages-femmes libérales contactent préférentiellement la PMI dans 95% des cas, suivi du médecin traitant (55%). Les sages-femmes de PMI soutiennent qu'il faut contacter la PMI dans 75% des cas (3 sages-femmes) et le réseau à 50%.

2.5.1 L'information préoccupante

Le taux de non réponse pour cet item est de 6%. L'information préoccupante est connue par 62,6% des sages-femmes mais 6,5% d'entre elles ne l'ont pas définie.

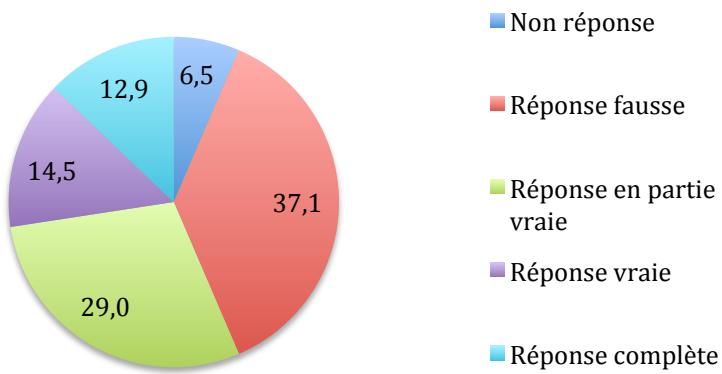


Figure 17 : La connaissance par la sage-femme de l'information préoccupante

Les sages-femmes ont fourni une réponse vraie à 14,3% en libéral, 33% en PMI et 13,7% pour les sages-femmes hospitalières et une réponse complète à 14,3% en libéral, 33% en PMI, 11,8% pour les sages-femmes hospitalières.

Les réponses fausses s'élèvent à 39,3% en milieu hospitalier (soit 20 sages-femmes) et à 42,9% en milieu libéral (soit 3 sages-femmes).

Les réponses en partie vraies sont à la hauteur de 31,4% en hospitalier, 33% en PMI (1 sage-femme), et 14,3% en libéral (1 sage-femme).

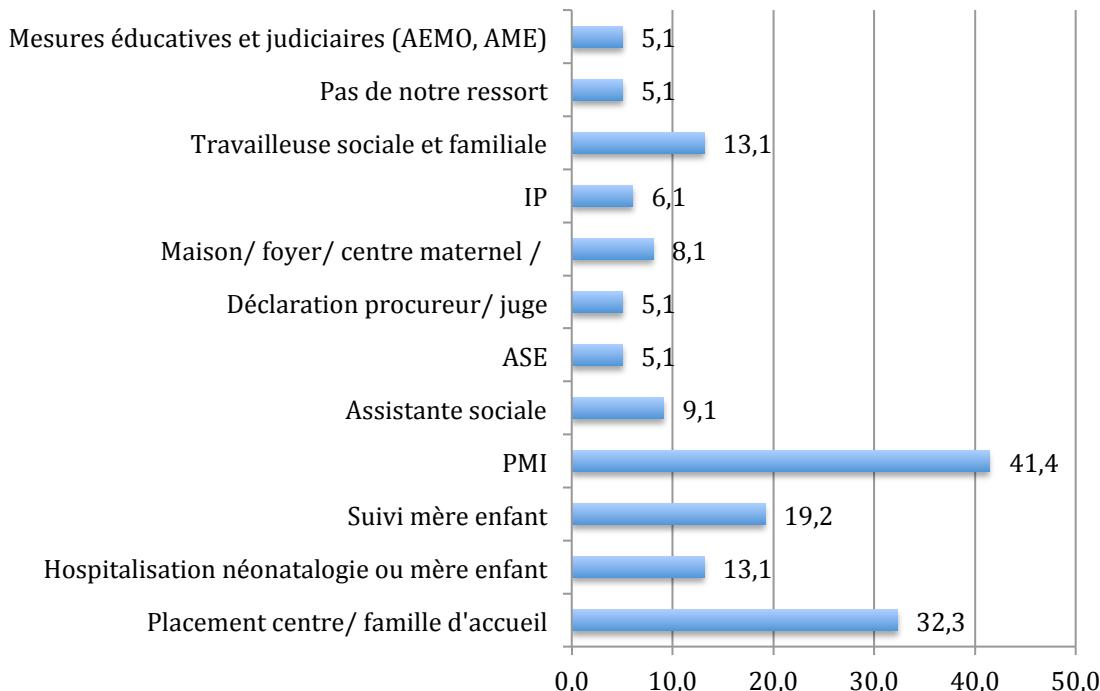


Figure 18 : Les mesures de protection mise en place par les sages-femmes

Le taux de non réponse des sages-femmes est de 14,1%.

Les réponses de moins de 5% comprennent la sage-femme libérale, la psychologue, le pédopsychiatre, le psychiatre, la police, la gendarmerie, les visites surveillées, l'OPP (ordonnance de placement provisoire), une synthèse des différents intervenants.

Les sages-femmes libérales préconisent un suivi mère enfant dans 20% des cas ; le placement, l'hospitalisation et les travailleurs à domicile sont indiqués dans 15% des réponses. Pour les sages-femmes de PMI, les travailleurs socio-familiaux sont indiqués dans 75% des cas suivi d'un placement dans 50% des réponses.

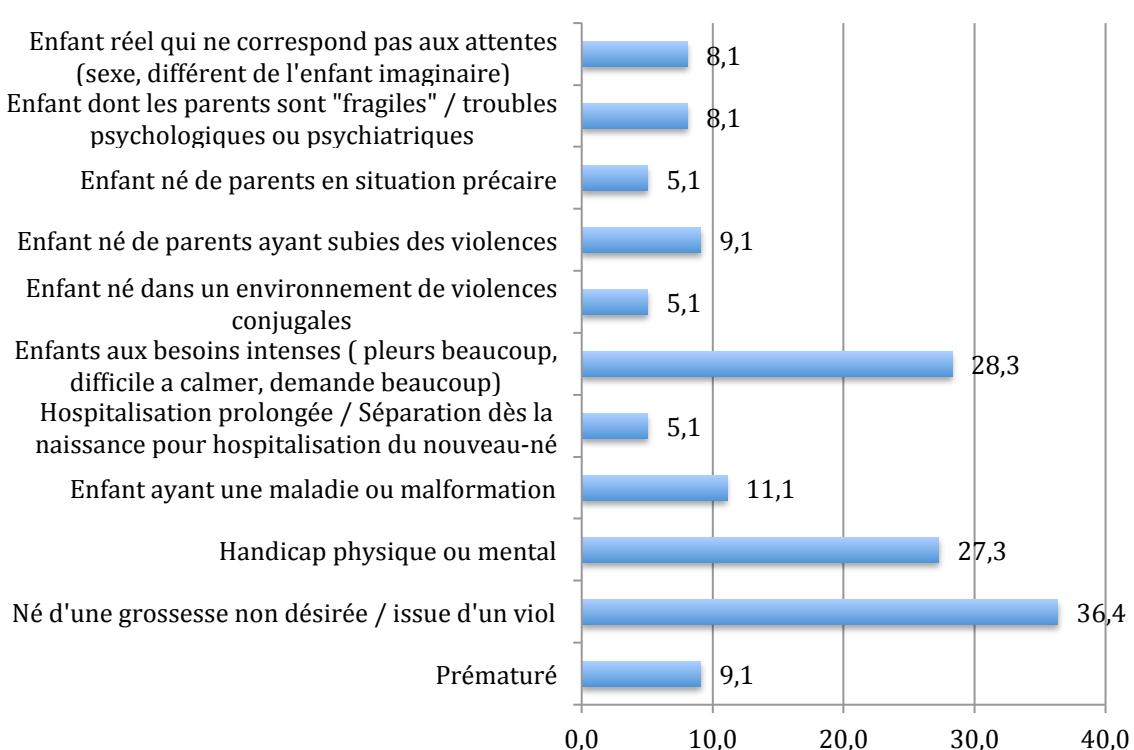


Figure 19 : Les enfants les plus à risque de maltraitance

Les sages-femmes n'ont pas répondu à la hauteur de 19,2%.

Les réponses de moins de 5% comprennent les jumeaux et les grossesses multiples, les troubles du comportement, le RCIU, un enfant ayant un contact difficile, triste, absent, qui refuse de se nourrir, l'enfant unique, avec un petit poids de naissance, des signes de violences, un enfant de famille monoparentale, une femme seule, une famille nombreuse, les enfants de parents ayant de multiples addictions ou des frères et sœurs maltraités, les enfants ayant de jeunes parents.

Les enfants les plus à risque sont, pour les sages-femmes libérales, les enfants aux besoins intenses (40%), les enfants issus d'une grossesse non désirée (35%) puis les enfants ayant un handicap (25%) ; les sages-femmes de PMI indiquent les enfants aux besoins intenses et ayant un handicap en priorité (50%).

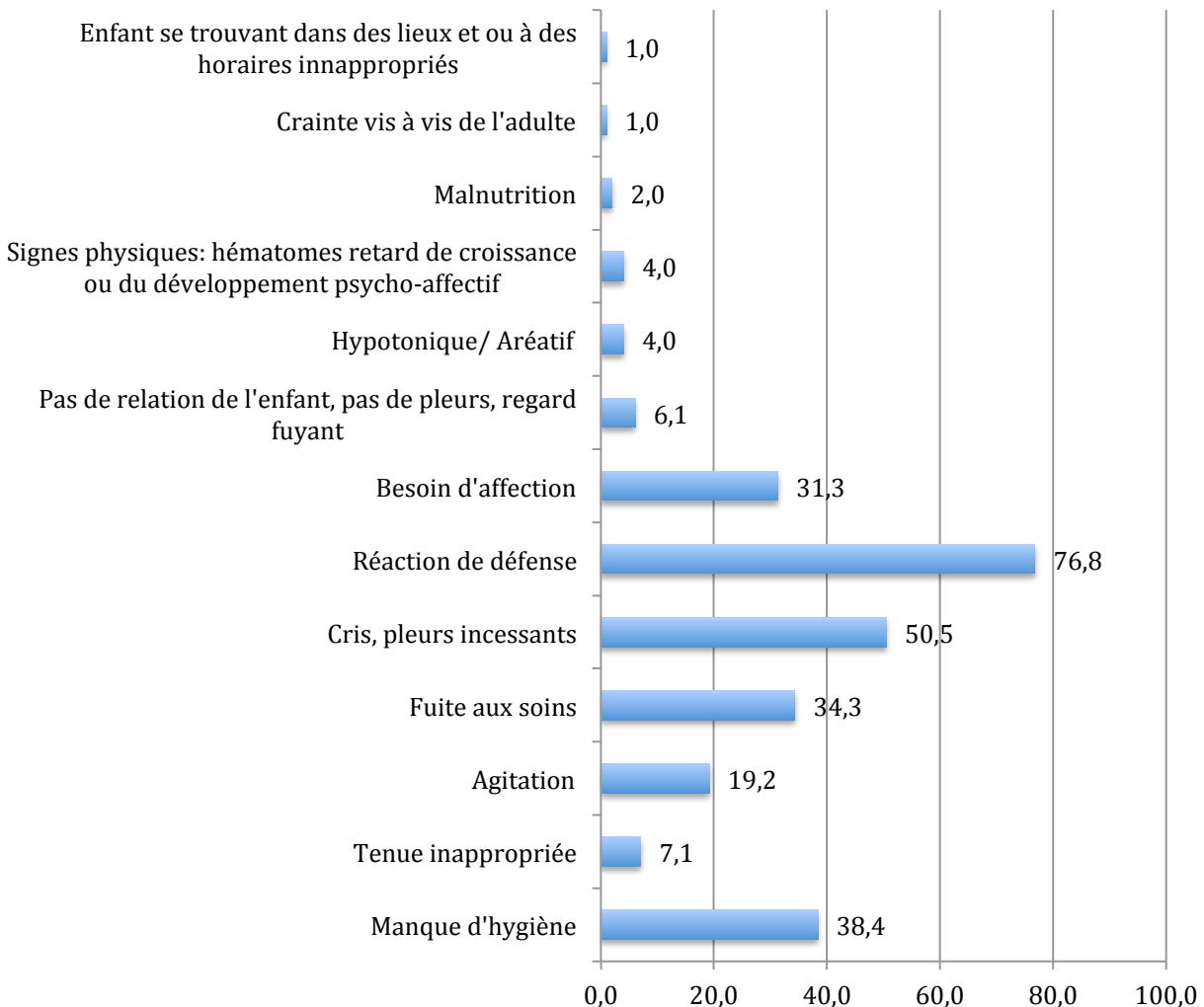


Figure 20 : Les signes d'alerte de maltraitance

Le taux de non réponse est de 5,1%.

Les sages-femmes de PMI évaluent au même niveau les fuites aux soins et les réactions de défense (75%)

2.6 Les compétences professionnelles des sages-femmes et leurs connaissances

2.6.1 Le dépistage

Les sages-femmes se sentent capable de dépister une maltraitance infantile à 55,6%.

A la question, « En avez-vous dépistée, et si oui combien ? », 30,9% des sages-femmes n'ont pas répondu et 23,6% des sages-femmes, se sentant capable de dépister, n'y ont pas été confrontées.

La question obtient un taux de non réponse à 12%

2.6.2 *Les signes d'une situation vécue de dépistage de maltraitance infantile: [ANNEXES III]*

Recueil de réponses des sages-femmes en Annexes

2.6.3 La formation

Les sages-femmes n'ont pas répondu à 4%.

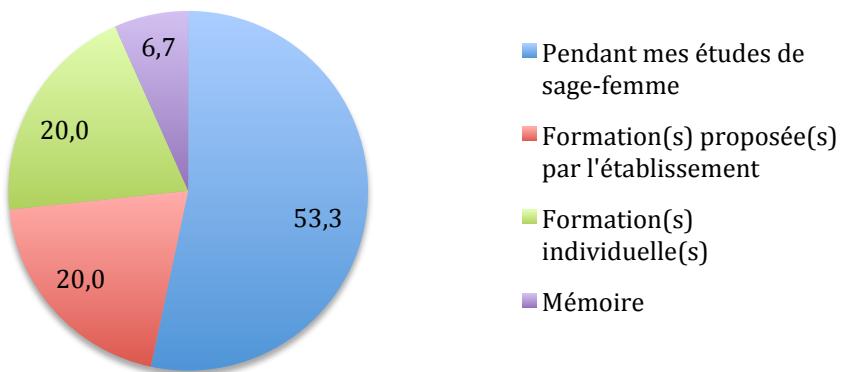


Figure 21 : Le lieu de formation des sages-femmes

Les sages-femmes formées :

Parmi les sages-femmes interrogées, 20,2% ont effectué une formation dont 53,3% pendant leurs études.

Les sages-femmes de PMI ont toutes eu une formation proposée par leur établissement.

Les sages-femmes libérales formées ont eu à 33,3% (1 sage-femme) une formation proposée par leur établissement et à 66,7% une formation individuelle. (2 sages-femmes).

Les sages-femmes hospitalières ont été, à 72,7%, formées pendant leurs études ; 9,1% lors de formations individuelles, 9,1% lors de formations proposées par leur établissement, ou 9,1% lors d'un travail personnel tel qu'un mémoire.

Les sages-femmes non formées :

Les sages-femmes ayant répondu à l'enquête sont 75,8% à ne pas avoir été formées dont 97,1% qui n'ont pas eu l'opportunité, 1,5% l'ayant refusé et 1,5% n'en voit pas l'intérêt. Le taux de non réponse pour la non formation est de 0,05%.

DISCUSSION

Au travers d'une étude prospective, nous avons tenté d'identifier le rôle de la sage-femme (hôpitalière, libérale et de PMI) dans le dépistage de la maltraitance infantile de la naissance à un an.

L'étude prospective apporte de nombreux avantages : la rapidité de l'élaboration de l'enquête, un questionnaire informatisé et des questions fermées permettant un recueil de réponses plus aisés, de nombreuses relances permettant d'avoir plus de 40% de réponses et une enquête exploitable. Les questions ouvertes donnent quant à elle des réponses riches et variées.

Les inconvénients de ce moyen d'étude sont le coût des relances par courrier mais aussi la présence, secondairement, de deux modes de réponses (courrier et courriel) induisant de possible double réponse de sage-femme. Le taux de réponse, peu important (44%) pour 3 relances pour chaque mode, peut être considéré comme un inconvénient associé soit à un désintérêt de ce sujet par les sages-femmes soit à un questionnaire mal adapté. On peut dire aussi qu'un taux de retour de plus de 40% est quand même non négligeable pour permettre une interprétation intéressante.

Nous aurions pu réaliser une enquête entretien auprès d'une sage-femme libérale, d'une sage-femme de PMI, d'une sage-femme hospitalière et du directeur de l'unité d'enfance en danger. L'un des principaux biais de ce mode est la sélection des personnes interrogées. L'échantillon aurait pu ne pas être représentatif. Cependant ce type d'entretien aurait pu être bénéfique en association avec l'enquête prospective menée.

Un entretien semi-directif est une technique très fréquemment utilisée permettant un recueil de réponses libres et détaillées de la part des personnes interrogées. Les questions ouvertes de notre étude ont permis de compenser cet aspect d'un questionnaire « standard ». L'association d'un entretien à notre enquête aurait nécessité la réalisation d'un questionnaire et d'un guide d'entretien. De plus, l'échantillon de personnes interrogées aurait été moindre et différent. Il y aurait alors eu un biais de sélection possible entre les deux populations et les deux types de réponses.

La discussion va se baser sur le plan de notre enquête. Nous allons tout d'abord évoquer le profil des sages-femmes avec leur expérience et leur milieu d'exercice. Secondairement, nous aborderons les généralités de la maltraitance avec les formes cliniques prédominantes et l'existence de la maltraitance in-utéro. Nous discuterons ensuite du dépistage et des différents facteurs de risque de la maltraitance infantile. La prévention insistera sur l'IP, les mesures de protection et les signes d'alertes. Enfin, nous évaluerons les connaissances et la formation des sages-femmes.

1 Le profil des sages-femmes

Les sages-femmes de notre étude se répartissent en deux groupes. Les sages-femmes hospitalières ressortent comme une population jeune, avec une majorité ayant 10 ans ou moins d'expérience (66,7% dont 41,7% de moins de 5 ans d'expérience et 25% entre 5 et 10 ans). Les sages-femmes libérales et territoriales sont à l'inverse majoritairement plus expérimentées, avec plus de 10 ans d'expérience (80% en libérale et 100% en PMI). On observe que ces dernières ont pour la moitié toutes plus de 20 ans d'expérience (55% en libérale et 50% en PMI). La DREES indique que les sages-femmes salariées non hospitalières et celles exerçant en libéral sont, en général, plus âgées que les sages-femmes salariées hospitalières et que les sages-femmes débutent généralement leur carrière comme sage-femme salariée hospitalière ce qui explique le jeune âge des sages-femmes hospitalières. [18]

Dans notre étude, les sages-femmes hospitalières représentent la plus grande partie de la population (72,7%). Cette donnée coïncide avec le recensement des sages-femmes françaises de 2010 pour lequel on comptabilisait 13920 sages-femmes hospitalières (79,5%) dont 187 en Maine et Loire (77,6%). Nos résultats d'effectifs pour les sages-femmes libérales et territoriales s'accordent aussi avec le taux national et départemental (20% en libéral et 4% en PMI). [19]

Le numérus clausus des sages-femmes a été augmenté dans le but de pallier à la vague de départ en retraite de 2010. Cette hausse, associée à un début de carrière principalement hospitalier, peut expliquer que la population en milieu hospitalier soit plus importante que dans les autres secteurs. En 2012, la moitié des sages-femmes françaises ont moins de 40 ans. [18] Nous pouvons conclure que notre échantillon est représentatif des données de la littérature et de la réalité française.

Les sages-femmes hospitalières interrogées travaillent pour la plupart en salle de naissance (79,2%) ce qui peut constituer un inconvénient pour notre étude. Les praticiens de salle de naissance sont présents pour la rencontre mère-enfant mais la patiente, souvent inconnue de la sage-femme, reste seulement deux heures en salle d'accouchement après la naissance. La sage-femme possède alors un rôle de dépistage restreint.

Les sages-femmes de suites de couches (29,2%) et de consultations (5,6%) représentent une population susceptible de dépister les enfants en danger à condition qu'il y ait un suivi régulier.

2 La maltraitance dans sa généralité

Les sages-femmes ont noté la négligence (40,2%) comme la maltraitance la plus importante et la maltraitance sexuelle (40,2%) comme la moins importante. Leur graduation a permis de retrouver la maltraitance physique en seconde position suivi de la maltraitance psychologique. Ces données ne sont pas en accord avec celle de l'ODAS indiquant que près de 6300 enfants étaient victimes de violences physiques (33,2%) contre 5000 enfants négligés (22,6%). La violence psychologique arrive en fin de liste. Cependant, cette comparaison est à nuancer, notre étude portant sur les enfants suivis jusqu'à leur un an. L'étude de l'ODAS de 2006 porte sur 19 000 enfants en danger de 0 à 21 ans et non sur les 13 000 enfants recensés de 0 et 2 ans qui seraient plus en accord. [21]

L'INSERM (en accord avec la lettre de l'ODAS) met en avant que la négligence et les violences physiques restent les causes principales de décès pour le nourrisson, prédominance dont les sages-femmes ont connaissance. [23]

La maltraitance infantile reste sous-estimée. La MSIN constitue 1/3 des homicides en raison du syndrome du bébé secoué (violences physiques) ou encore des actes de négligences. Le taux d'homicide, avant l'âge d'un an, est le plus élevé de la vie. Les sages-femmes interrogées ont conscience de l'impact de la violence physique et de la négligence pour les nouveau-nés de moins de un an. Leur rôle est donc capital.

La maltraitance in-utéro existe pour 96% des sages-femmes interrogées. Elle s'exprime pour la majorité par de la négligence (62,6%), mais aussi par diverses addictions (58,6%), par la violence physique (45,5%) et par la violence psychologique (associée à la violence verbale) (30,3%). Une sage-femme évoque les pathologies (fœtales et/ou maternelles) comme une

maltraitance in-utéro. En France, les grossesses dites « à risque » représenteraient 5 à 10% des grossesses. La question d'une corrélation entre le nombre d'enfants nés d'une grossesse pathologique (ou avec une pathologie fœtale) et le nombre d'enfants en danger se pose.

Le rôle de la sage-femme dans la prévention, notamment en matière d'addictions (alcool, le tabac ou la drogue), est primordial pour le nourrisson. Le syndrome de sevrage, les risques de malformations et de toxicité fœtale peuvent ainsi être évités. Plus de la moitié des sages-femmes interrogées voient ces addictions comme de la maltraitance (dont 70% de sages-femmes libérales).

La notion de maltraitance in-utéro est tout de même à nuancer... En France, le fœtus ne possède pas de statut juridique. Il est impossible de parler de maltraitance à son égard dès lors qu'il n'est pas déclaré né, vivant et viable comme définit par l'OMS. Le fœtus est cependant reconnu en matière d'héritage, ce qui peut prêter à confusion. L'enfant doit être vivant, ou avoir été conçu avant la date du décès, et naître viable afin d'être susceptible d'hériter. [16] Aux Etats-Unis, la loi de 2004 reconnaît la personnalité juridique du fœtus in utero comme « un membre de l'espèce Homo sapiens, à quelque stade de développement que ce soit, porté dans l'utérus ». [15] L'erreur des sages-femmes de notre étude peut se nuancer par la confusion et la complexité de cette notion.

3 Le dépistage

Selon les sages-femmes, les principaux lieux de dépistage sont majoritairement les suites de couches (80,8%), l'entretien précoce (49,5%), la rééducation périnéale (38,4%) et les consultations (38,4%). Aucune étude de la littérature ne permet de comparer ces données mais de nombreux textes évoquent le rôle de l'entretien précoce et des consultations prénatales. Leur objectif est de dépister les difficultés socio-psychologiques et/ou socio-professionnelles pouvant possiblement altérer la grossesse, le lien mère-enfant ou l'accueil de l'enfant. Les sages-femmes de PMI surévaluent l'importance de ces deux types de lieux (50%). Leur activité étant principalement le suivi périnatal. Les sages-femmes libérales de notre étude évaluent, au même pourcentage, l'importance des suites de couches et de la rééducation périnéale (75%). Ces dernières insistent aussi sur le rôle de la préparation à la naissance (30%) et de la visite post-natale (30%) qu'elles pratiquent quotidiennement. L'importance du pourcentage des sages-femmes interrogées sur le dépistage en suites de couches et lors de la rééducation périnéale est ainsi cohérente. L'hospitalisation à la maternité permet d'évaluer les premiers contacts avec

l'enfant, les premiers soins, les premiers gestes. A contrario, la rééducation périnéale permet d'évaluer, après le retour à domicile, le comportement maternel (et néonatal si l'enfant est présent).

Devant des situations à risque, les sages-femmes préconisent principalement un suivi par la psychologue (46,5%), la PMI (39,4%) et l'assistante sociale (21,2%). Cet item montre clairement qu'il n'y a pas qu'un seul type de suivi. L'évocation du réseau (UMPSP, SIPHAD), de la sage-femme libérale, de l'addictologue, du médecin traitant, du gynécologue en sont les exemples. Un suivi assidu par une personne de confiance, de référence, formée est conseillé par les sages-femmes pour dépister un caractère de danger. Le travail pluridisciplinaire ressort comme un enjeu primordial du dépistage.

4 Les facteurs de risque

Les situations les plus à risque de maltraitance pour l'enfant à naître sont la précarité (associée aux problèmes économiques) (27,3%) et les addictions (la dépendance) (27,3%).

La précarité, considérée comme l'un des principaux facteurs de risque de maltraitance infantile par les sages-femmes, est la première cause sociale retrouvée dans notre étude (82,8%). En 2006, l'ODAS montre que la précarité (associée au chômage et aux difficultés financières) représente un facteur de danger pour 15% du nombre total d'enfants signalés comme en danger (16 000 enfants). En 2004, le facteur de la précarité représentait 12 500 enfants (13%). Cette augmentation est en lien avec le chômage et la lutte contre la pauvreté. Nos résultats permettent de dire que la précarité reste dans les esprits comme l'un des facteurs majoritaire de la maltraitance. [21]

Secondairement, les sages-femmes insistent sur l'impact d'une grossesse non suivie, non désirée ou non investie (25,3%). En France, on constate qu'un tiers des femmes n'ont pas désiré leur grossesse et que 0,2% (soit 1500 grossesses par an) ne l'ont pas fait suivre. [24] [25]

Les situations sociales les plus à risque, mises en avant par les sages-femmes, sont la précarité (82,8%), évoquée lors des situations les plus à risque, et la séparation du conjoint (48,5%). La lettre de l'ODPE signale qu'un tiers des IP est en lien avec un conflit de couple, une séparation, un divorce ou litige. [17] L'ODAS parle de 21 700 (22%) enfants signalés en 2006.

[21] Le taux de réponses des sages-femmes, concernant la séparation du conjoint lors des situations les plus à risque (21,2%), serait en corrélation avec les données de l'ODAS.

En 2011, les enfants en risque ou maltraités en Maine et Loire seraient dans plus de 43% issus de famille monoparentale (41% en 2010). Ce taux apparaît très élevé alors que le nombre de famille monoparentale dans le département est de 17%, en accord avec la moyenne nationale.

[17] Les sages-femmes ont qualifié la séparation du conjoint et ainsi donc la famille monoparentale comme une situation sociale à risque dans la moitié des cas auquel s'ajoutent les femmes seules (10,3%) et les familles monoparentales (5,5%). Les sages-femmes ont connaissance de l'impact d'une séparation sur les risques de maltraitances.

Pour les situations personnelles, les sages-femmes ont classé les antécédents de maltraitance (34,3%) comme principal facteur de risque puis les troubles psychiques ou psychiatrique (24,2%), la violence conjugale (24,2%), l'isolement (18,2%) ou encore les diverses addictions (17,2%). Un article américain de 2012, étudie le bien-être des adultes ayant été maltraités. Ce texte met en avant l'importance du rôle du bien-être psychique et de l'estime de soi des parents *dans la prévention de la maltraitance*. [31] Leur douleur émotionnelle, leur traumatisme psychologique, liés à leur antécédent de maltraitance, pourraient être facteurs de risque de maltraitance. Le taux de dépression, plus élevé chez les personnes ayant été maltraitées dans l'enfance pourrait expliquer leur rôle d'adulte maltristant. Un second article américain de 2012 indiquerait un lien entre la violence conjugale et l'abus sexuel. [30] Les sages-femmes ont signifié qu'un terrain psychologique, un vécu ou une histoire personnelle de maltraitance, pouvaient favoriser la maltraitance infantile.

Au niveau comportemental, le risque de maltraitance serait augmenté par la dépendance (alcool, tabac, toxicomanie) (33,3%), la négligence des soins et la négligence affective (16,2%), et les troubles psychologiques ou psychiatriques (16,2%). Un troisième article américain de 2012, étudiant le lien entre la toxicomanie et la maltraitance infantile, montre que la toxicomanie influe clairement sur la négligence et l'abandon mais n'apporte pas la preuve que l'utilisation ni la dépendance de drogues augmenteraient le risque de maltraitance. [29] Les sages-femmes mettent en avant plusieurs comportements à risque de maltraitance infantile en accord avec la littérature.

La lettre de l'ODAS met en avant les carences éducatives parentales. Elles représenteraient plus de la moitié des situations de signalement en 2006 (53%). Ces carences sont définies par l'absence de repère, l'immaturité et la difficulté à être parent. [21] Pour l'ODPE,

un quart des IP seraient dues à ces carences. [17] Les sages-femmes ne l'ont pas exprimé dans les situations les plus à risque contrairement à l'ODAS, mais l'ont évoqué pour certaines dans les comportements à risque de maltraitance à hauteur de 4%.

En suite de couches, les sages-femmes ont noté que la difficulté des mères à supporter les pleurs de leur nouveau-né était le principal facteur de risque de maltraitance infantile avec 76,8%. L'agressivité maternelle (73,7%) et le refus de soins (46,5%) auraient également un effet favorisant la maltraitance. La littérature ne nous permet pas de comparer nos données avec des études. De nombreux textes parlent de l'origine des pleurs et de leur incidence sur les parents. Un pleur ou un cri est défini comme un signal par le nouveau-né. Il exprime un besoin ou le moyen de favoriser les soins, l'interaction avec l'autre. En 2007, G. Gremmo-Feger, pédiatre, décrit que 10 à 30% de nourrissons de moins de quatre mois pleurent de manière excessive et prolongée. [28] Ces pleurs incessants, renvoyant un effet négatif aux parents (notion d'incompétence), peuvent être difficilement perçus. L'une des conséquences est la négligence ou la maltraitance. Ainsi le comportement de l'enfant mis en évidence par les sages-femmes peut être facteur de maltraitance.

L'agressivité maternelle et le refus de soins sont des comportements maternels pouvant altérer le lien mère-enfant et être un risque pour l'enfant. Les hôpitaux mère-enfant permettent donc l'amélioration du lien mère-enfant en association avec un comportement maternel adéquat. La mise en place d'atelier (atelier comptine, atelier massage), accompagné par un professionnel (éducateurs de jeunes enfants, psychomotriciens, psychologues, sages-femmes), favorise l'interaction mère-enfant et aide les jeunes mères à réagir de manière appropriée. Les sages-femmes du Maine-et-Loire ont ainsi pointé les trois aspects essentiels dans les cas de maltraitance : le comportement maternel, le comportement du nourrisson et le lien mère-enfant.

5 La prévention

La prévention se fait tout d'abord par l'intermédiaire des personnes à contacter devant une suspicion d'enfant en danger. Les sages-femmes indiquent majoritairement la PMI (84,8%) suivie de l'assistante sociale (33,3%), du médecin traitant (27,3%) et de la psychologue (23,2%). Les sages-femmes libérales contactent préférentiellement la PMI (95%) et le médecin traitant (55%). Peu de données de la littérature évoquent les personnes contactées par les sages-

femmes devant une suspicion de maltraitance. Cependant, la lettre de l'ODPE indique qu'un tiers des IP provient de la PMI. Leur capacité dans le dépistage et la protection serait visiblement reconnue par les sages-femmes du Maine-et-Loire et notamment par les sages-femmes libérales.

La prévention se fait également par la rédaction d'une IP. Elle serait connue par 62,6% des sages-femmes mais 6,5% d'entre elles ne la définissent pas. On peut alors se demander si les sages-femmes peuvent la définir. Pour les sages-femmes ayant défini l'IP, nous obtenons 37,1% de réponses fausses (et 29% de réponses en partie vraies). Les réponses vraies s'élèvent à 14,5% quant aux réponses complètes, elles ne représentent pas plus de 12,9%. La constatation est évidente, l'IP est méconnue. Beaucoup de sages-femmes la confondent encore avec le signalement, qui s'effectue auprès du procureur de la république. [Annexe 5] D'après le Conseil Général du département, 2152 IP ont été reçues en Maine et Loire en 2009. [17] Ces IP sont en hausse permanente, avec une augmentation de 8% entre 2010 et 2011, due notamment à un meilleur repérage. La méconnaissance de l'IP par les sages-femmes n'influence en rien l'augmentation croissante des IP mais peut favoriser le sous diagnostic ou le retard de prise en charge des enfants en danger.

Les mesures de protection de l'enfant selon les sages-femmes sont la PMI (41,4%), le placement et/ou les familles d'accueil (32,3%), le suivi de la mère et de l'enfant (19,2%), les TISF (13,1%) ou une hospitalisation de l'enfant en néonatalogie ou en unité mère enfant (13,1%). Selon la lettre de l'ODPE, en 2011, 21% des IP, ont donné lieu, après évaluation, à des mesures administratives (5,6%) et judiciaires (15,4%). Parmi ces mesures, 11% concernent des placements et 10 % des mesures à domicile. Les mesures d'AED concernent 3 % des enfants entre 0 et 3 ans. Les mesures de placement concernent 8 % de ces enfants. [17] Les sages-femmes surévaluent les mesures de protection de prise en charge administrative, notamment via la PMI et les TISF. Ce constat pourrait indiquer la confusion sur le rôle des différentes structures dans l'esprit des sages-femmes.

La prévention se fait par le repérage des enfants à risque comme les enfants nés d'une grossesse non désirée ou issus d'un viol (36,4%), les enfants aux besoins intenses (28,3%) et les enfants handicapés physiquement ou mentalement (27,3%) Une réserve est portée sur ce dernier critère qui constituait l'exemple de la question d'où un biais au niveau du pourcentage de réponses. Le taux de non réponse à cet item (19,2%) peut indiquer une question mal

comprise (ou mal interprétée) ou mal posée. Parmi les 19,2%, certaines sages-femmes précisent que l'enfant n'est pas la cause de la maltraitance.

Lors de l'enquête de l'Inserm sur « les morts suspectes de nourrissons », la prématurité est mise en avant. [23] Dans la population générale, on comptabilise 7,5% de prématurés. Cependant, 23% d'entre eux seraient victime du SBS. A ce constat s'ajoutent les enfants de petit poids. Le pourcentage des réponses serait sous-estimé car le critère « enfants aux besoins intenses » ne comptabilise pas la prématurité (9,1%) mais les enfants difficiles à calmer, pleurant beaucoup.

Les sages-femmes, pensant que le nouveau-né n'est pas en cause, sous-estimeraient leur rôle de prévention pour ces enfants vulnérables.

Des signes d'alerte peuvent aussi nous indiquer un enfant en danger : une réaction de défense (76,8%), des cris et des pleurs incessants (50,5%), un manque d'hygiène (38,4%) ou une fuite aux soins (34,3%). Ces facteurs, mis en avant par les sages-femmes, sont en accord avec la littérature mais aucune étude n'évalue leur incidence.

Une réaction de défense se définit par un moyen de résister à une attaque ou d'y résister. Cependant, pour qu'il y ait attaque ou résistance, il faut un point de départ, une situation de violences, de négligences.

6 Les compétences professionnelles et connaissances des sages-femmes

La capacité à dépister et la formation sur le sujet ont alors été abordées.

Les sages-femmes se sentent capables de dépister à la hauteur de 55,6% mais 23,6% d'entre elles n'y ont jamais été confrontées. La question de la capacité des sages-femmes à dépister la maltraitance se pose tant que celles-ci n'y ont jamais été confrontées ou formées.

Seulement 20,2% des sages-femmes interrogées ont été formées, soit pendant leurs études (53,3%), soit lors d'une formation individuelle (20%), soit lors d'une formation proposée par leur établissement (20%) ou encore lors d'un travail personnel tel qu'un mémoire (6,7%). Les sages-femmes de PMI ont toutes reçu une formation par leur établissement. Quant aux sages-femmes libérales, 33,3% (soit 1 sage-femme) ont eu une formation proposée par leur établissement et 66,7% (soit 2 sages-femmes) une formation individuelle. Les sages-femmes hospitalières ont été à 72,7% formées pendant leurs études. Les autres ont eu des formations

individuelles (9,1%), des formations de leur établissement (9,1%), ou un travail personnel sur le sujet (9,1%).

Depuis 2011, « la maltraitance et l'enfance en danger » sont au programme des études de sages-femmes. L'école d'Angers en a été précurseur et propose depuis 4 années une formation à ses étudiants au cours de leur dernière année d'étude. Un cours de droit explique la loi face à la maltraitance ainsi que la définition et la distinction du signalement et de l'information préoccupante. Ce cours, adapté aux sages-femmes, s'appuie notamment sur le code de déontologie des sages-femmes. De plus, les cours de psychologie mettent l'accent sur la perturbation du lien mère-enfant et notamment en cas de maltraitance, d'infanticide et de néonatocide. Il aurait été pertinent de demander dans l'enquête le lieu de formation des sages-femmes interrogées.

Sage-femme est une profession médicale confrontée à des situations d'enfant en danger et donc à même de dépister une maltraitance et faire des IP. On comptabilise 75,8% de sages-femmes non formées. De plus, le taux de sages-femmes n'ayant pas eu l'opportunité d'être formé s'élève à 97,1%. La question de la maltraitance comme priorité pour les sages-femmes se pose donc. Pour 80 ,8% des sages-femmes, le sujet d'étude les a intéressées, la moitié se voit demandeuse d'une formation et une partie est intéressée par le repérage de la maltraitance, les signes annonciateurs...

Pour finir, nous constatons que $\frac{3}{4}$ des sages-femmes ne sont pas formées et que plus de la moitié des sages-femmes interrogées ne se sentent pas capables de dépister. Devant l'augmentation croissante de ce problème de santé publique, les sages-femmes ne paraissent pas suffisamment aptes à dépister. L'instauration d'une formation au cours des études et la demande de formation des professionnels restent encourageantes pour l'avenir.

CONCLUSION

Au travers de notre étude, nous avons pu mettre en avant que la connaissance des sages-femmes sur la maltraitance infantile était limitée. Elles sous-estiment, comme la majeure partie de la population, la part d'enfants maltraités.

Le dépistage est encore flou dans les esprits. Malgré de bonnes connaissances des facteurs de risque et du travail pluridisciplinaire, la législation, les démarches et les différentes structures mises en œuvre restent des points à éclaircir. La nouvelle réforme de l'enseignement va permettre aux nouvelles générations de sages-femmes d'être formées mais qu'en est-il des sages-femmes déjà diplômées ?

De nos jours, la maltraitance infantile continue à prendre de l'ampleur et les professionnels doivent pouvoir contrer ce phénomène.

Le statut de l'enfant n'est pas encore totalement bien défini et en cette période de crise, les enfants sont encore plus vulnérables.

Il est essentiel, en tant que professionnels de santé, de se remettre en cause et d'évaluer nos pratiques. L'accueil des nouveau-nés et l'accompagnement dans leurs premiers mois de vie sont primordiaux afin qu'ils s'épanouissent en toute sécurité.

Je terminerai avec les propos de Danièle Rapoport, psychologue :

*« Ce n'est pas un hasard si dans la langue française **bien naître** et **bien-être** s'entendent de la même façon ».*

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES:

1. LOPEZ G. Enfants violés et violentés : le scandale ignoré. Edition Dunod. 2013.
2. MERGER-PELIER M, DIBIE-KRAJCMAN D. Manuel juridique de la sage-femme. 2ème édition. 2012. p179 à 181.
3. MUELA A. Child Abuse and Neglect – A Multidimensional Approach. 2012. P 11-21, P 48-91 [consulté le 08/03/13] Disponible à partir de l'url: (<http://fr.scribd.com/doc/108860967/Child-Abuse-Neglect-Multidimensional-Approach-i-to-12-p>)
4. CONSEIL GÉNÉRAL DE MAINE-ET-LOIRE. Charte pour la protection de l'enfance en danger. 2011 p 8 à 15
5. TURSZ A. Les oubliés. Editions du seuil. Paris. 2010. P41-55 ; p69 ; p113-183 ; p205-295 ; p361-369
6. MARINOPOULOS S. Infanticides et néonaticides. Bruxelles. 2010.
7. TURSZ A, GERBOUIN-RÉROLLE P. Enfants maltraités : Les chiffres et leur base juridique en France. Paris. Editions Médicales internationales. 2008. P 69-135
8. HERMANGE M-T. Périnatalité et Parentalité. 2006. P 8-44
9. CONFERENCE DE CONSENSUS DU 6 ET 7 NOVEMBRE 2003 sous la direction de HORASSIUS N, MAZET P. Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir. 2004, p19 à 71
10. ANGELINO I. L'enfant, la famille, la maltraitance Edition Dunod. 2004.
11. MOURAS M-J, et Al. La périnatalité : repères théoriques et cliniques. Paris. Bréal. 2003. P 21, 23, 41, 47
12. TYRODE Y, BOURGET S. Sévices sur mineurs. Editions éllipses.2001.
13. MANCIAUX M, GABEL M, GIRODET D, MIGNOT C, ROUYER M. Enfances en danger. Editions Fleurus, Paris, 1997, p145 à 165, p 271 à 308.

LEGISLATIONS:

14. JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi du 5 mars 2007. [consulté le 08/03/13] Disponible à partir de l'url: <http://www.reforme-enfance.fr/images/documents/loi05032007.pdf>
15. PUBLIC LAW. 108-212. 01/04/2004 [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-108publ212/pdf/PLAW-108publ212.pdf>
16. LEGIFRANCE. Code civil. Article 725. 01/07/2002 [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006430764&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=vig>

SITES OFFICIELS:

17. CONSEIL GÉNÉRAL DU MAINE-ET-LOIRE. Lettre n°6 de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance 2011. 15/10/2012 [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : http://www.cg49.fr/fileadmin/user_upload/internet/actions/solidarites/enfance_famille/Lettredelobservatoire2011.pdf
18. DREES. Etudes et résultats n°791 : la profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. 07/03/2012. [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-de-sage-femme-constat-demographique-et-projections-d-effectifs,10809.html>
19. ORDRE NATIONAL DES SAGES-FEMMES. Le nombre de sages-femmes par département. 2010. [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/1072_Nombredesages-femmespardepartement-donnees2010.pdf
20. ORDRE NATIONAL DES SAGES-FEMMES. La sage-femme de PMI. [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/la_profession_et_modes_d'exercice/la_sagefemme_de_pmi/index.htm
21. ODAS. Lettre de l'ODAS. « Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs » 2007 [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.adas.net/Lettre-de-l-ODAS-Protection-de-l,116>
22. ODAS. Lettre de l'ODAS. « Protection de l'enfance : De nouvelles perspectives pour les départements » 2006 [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : <http://adas.net/Lettre-de-l-ODAS-Protection-de-l?recherche=lettre%20d%C3%A9cembre%202006&revenir=ok>

- 23. INSERM.** Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Etude auprès des parquets. 2005 [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : www.inserm.fr/content/download/1431/13075/file/morts_suspectes_nourrissons_102005.pdf
- 24. INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES.** Bulletin mensuel d'information. Population et sociétés. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? 11/2007, n°439. P1 à 4 [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : http://www.ined.fr/fr/publications/pop_soc/bdd/publication/1336/
- 25. CNGOF** (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) La demande de soins. La grossesse. 2000. [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_07.htm
- 26. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ.** Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent. 2008 [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.social-sante.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,1975/famille-et-enfance,1988/protection-des-enfants-et-des,2054/guides-pratiques-relatifs-a-la,13515.html>
- 27. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ.** Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant. 2008 [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.social-sante.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,1975/famille-et-enfance,1988/protection-des-enfants-et-des,2054/guides-pratiques-relatifs-a-la,13515.html>

LIENS:

- 28. GREMMO FEGER G.** 15^{ème} Congrès National de Pédiatrie Ambulatoire. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. 24/07/2007 [consulté le 08/03/13]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.co-naitre.net/articles/pleursautreregardGGF09.pdf>

REVUES:

- 29.** ONJGU-OTITE E.C, BELCHER H.M.E. Maternal drug abuse history, maltreatment, and functioning in a clinical sample of urban children. *Child Abuse and Neglect*. 2012. N°36. P 491 à 497
- 30.** RAMIREZ C, PINZON-RONDON A.M, BOTERO. Contextual predictive factors of child sexual abuse: The role of parent-child interaction. *Child Abuse and Neglect*. 2011. N°35. P 1022-1031.
- 31.** HERRENKOHL TI, KLIKA JB, HERRENKOHL RC, RUSSO MJ, DEE T. A prospective investigation of the relationship between child maltreatment and indicators of adult psychological well-being. *Violence Vict*. 2012. Vol 27 N°5. P 764-76

MÉMOIRE SAGE-FEMME

- 32.** CHAUMIER S. Impact de la loi du 5 mars 2007 sur les pratiques professionnels des sages-femmes. *Mémoire de sage-femme*. Rouen. 2010
- 33.** DAVIAUD S. Le syndrome du bébé secoué. *Mémoire de sage-femme*. Nantes. 2003
- 34.** VANDERBULCKE M. La sage-femme et la prévention de la maltraitance. *Mémoire de sage-femme*. 2001
- 35.** VINCENT S. Enfants en danger. *Mémoire de sage-femme*. 2001

ANNEXES

Annexe I : TEXTES DE LOI

Annexe II : ENQUÊTE

Annexe III : LES SITUATIONS DE MALTRAITANCE INFANTILE VÉCUES OU CONSTATÉES PAR LES SAGES-FEMMES

Annexe IV : SCHÉMAS DE L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

Annexe V : SCHÉMA DE L'ODAS

ANNEXE I :
TEXTES DE LOI :

CODE PÉNAL

Article 434-3 : « Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitement ou privations infligées à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'un infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende ».

CODE DE DÉONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES

Article 45 : « Lorsqu'un médecin discerne qu'un mineur auprès duquel il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection, mais en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans ».

CODE CIVIL :

Article 725 : « Pour succéder, il faut exister à l'instant de l'ouverture de la succession ou, ayant déjà été conçu, naître viable. »

ANNEXE II :
LE QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE

LIEN INFORMATISÉ :

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dHFLbIBZdVJiUGtqRWF2eWJOZ09EUnc6MQ#gid=0>

ENQUÊTE PAPIER :

Enquête

Actuellement étudiante sage-femme en 5 ème année, je fais mon mémoire sur:

Le rôle de la sage-femme dans le dépistage de la maltraitance chez l'enfant de la naissance à un an dans le Maine-et-Loire.

C'est pourquoi je m'adresse à vous. (Merci de ne pas répondre à l'enquête si vous n'exercez plus dans le Maine-et-Loire)

Je vous remercie par avance pour votre participation à l'enquête et vous propose de retrouver le mémoire sur le site suivant: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/> une fois la soutenance passée.

Je vous propose de répondre à l'enquête soit par courrier (avec l'enveloppe ci-joint) soit par le lien suivant : <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHFLbIBZdVJiUGtqRWF2eWJOZ09EUnc6MQ#gid=0> (Merci de ne répondre qu'une seule fois)

Mélanie BRAUD

***Obligatoire**

1) Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme?*

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans
- Entre 16 et 20 ans
- Plus de 20 ans

2) Vous exercez en: *

- Milieu hospitalier
- Libéral
- PMI (protection maternelle et infantile)
- Autres :

3) Si vous exercez en milieu hospitalier, dans quel service êtes vous principalement?

- Consultations
- Grossesses pathologiques
- Salle de naissance
- Suites de couches
- Procréation médicale assistée (PMA)
- Echographique
- Tous
- Autres :

4) La maltraitance infantile s'exprime par: * (Graduer les différentes propositions par importance de manière décroissante : de la plus importante à la moins importante)

- La violence physique
- La violence sexuelle
- La violence psychologique
- Privations ou négligence

5) Pensez-vous qu'il existe une maltraitance in-utéro? *

Oui

Non

6) Si oui, comment cette maltraitance in-utéro s'exprimerait-elle? (3 exemples maximum)

.....
.....
.....
.....
.....

7) Que mettez vous en place pour le suivi de la grossesse? *

.....
.....
.....
.....
.....

8) Dans quelles situations peut-on être confronté le plus à une maltraitance du nourrisson (de la naissance à un an)? * (Cocher trois réponses qui sont pour vous des moments propices au dépistage)

- Entretien du 4ème mois
- Consultations
- Echographie
- Préparation à la naissance
- Salle d'Accouchement
- Suites de couches
- A la visite post-natale
- Rééducation périnéale
- Autres :

9) Pendant la grossesse, y a t-il des situations plus à risque pour l'enfant à naître? *
(Noter 3 situations maximum)

.....
.....
.....
.....
.....

10) Quelle(s) situation(s) sociale(s) peu (ven) t, selon vous, induire le plus de maltraitance du nourrisson de la naissance à un an? * (Cocher 3 situations maximum)

- Jeune femme mineure
- Femme seule
- Femme attendant son premier enfant
- Famille monoparentale
- Famille nombreuse
- Chômage
- Précarité
- Femme étrangère, ne parlant pas ou peu français
- Problème de logement
- Séparation du conjoint
- Autres :

11) Quelle(s) situation(s) personnelle(s) peuvent être facteurs de risque de maltraitance du nourrisson de la naissance à un an? * (Noter 3 situations maximum)

12) Quel(s) comportement(s) peu (ven) t être facteurs de risque de maltraitance chez l'enfant de la naissance à un an? * (Noter 3 comportements maximum)

.....
.....
.....
.....
.....

13) Quel(s) comportement(s) peu (ven) t, en suites de couches, vous laissez penser à une possible maltraitance du nouveau-né? * (Cocher 3 comportements maximum)

- La maman ne souhaite pas faire les soins
 - La maman regarde la télé pendant l'allaitement
 - La maman confie facilement son nouveau né au personnel ou a la famille
 - La maman ne pose pas de questions
 - La maman a des difficultés à supporter les pleurs de son nouveau-né
 - La maman souhaite partir le plus tôt possible
 - La maman souhaite allonger son hospitalisation
 - La maman est agressive
 - La maman n'a pas de visite
 - Autres :

14) Qui contacteriez-vous devant une suspicion de maltraitance du nourrisson de la naissance à un an? *
(3 acteurs maximum)

.....
.....
.....

15) Savez-vous ce qu'est une information préoccupante? *

Oui

Non

16) Si oui, expliquer ?

.....
.....
.....

17) Quelle(s) mesure(s) de protection de l'enfant (de la naissance à un an) mettriez-vous en place pour qu'il soit hors de danger ? *

.....
.....
.....

18) Quels sont les enfants (de la naissance à un an) les plus à risque? * (3 propositions) (exemple: enfant ayant un handicap)

19) Quels sont les signes d'alerte de maltraitance du nourrisson de la naissance à un an? *
(Les 3 signes les plus évocateurs pour vous)

- Manque d'hygiène
 - Tenue inappropriée
 - Agitation
 - Fuite aux soins
 - Cris, pleurs incessant
 - Réaction de défense
 - Besoin d'affection
 - Autres :

20) Vous sentez vous capable de dépister une situation à risque? *

Oui

Non

- Si oui, en avez-vous déjà dépité et combien?
- A propos d'une situation vécue, quels ont été les signes ?.....

.....
.....
.....
.....

21) Avez-vous effectué une formation sur la maltraitance infantile: *

□ Oui

Non

- Si oui, Pendant mes études de sage-femme
 Formation(s) proposée(s) par l'établissement
 Formation(s) individuelle(s)
 Autres :

.....

- Si non Pas d'opportunité
 Refus
 Pas d'intérêt
 Autres :

22) A l'issue de l'enquête, penseriez-vous utile d'approfondir le sujet ? *

.....
.....
.....
.....

ANNEXE III :

Les situations de maltraitante infantile vécues ou constatées par les sages-femmes:

- « Le manque d'affection, l'isolement de l'enfant, l'agressivité paternelle »
- « Une mère nerveuse, irritée par les pleurs de son bébé »
- « Le manque de soins »
- « Les réponses inappropriées sur les besoins de l'enfant »
- « Attitude fuyante de la mère vis à vis de l'équipe »
- « Pas ou peu d'interaction mère-enfant »
- « Maman facilement en colère, se vexe »
- « Violence verbale »
- « Pleurs sur la table à langer pour le change alors qu'il n'avait pas cette attitude avant »
- « Nouveau-né mis à l'écart, ainé privilégié »
- « Propos incohérents »
- « Traces de coups à l'examen clinique de la mère (prénatal) »
- « Enfant angoissé dès que la mère quitte le champ de vision, il hurle (visite post-natale) »
- « Maman qui ne supporte pas les pleurs de son nouveau-né »
- « Maman qui souhaite sortir précocement »
- « Agitation »
- « Maman qui ne s'implique pas dans les soins »
- « Bébé insécurisé »
- « Nouveau-né ayant des marques sur le corps »
- « Bébé qui refuse de manger »
- « Enfant se retrouvant au milieu de conflits parentaux, au point de l'oublier et d'en oublier ses soins »
- « Attitude parentale »
- « Carence dans les soins, l'hygiène »
- « Enfant délaissé, seul dans le noir toute la journée »
- « Perte de poids de l'enfant importante »
- « Réaction inappropriée de la mère ou détresse psychologique »
- « Femme jeune, seule, sortant précocement de l'hôpital sans son enfant qui lui nécessitait des soins »
- « Observation de comportements parentaux totalement inappropriés avec un mère n'honorant pas les rendez-vous de surveillance de grossesse »

« Mères malnutries »

« Langage et soins inappropriés envers l'enfant et le personnel ; puis suite au signalement, l'enfant, fréquemment retrouvé en pédiatrie pour divers "accidents", sera placé»

« Dialogue avec la maman à l'occasion de la rééducation périnéale ce qui m'a permis de lui proposer un suivi psychologique. Elle a préféré en parler elle-même avec son pédiatre. Je l'ai senti beaucoup mieux après cet échange. »

« Fugue du couple mère enfant du foyer maternel, signalement des voisins auprès des services sociaux pour négligences. Le nourrisson est admise ensuite pour fracture compliquée de l'humérus »

« L'enfant ne regardant pas sa maman, pas d'interaction mère-enfant »

« Retard de croissance, du développement psychomoteur de l'enfant »

« Patiente ayant une psychose puerpérale avec un discours inapproprié, des hallucinations et des excès de violence »

« Un manque de soins, des gestes brusques »

« Beaucoup de cris »

« Nouveau-né apathique avec le regard fuyant »

« Un manque d'interaction mère-enfant »

« Un enfant hypotonique et somnolent »

« Des parents agressifs »

« Brûlures de cigarettes »

« Violence du mari envers la femme »

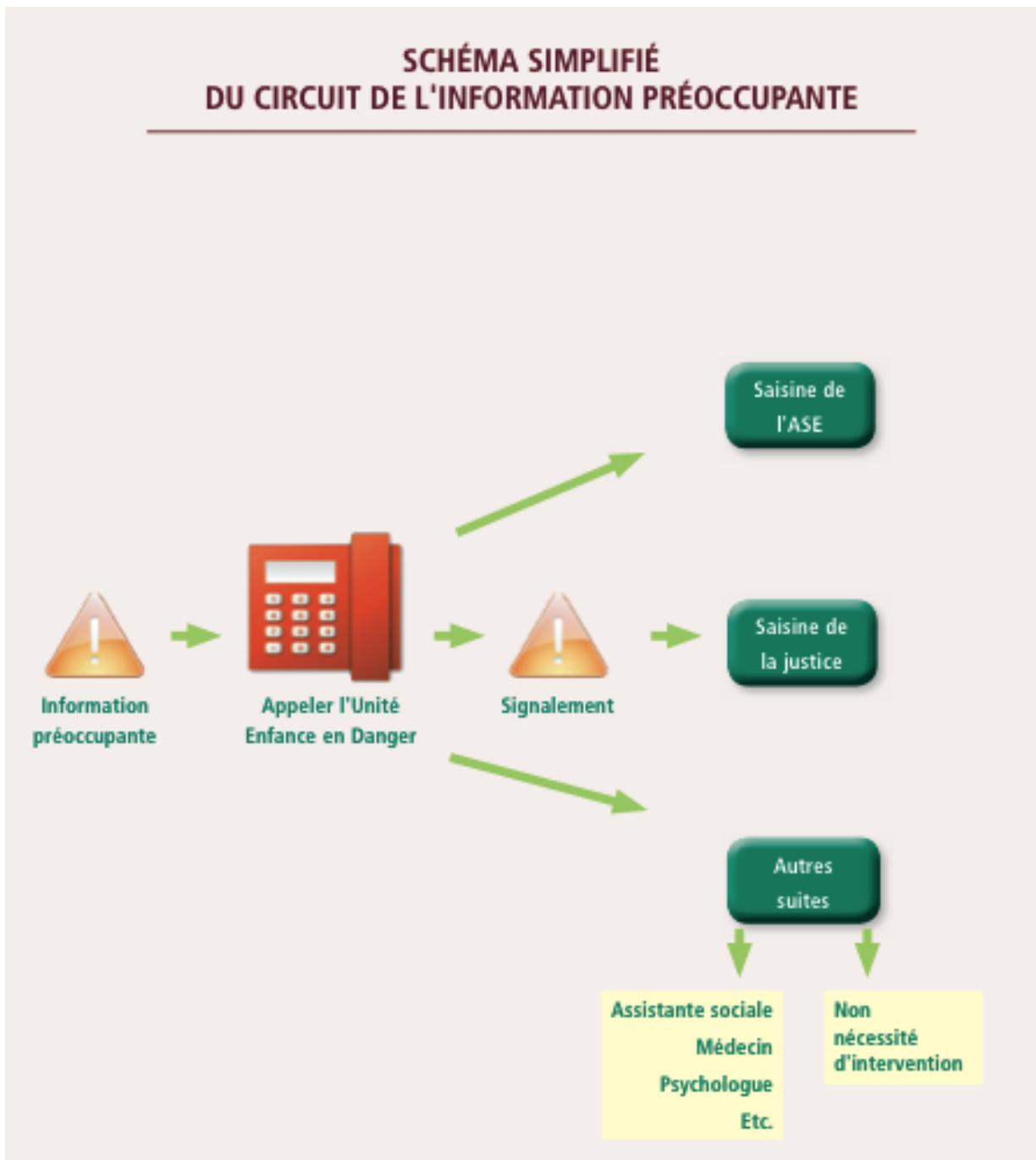
« La mère s'éloignait du berceau dès que l'enfant pleurait, elle ne réalisait aucun change et appelait les professionnels systématiquement. Elle n'a jamais réalisé le bain »

« La mère parlait assez facilement de l'accouchement qui l'avait beaucoup « marqué physiquement » car elle avait eu une épisiotomie et une déchirure complète non compliquée. Elles décrivaient ces « blessures » comme ingérables en terme de douleur et invalidantes pour s'occuper de son bébé. Son enfant avait aussi eu des difficultés à s'adapter à la vie extra-utérine. Elle avait cru qu'il était « mort ». Elle exprime qu'il ne semblait pas être là ! »



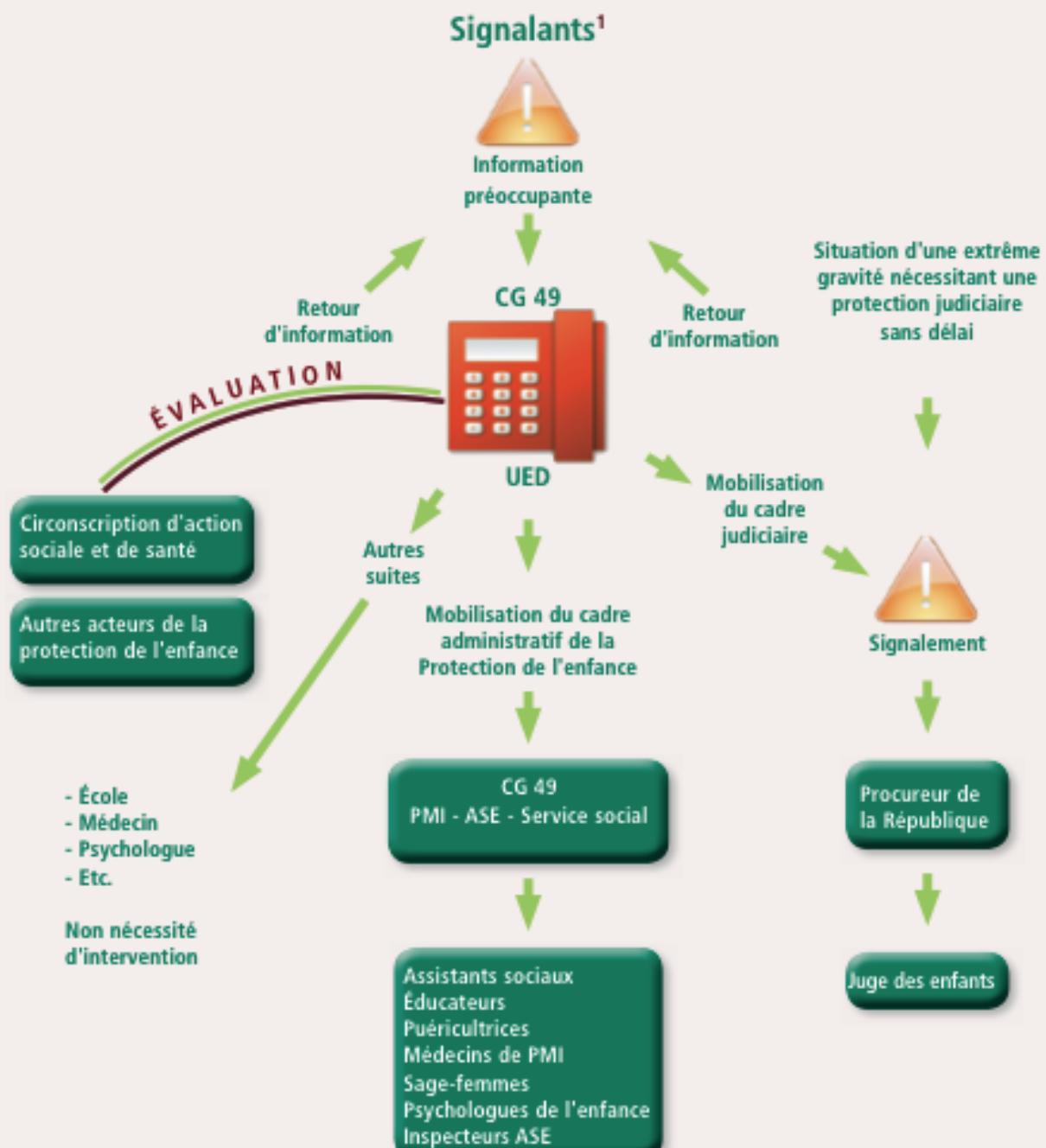
(Source : Association des centres jeunesse du Québec 2011)

ANNEXE IV :
SCHÉMAS DE L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE



(Source : Charte pour la protection de l'enfance en danger en Maine-Et-Loire 2010)

CIRCUIT DE L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE ET DU SIGNALLEMENT



(Source : Charte pour la protection de l'enfance en danger en Maine-Et-Loire 2010)

REDACTION D'UNE INFORMATION PRÉOCCUPANTE ET PROCÉDURE EN MAINE-ET-LOIRE

L'information préoccupante peut prendre différentes formes : simple appel téléphonique, télécopie, courrier.

Elle doit réunir une série d'informations :

- le nom et le prénom de l'enfant qui apparaît en situation de danger ou qui risque de l'être*
- l'adresse de l'enfant et de sa famille*
- une description des éléments qui font penser que l'enfant est en danger ou qu'il risque de l'être*

La personne transmettant l'information n'est pas tenue de donner son identité.

Procédure

Les jours ouvrés de 8 h 30 à 18 h :

L'information préoccupante est adressée à l'UED : DGA DSS 26 ter rue de Brissac - Bâtiment Harcourt - 49047 ANGERS cedex 01

Tél. : 02 41 81 45 40

Fax. : 02 41 81 45 10

Quand l'UED ne répond pas, un relais est pris par la permanence du Conseil général (02 41 81 49 49).

Le numéro vert national (119) fonctionne 24h/24 et 7j/7, il est en lien avec les services du Département.

(Source : Charte pour la protection de l'enfance en danger en Maine-Et-Loire 2010)

ANNEXE V : SCHÉMA DE L'ODAS

Les facteurs de risque :

Problématiques à l'origine du danger entre 2004 et 2006 *France métropolitaine*

	Nombre d'enfants concernés par le facteur					
	2004		2005		2006	
Carences éducatives des parents	47 500	soit 50% des enfants signalés	57 200	soit 59% des enfants signalés	51 900	soit 53% des enfants signalés
Conflits de couple et de séparation	28 500	soit 30% des enfants signalés	28 100	soit 29% des enfants signalés	21 700	soit 22% des enfants signalés
Violence conjugale (recensé à partir de 2006)					10 400	soit 11% des enfants signalés
Problèmes psycho pathologiques de parents	12 350	soit 13% des enfants signalés	13 600	soit 14% des enfants signalés	10 800	soit 11% des enfants signalés
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11 400	soit 12% des enfants signalés	11 600	soit 12% des enfants signalés	11 200	soit 11% des enfants signalés
Maladie, décès d'un parents	6 500	soit 7% des enfants signalés	5 800	soit 6% des enfants signalés	5 200	soit 5% des enfants signalés
Chômage, précarité, difficultés financières	12 500	soit 13% des enfants signalés	12 600	soit 13% des enfants signalés	16 000	soit 15% des enfants signalés
Environnement, habitat	7 600	soit 8% des enfants signalés	9 700	soit 10% des enfants signalés	6 800	soit 7% des enfants signalés
Errance, marginale	3 800	soit 4% des enfants signalés	5 100	soit 5% des enfants signalés	3 300	soit 3% des enfants signalés
Autres	11 400	soit 12% des enfants signalés	10 700	soit 12% des enfants signalés	8 900	soit 9% des enfants signalés
Nombre d'enfants signalés	95 000		97 000		98 000	
Nombre total de facteurs cités	141 550	soit 1,5 facteurs cités/enfants	154 400	soit 1,6 facteurs cités/enfants	146 300	soit 1,5 facteurs cités/enfants

Source Odas 2007

RÉSUMÉ

Objectifs : Identifier le rôle de la sage-femme dans le dépistage de la maltraitance infantile de la naissance à un an. Explorer leurs connaissances et leurs prises en charge face à un enfant en danger.

Population et méthode : étude prospective, auprès de toutes les sages-femmes du Maine-et-Loire, recensant 99 sages-femmes. Sur 4 mois, nous avons distribué des questionnaires à l'ensemble des sages-femmes du département. Nous souhaitions étudier en fonction de l'expérience et du milieu d'exercice des sages-femmes, leurs connaissances sur la maltraitance, les facteurs de risque, la prise en charge et notamment le dépistage, depuis la réforme du 5 mars 2007 notamment avec l'instauration de l'entretien du 4^{ème} mois.

Résultats : On observe que les sages-femmes possèdent des connaissances, plus ou moins importantes sur le sujet. Peu de sages-femmes ont eu l'opportunité d'être formées et ainsi d'être actives dans le dépistage.

Conclusion : Les sages-femmes possèdent, pour la plupart, les signaux d'alerte face aux facteurs de risque de maltraitance mais leurs connaissances restent limitées, notamment en matière de législation et de prise en charge.

Mots clés : **Maltraitance infantile, sage-femme, dépistage**

ABSTRACT

Objectives: Identify the midwives in the detection of the infantile abuse from the birth until one year old. Explore their knowledge and how they take care of a child in danger.

Population and method: Prospective study of the midwives from Maine-et-Loire, counting 99 midwives. We have distributed surveys to each midwife of the region for 4 months. We wanted to aim at studying the midwives knowledge of the abuse, the risks factor and especially how they take care of the detection according to the experience and the geographical areas midwives work in. All these criteria were assessed since the reform on the 5th of March 2007 and more particularly in regards with the establishment of the discussion at the 4th month.

Results: We observe that the midwives possess more or less important knowledge on the subject. Few midwives have had the chance to be trained so that they can be active in the detection.

Conclusion: Most midwives possess warning signals faced with risks factors of abuse. However, their knowledge remains limited especially in regards with legislation and how they take care of abuse.

Keywords: Infantile abuse, midwife, detection.