UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

La prévention de la maltraitance infantile : place de la sage-femme dans le service de suites de couches

Etude prospective réalisée auprès de 50 sages-femmes du CHU de Nantes

Mémoire présenté et soutenu par :

Rozenn LOUERAT
Née le 17 avril 1991

Directrice de mémoire :

Mme Agnès DE LA BOURDONNAYE, sage-femme cadre

Années universitaires 2010-2015

Remerciements

A Mme Agnès DE LA BOURDONNAYE, sage-femme cadre du Centre nantais de la parentalité pour l'intérêt porté à ce travail et pour ses conseils avisés,

A Mme Valérie PHILIPPE, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Nantes, pour sa grande disponibilité, son aide et son soutient,

Au Dr Bernard BRANGER, médecin coordinateur du Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » des Pays-de-la-Loire, pédiatre et épidémiologiste, pour m'avoir guidé dans les méandres des statistiques,

A toute l'équipe de sages-femmes du pôle mère-enfant du CHU de Nantes pour avoir accepté de participer à mon étude,

A ma famille, ainsi qu'à tous mes proches pour leur soutient tout au long de mes études.

Sommaire

Introduction 1
I- Généralités 2
1. Etat des lieux concernant la maltraitance infantile 2
1.1. Définition de la maltraitance infantile 2
1.2. Données épidémiologiques 3
1.3. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance 4
2. La prévention 5
2.1. Les différents types de prévention 5
2.2. Facteurs de risques de maltraitance en périnatalité 6
2.3. La prévention précoce 9
3. Les dispositifs de repérage en suites de couches 11
3.1. Le lien mère-enfant 11
3.2. L'observation du lien mère-enfant en maternité 13
3.3. Observer les défauts de capacité parentale 15
4. Les actions en suites de couches 16
4.1. La prévention primaire : les aides à la parentalité en suites de couches 16
4.2. L'importance de l'action relationnelle dans la prévention 19
4.3. La prévention secondaire et tertiaire 20
5. L'organisation en réseau de soin à la sortie de la maternité 22
5.1. L'organisation du réseau : un outil de prévention 22
5.2. Les modalités d'organisation du relais après la sortie de la maternité 24
5.3. Les différentes possibilités de relais 25
5.4. La mobilisation du réseau : communication entre professionnel 26

II- L'Etude 28
1. Méthodes et Moyens 28
1.1. Objectifs 28
1.2. Problématiques 28
1.3. Hypothèses 28
1.4. Choix de l'étude 29
1.5. Structure du questionnaire 29
1.6. Population étudiée et organisation de l'étude 30
1.7. Méthodes statistiques 30

2. Les résultats 31
2.1. Taux de réponse 31
2.2. Profil général de l'échantillon 32
2.3. Expérience des sages-femmes concernant la maltraitance infantile 34
2.4. Expériences en suites de couches 36
2.5. Le lien mère-enfant 41
2.6. Le travail en réseau 42
2.7. La formation 47

III- Discussion 50
1. Rappel des principaux résultats 50
2. Limites de l'étude 50
2.1. Les limites des différentes questions 50
2.2. Les autres biais du questionnaire 51
2.3. Les limites de l'étude 51
3. Discussion des résultats 52
3.1. L'implication des sages-femmes dans la prévention 52
3.2. La pratique des sages-femmes en suites de couches 56
3.3. L'organisation du service 58
3.4. Les difficultés rencontrées par les sages-femmes 63
3.5. Demandes des sages-femmes 65
4. Propositions pour améliorer la prévention périnatale 67
4.1. Les connaissances des sages-femmes 67
4.2. La prise en charge des familles en suites de couches 68
4.3. L'organisation du service 69
4.4. L'organisation du réseau : un outil de prévention 70

Conclusion 72
Bibliographie 73
Annexes 77

Index des abréviations

ODAS : Observatoire nationale De l'Action Sociale décentralisée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CRIP : Cellule Départementale de Recueil, d'Evaluation et de Traitement des Informations Préoccupantes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

UGOMS : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Social

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HOME : Hospitalisation Mère-Enfant

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMS : Centre Médico-Social

UAED : Unité d'Accueil des Enfants en Danger

Introduction

Une situation rencontrée lors d'un stage en suites de couches m'a interpellé. Une femme accueillie dans ce service vient d'accoucher chez elle. Elle dit ne pas s'être rendu compte de la grossesse. Son premier enfant est placé. Elle vit dans une grande précarité, hébergé par un ami. Durant le séjour, la mère semble s'occuper convenablement de son enfant mais reste sur la réserve avec l'équipe.
Les sages-femmes font immédiatement appel à la psychologue et l'assistante sociale. Le malaise des sages-femmes est général autour de la mère, véhiculé par l'idée du risque de maltraitance. Les capacités de communication entre l'équipe et entre les professionnels et la femme sont difficiles. Une prolongation du séjour en maternité est proposée mais faute de place la mère sort finalement au bout de 5 jours. Un suivi par la puéricultrice de la Protection Maternelle et Infantile est néanmoins mis en place par les sages-femmes.

Dans cette situation, les facteurs de risques de vulnérabilité sont évidents. Mais comment l'observation par les sages-femmes durant ces cinq jours va permettre de conforter ou non les présomptions ? Sur quels critères les sages-femmes s'appuient-elles pour repérer des comportements à risque de maltraitance ? Face à des situations familiales à risque plus complexes, les sages-femmes ont-elles les moyens de repérer ?
Ensuite, comment les sages-femmes mènent-elles des actions de préventions précoces de la maltraitance infantile et interviennent-elles auprès de ces familles dans ce service ? De quelles manièrent orientent-elles les femmes à la sortie de la maternité ? Enfin, quelles sont les freins et les difficultés s'ils en existent, à ce travail de prévention ?

Pour répondre à ces questions nous commencerons par définir le contexte général de la maltraitance infantile. Nous effectuerons également un récapitulatif des actions pouvant être menées en suites de couches dans le but de prévenir la maltraitance infantile.
Ensuite nous vous ferons part des résultats de l'étude auprès des sages-femmes du CHU de Nantes. L'objectif est de réaliser un état des lieux de leur connaissance, de leur pratique en matière de prévention et prise en charge de situations à risque dans le service de suites de couches.
Dans un second temps, une discussion des résultats sera entreprise et des propositions pour améliorer la prévention périnatale seront présentées.

I- Généralités

1. Etat des lieux concernant la maltraitance infantile

1.1. Définition de la maltraitance infantile

1.1.1 Définitions générales selon l'ODAS

Le terme maltraitance n'existe pas dans les textes de loi depuis la loi du 5 mars 2007. En France, c'est la notion de « danger » et « de risque de danger » et non celle de « maltraitance » qui fonde la protection judiciaire. Cette notion d'enfant en danger peut se diviser en deux sous catégories. L'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS) établit une définition de ces deux sous-catégories [1] :

L'enfant en risque de maltraitance est un enfant connaissant des conditions d'existence pouvant mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien sans pour autant être maltraité. Le terme "enfant en risque" souligne le fait que l'enfant se trouve dans une situation où "le danger potentiel auquel l'expose son environnement familial" est suffisamment avéré pour justifier une intervention.

L'enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, psychologiques, d'abus sexuels, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. La protection du mineur par la saisie de l'autorité judiciaire doit être effectuée sans délai.

La notion de danger, de risque de danger, et de maltraitance n'est pas toujours facile à identifier. Souvent, ces notions ne sont pas objectivables par un seul fait ou des observations isolées, mais se traduisent par la concomitance de plusieurs faits ou par leur répétition.

1.1.2 Typologies de la maltraitance [2] [14]

- Violence physique

On entend par violence physique l'usage intentionnel de la force physique. Cette maltraitance peut laisser des séquelles physiques et psychologiques et peut aussi dans certains cas entraîner un infanticide. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, secouer, brûler, mordre, étrangler, empoisonner….

Toujours dans le domaine des mauvais traitements physiques dont peuvent être victimes les nourrissons, il faut souligner le « syndrome du bébé secoué » et ses graves conséquences qui résultent des hématomes sous-duraux. D'après une étude du Lancet de 2006 [14], 5.6% des parents de 3259 enfants de moins de 6 mois reconnaissent avoir des gestes inappropriés en cas de pleurs.

- Violence sexuelle

Constitue une violence sexuelle toute activité sexuelle à laquelle un enfant est incité ou contraint de participer par un agresseur sur lui-même, sur l'enfant ou sur une tierce personne, contre son gré.

- Violence psychologique

Les violences psychologiques recouvrent un grand nombre de manifestations, dont les catégories principales consistent à :

- Mépriser l'enfant, en le dégradant, en le menaçant, en l'humiliant, en le critiquant, en le punissant injustement, en l'excluant….
- Isoler l'enfant, en limitant ses contacts sociaux, ses jeux, son espace de vie.
- Dénigrer les besoins affectifs de l'enfant, en lui refusant ouvertement tendresse et affection, en l'insécurisant.

- Négligences

Le concept de négligence se rapporte à des circonstances diverses dans lesquelles les besoins primaires d'un enfant ne sont pas satisfaits. La négligence peut être physique ou psychique : négligences portant sur l'alimentation, les soins, l'hygiène, la sécurité, les soins médicaux, l'absence de stimulation cognitive ou émotionnelle. L'extrême dépendance du nourrisson envers les soins l'expose particulièrement à ce type de maltraitance [47].

1.2. Données épidémiologiques

1.2.1. Chiffres bruts de l'ODAS

Les chiffres officiels de la fréquence de la maltraitance en France proviennent de sources multiples et sont des chiffres assez anciens. D'après une étude de l'ODAS de 2006 [3], les enfants en danger représentent 2.7 à 11.8 pour 1000 (selon les départements). Les enfants maltraités représentent quant à eux 1 pour 1000, toutes sources de données confondues [3]. Cependant, ces chiffres sont loin des 10% d'enfants maltraités dans les pays à haut revenus,

selon plusieurs études anglophones récentes menées dans des pays occidentaux et rassemblée par The Lancet en 2009 [4].
La difficulté d'avoir des chiffres fiables en France peut s'expliquer par la variabilité des définitions (danger ou maltraitance…), des unités d'observation, des tranches d'âge et des zones géographiques couvertes.

1.2.2. Une sous-estimation de la maltraitance

Anne Tursz, pédopsychiatre, soutient l'hypothèse d'une sous-estimation de la maltraitance [5]. Elle a mené une enquête sur les « morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an » [6]. L'analyse des cas hospitaliers a permis de noter que, pendant les 5 années considérées par l'étude (2001-2006), le nombre moyen par an d'infanticides officiellement recensé, soit 17 cas/an en 1996-2000 et la correction de ce chiffre à partir d'une enquête hospitalière de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) amène à un chiffre de 255 infanticides par an. Les causes de la sous-estimation seraient multiples, et interviennent à toutes les étapes du processus qui va du repérage au signalement éventuel. 40% des enfants hospitalisés pour maltraitance ont moins de 1ans. Ces chiffres confortent l'intérêt d'une intervention la plus précoce possible grâce à une prévention adaptée.

1.3. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

1.3.1. Les principaux objectifs de la loi du 5 mars 2007

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance met l'accent sur la prévention précoce et affirme trois grands objectifs [8] :

La loi donne la priorité au volet prévention de la politique de protection de l'enfance. Elle a pour objectif d'accompagner les enfants et leur famille dans les étapes importantes de leur vie et de repérer les situations de danger ou les difficultés rencontrées par les parents dans l'éducation de leurs enfants. La loi prévoit des temps de prévention systématiques pour les parents ou pour les enfants. Par exemple, l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) au quatrième mois de grossesse. La loi redéfinit également la compétence spécifique et le rôle central de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour la prévention périnatale et pour le suivi des enfants de moins de 6 ans.

Son deuxième objectif est l'amélioration et la redéfinition du dispositif d'alerte, de signalement et d'évaluation des risques de danger, notamment par une meilleure articulation

de la protection administrative et de la protection judiciaire. La loi crée une « Cellule départementale de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être», la CRIP placée sous l'autorité du Président du Conseil Général.

Enfin, son dernier objectif est de diversifier les modes d'intervention et d'accompagnement auprès des enfants et de leur famille.

1.3.2. Etat des lieux de l'application de la loi du 5 mars 2007

En décembre 2013, la commission des affaires sociales a confié à deux sénatrices Michelle Meunier et Muguette Dini, une mission sur la protection de l'enfance. Cette mission a pour but de dresser un état des lieux de la loi du 5 mars 2007 et faire des propositions pour améliorer le système actuel. Le rapport a été présenté le 25 juin 2014 au Sénat [9].

Le rapport signale l'insuffisance globale de coopération entre les acteurs. Le cloisonnement entre les différents secteurs d'intervention (Aide Sociale à l'Enfance, justice, médico-social, santé, éducation nationale, etc.) est encore très marqué. Une des propositions est donc d'accélérer la dynamique collaborative par la diffusion de bonnes pratiques.

Les sénatrices rapportent que la prévention, axe majeur de la loi de 2007, n'a pu véritablement être suivie d'effets en raison notamment de l'insuffisance des moyens attribués à la PMI. Une des propositions est donc de réaffirmer le rôle central de la PMI en matière de prévention des situations familiales à risque et les doter de moyens leur permettant de remplir leurs missions.

2. La prévention

2.1. Les différents types de prévention

Dans son rapport sur la maltraitance infantile, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) encourage le développement et l'évaluation de programme de prévention. L'organisation propose la distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire. [10]

2.1.1. Prévention primaire

La prévention primaire vise à diminuer l'incidence et réduire le risque d'apparition de la maltraitance dans une population donnée. Elle agit en amont de la maltraitance et du risque hypothétique. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle et collective. Les moyens mis en œuvre sont peu spécifiques et concernent une large part de la population [11]. Par exemple l'information donnée par les sages-femmes sur le syndrome du bébé secoué permet de sensibiliser l'ensemble des jeunes parents.

2.1.2. Prévention secondaire

La prévention secondaire comprend les actions spécifiques situées en amont de l'apparition de la maltraitance afin d'en prévenir l'apparition. Cette prévention cible des risques reconnus comme pouvant favoriser la survenue de maltraitance. Cette prévention nécessite la mise en place, autour de situations familiales à risque, des étayages variés, afin d'agir à différents niveaux : éducatif, matériel, médical, affectif, comportemental, relationnel voire psychique. Par exemple, le soutien à la parentalité des familles considérées à risques de maltraitance.

2.1.3. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire est l'action précoce sur des troubles déjà installés pour en diminuer les complications à court, moyen et long terme. Elle vise également à en comprendre au mieux les causes afin de mettre en place des stratégies préventives plus efficaces pour l'avenir. Il s'agit d'éviter une maltraitance d'un enfant en risque voire une sur-maltraitance d'un enfant en danger. Cette prévention comprend par exemple le placement judiciaire, hors de sa famille défaillante, d'un nourrisson en danger.

Toutefois le cadre entre ces 3 préventions n'est pas clairement défini lorsqu'il s'agit des enfants en danger ou en risque de danger.

2.2. Facteurs de risques de maltraitance en périnatalité

La prévention notamment secondaire implique donc de repérer les familles les plus vulnérables.

2.2.1. Indices de mauvais traitement

Les données de la littérature ont permis d'identifier certaines caractéristiques des enfants et des familles en lien avec la survenue de mauvais traitements de façon statistiquement

significative. Cependant la maltraitance peut survenir quel que soit le contexte familial et social, du plus favorisé au plus modeste.

De nombreuses études ont été réalisées pour rechercher tout ce qui peut entraver l'installation des interactions mère-enfant. Nous allons voir que ces troubles des interactions sont susceptibles d'entrainer une maltraitance.

L'une des plus célèbres études est celle de Jean-Yves Diquelou [13]. Cette étude de 1996 porte sur l'analyse rétrospective de 2198 dossiers de femmes ayant accouché à la maternité de Draguignan, parmi lesquels sont relevés 39 cas de maltraitance. A partir de ce travail ressort 9 items devant être appréciés selon une gravité allant de 1 à 3. A partir de ces items est établi un indice de risque de mauvais traitements dont la validité est vérifiée statistiquement. Si cet indice est supérieur à 5, des mesures d'aide doivent être mises en place.

Ces items sont :

- Age maternel inférieur à 18 ans
- Antécédents parentaux de maltraitance
- Antécédents de maltraitance d'un membre de la fratrie
- Pathologies affectives parentales
- Conditions socio-économiques défavorables
- Antécédents psychiatriques parentaux
- Grossesse multiple
- Pathologie obstétricale
- Déni de grossesse

Ainsi une population est identifiée par les indices de mauvais traitement. La seconde partie de l'étude de Diquelou, compare le taux de maltraitance au sein de cette population donnée avant l'instauration d'une prise en charge pluri-institutionnelle préventive (soit 1.77%), et après sept années de recul de ce travail, au terme desquelles le taux est abaissé à 0.46%.

2.2.2. Une conjugaison de facteurs de vulnérabilité [14]

Ainsi, ces facteurs de risque de maltraitance des enfants peuvent donner un éclairage général lorsque nous essayons de repérer des familles dont les enfants seraient en danger.

- Indices généraux concernant les parents :

Au passé, les parents ont subi de la maltraitance, des carences affectives, des placements. Ils ont présenté des troubles psychiatriques, une dépendance à des drogues.

Au présent, sont notés principalement :

- Les maladies psychiatriques

- Diverses fragilités psychiques comme une très faible estime de soi, des troubles narcissiques, un faible contrôle des impulsions, une dépression…
- Les conduites d'addiction ou la dépendance au produit. L'ODAS en 2006 recense 11% de signalement dont la problématique à l'origine du danger est la dépendance à l'alcool ou à la drogue de leurs parents. [15]
- Les violences conjugales

➢ Concernant l'enfant qui suscite l'inquiétude :

Les éléments de la grossesse se rapportent à la manière dont l'enfant a été attendu, dont la grossesse a été vécue, négligée, déniée…. Les professionnels seront attentifs à un enfant investi d'une fonction réparatrice mais décevant en raison d'un handicap, d'une maladie chronique, ne répondant pas aux attentes du ou des parents.

➢ Concernant la fratrie de l'enfant :

Les professionnels devront réaliser des recherches concernant un décès dans la fratrie, à un abandon, à des mauvais traitements, à des placements en institution ou en famille d'accueil.

➢ Concernant l'entourage familial et social :

Un facteur général important est celui de l'isolement social. Les périodes de plus grande vulnérabilité suite à une séparation des parents, au chômage, à un déménagement… sont également à noter.

➢ Facteurs rassurants

Pour amoindrir le poids des divers facteurs qui ont été énumérés de manière non exhaustive, attirons notre attention sur des facteurs rassurants. Ainsi, le professionnel pourra observer le respect des besoins de l'enfant, un entourage familial présent, une capacité d'appeler de l'aide et son acceptation en cas de crise, une reconnaissance de la réalité des problèmes, une compétence accrue s'appuyant sur la résolution de difficultés antérieures…

2.2.3. Les limites de l'utilisation des facteurs de risques

Les situations vulnérables doivent d'autant plus retenir l'attention lorsqu'elles sont associées entre elles [14]. Cette notion de multiplicité des facteurs de risque est largement présente dans toutes les publications. C'est un élément aggravant, rendant plus difficile la prise en charge préventive. Mais les maltraitances peuvent aussi survenir en l'absence de facteurs de risques identifiés [15].

Ce repérage via les facteurs de risque pose des problèmes éthiques puisqu'il définit des normes et induit des différences entre les familles face à un risque hypothétique. Dans la prévention des mauvais traitements, notamment secondaire et tertiaire se pose alors le problème de la stigmatisation des familles.
Toujours est-il que, couramment, les clignotants qui vont déclencher l'inquiétude des sages-femmes et leur intervention sont d'abord liés à une pathologie du contexte et beaucoup plus accessoirement liés à une pathologie du lien. Pourtant, le contexte, s'il est un composant de la relation, n'en est pas l'élément principal [16].

2.3. La prévention précoce

2.3.1. L'intérêt d'une prévention précoce

Des situations de fragilité peuvent être révélées dès la grossesse, notamment grâce à des facteurs de vulnérabilité. Malgré le problème éthique abordé précédemment, le repérage du risque de danger peut permettre d'éviter une dégradation de la situation par une prévention précoce.

2.3.2. Les actions réalisées en anténatal

- Entretien prénatal précoce [17]

L'entretien prénatal précoce proposé systématiquement lors du quatrième mois de grossesse permet aux parents, notamment vulnérables de s'exprimer dans le but de préparer avec eux les meilleures conditions possibles pour la venue au monde de leur enfant. L'entretien permet d'organiser dès la grossesse un réseau de soin personnalisé autour de la famille. Suite à cet entretien, des actions d'accompagnement peuvent être assurées à domicile par le service de PMI. Cet entretien s'ajoute ainsi aux sept examens prénataux obligatoires et à la préparation à la naissance au cours de séances collectives.

- Préparation à la naissance et à la parentalité [17]

La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) permet d'accompagner les futurs parents tout au long de la grossesse. Elle est proposée notamment pour : favoriser la participation active de la future mère et du futur père dans leur projet de naissance, améliorer les connaissances et les compétences pratiques, renforcer la confiance des femmes enceintes.

- Les staffs de parentalité

Les staffs de concertation puis de parentalité réunissent sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, service de pédopsychiatrie, personnel de PMI, service social polyvalent, service de l'ASE autour d'un dossier. Les femmes en situation de vulnérabilité peuvent être suivies dans des services spécifiques tels que l'Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Social (UGOMS) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes. L'équipe de l'UGOMS associe le service de PMI aux staffs hebdomadaires afin qu'elle assure la continuité de la prise en charge de la mère et de l'enfant. Elle associe également des intervenants extrahospitaliers.

La mise en place de ces staffs mobilise dès le stade anténatal des équipes et permettent d'anticiper les difficultés, définir des mesures concertées, éviter une prise en charge dans l'urgence et donc mieux préparer l'arrivée de l'enfant.

Ainsi, l'évaluation du lien qui s'établit durant la grossesse entre la femme et son bébé et la prévention des risques de maltraitance sont les deux grands objectifs qui sous-tendent les staffs de parentalité. Cependant la véritable réponse est dans la possibilité d'une observation après la naissance [18].

- Les actions d'accompagnement par la Protection Maternelle et Infantile

Des actions de prévention médico-sociale peuvent être assurées par le service de PMI, en relation avec les professions libérales ou les services hospitaliers. Ces actions d'accompagnement peuvent être mises en place, à la suite de renseignements issues des déclarations de grossesse, des signalements médico-sociaux, à la demande du professionnel qui suit la grossesse, ou des futurs parents.

Elles peuvent être assurées notamment par une sage-femme pour renforcer le suivi médical et social pendant la grossesse puis ensuite par une puéricultrice pour préparer bien en amont la venue de l'enfant à naître. Dans tous les cas, il importe, avant toute action, de rencontrer les futurs parents, d'évaluer la situation, connaitre l'étendue des difficultés et leurs ressources pour répondre au mieux à leur besoin.

- Les centres maternels

Dès la grossesse, une prise en charge dans un centre maternel peut être envisagée. Il en existe dans chaque département pour héberger et accompagner des femmes enceintes de plus de 7 mois qui sont isolées, ou exposées à un contexte difficile de grande précarité ou de violences. Les centres hébergent également des femmes accompagnées d'enfants de moins de 3 ans, dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance. C'est le cas du centre maternel Saint-Luc à Nantes. La mission de ces établissements est d'apporter aux familles accueillies un soutien matériel (hébergement et accès à un mode de garde), psychologique et éducatif.

Ainsi, diverses actions de préventions peuvent être proposées au cours de la grossesse. Les interventions sont plus ou moins importantes, réunissent selon les difficultés un accompagnement médical, social, psychologique, thérapeutique.
Une nouvelle évaluation sera réalisée après la naissance, notamment durant les quelques jours d'hospitalisation en maternité. Une continuité de soin sera alors mise en place. Parfois, ces quelques jours permettront de déceler une difficulté dans l'instauration du lien mère-enfant, difficulté imperceptible durant la grossesse mais se dévoilant après la naissance.

3. Les dispositifs de repérage en suites de couches

3.1. Le lien mère-enfant

3.1.1. Les particularités des suites de couches

Le post-partum immédiat est une période féconde : ouvert aux transitions émotionnelles, initiatrice de liens, porteuse d'espoirs même dans les situations très fragiles. C'est donc un moment particulièrement déterminant pour construire une prévention dans des conditions propices [19].
Outre le repérage par les facteurs de risque et les problèmes que cela pose, l'observation en particulier du lien entre la mère et son enfant a un grand intérêt dans la prévention. Ainsi, l'action principale des professionnels lors du séjour du couple mère-enfant en maternité est le repérage précoce d'un trouble du lien mère enfant.
L'observation du lien est difficile à objectiver mais il est important d'être attentif à certains clignotants. Une absence globale d'investissement de la mère dans les soins de son enfant tout au long du séjour est un exemple de signe d'alerte pour le personnel soignant.

3.1.2. Le processus d'attachement

- Les premiers liens

L'extrême vulnérabilité des nouveau-nés les rend entièrement dépendant à leurs parents, que ce soit sur le plan alimentaire, du sommeil et de la protection physique. Ainsi, un grand nombre de théories élaborées en psychologie s'accordent sur l'importance fondamentale des premières interactions s'établissant entre le nourrisson et ses parents.
John Bowlby en 1969 a démontré avec sa théorie de l'attachement que la qualité de la formation des interactions familiales précoces se révèle déterminante pour de multiples aspects du développement au cours de la petite enfance et tout au long de la vie [20]. Pour Bowlby, les nourrissons sont biologiquement déterminés et donc prédisposés à s'attacher à

la personne s'occupant d'eux. Lorsque l'enfant a intériorisé une image parentale sécurisante avec la certitude qu'il pourra compter sur cette personne pour répondre à ses besoins primaires, il développe un sentiment de confiance en lui et dans les autres qui va donner lieu à une construction qui va progressivement structurer son comportement relationnel.

- La fonction maternante

La relation mère-enfant va ensuite s'organiser à partir de ce que Winnicott a appelé la « préoccupation maternelle primaire » [21]. Ce concept décrit l'état psychique très particulier des mères qui s'accroit pendant la grossesse, atteignant son paroxysme dans les dernières semaines. Cet état perdure quelques semaines pendant le post-partum.

Cette fonction permettrait aux mères de percevoir les émotions, les sensations et les besoins du nouveau-né en s'identifiant à lui et donc d'assurer le maintien (holding) physique et psychologique de l'enfant et son maniement (handling) lors des soins, c'est-à-dire les manifestations d'affection. Grâce à cet état, la mère donnerait à son enfant des soins suffisamment bons.

- Les interactions précoces

L'enfant et la mère sont donc tous les deux très actifs dans la mise en place du lien qui les unit. Le nouveau-né, grâce à ces capacités sensorielles et communicatives uniques dont il est doté à la naissance, interagit avec sa mère par la voix, le regard, le contact physique pour l'inciter à assumer leur rôle. Les réactions du nouveau-né aux soins donnés par sa mère sont à l'origine des modifications chez ces derniers. Ainsi, entre la mère et son enfant vont s'établir des interactions durant lesquelles chacun ajustera progressivement son comportement sur celui de l'autre [22].

Ces interactions viendront compléter et actualiser le processus de devenir parent. De la qualité de ces interactions quotidiennes dépendra non seulement le développement du bébé, mais aussi l'évolution du processus de parentalité, en particulier, la qualité d'une relation entre l'enfant et ses parents.

Daniel Stern a conceptualisé ces interactions sous le terme d'accordage affectif. Pour que l'accordage affectif existe, le parent doit être capable de comprendre l'état émotionnel de son enfant dans son comportement. Puis il doit donner une réponse appropriée aux comportements que l'enfant présente [23].

3.1.3. Les troubles de l'attachement et leurs conséquences

- La pathologie du lien

Les processus d'attachement sont un des constituants essentiels du lien précoce parents-bébé. L'attachement est un processus à maintenir et à soutenir, car des évènements dans la vie peuvent le fragiliser : naissance d'un autre enfant, maladie, dépression, hospitalisation, séparation, deuil….

- Conséquences pour le nouveau-né

Les troubles des premiers liens entrainent des dysfonctionnements de la relation mère-enfant et font très vite peser sur le nouveau-né des risques pouvant être durables pour la santé physique de l'enfant, sa construction psychique et ses capacités d'adaptation intellectuelle. Le nouveau-né va développer un attachement « insécure, désorganisé, désorienté » [20], incapable d'utiliser un mode de contact cohérent. Cela se manifestera ultérieurement par un refus de dépendre de l'adulte.

- Conséquences pour la famille

Les attachements désorganisés sont la source de mauvais traitement. Un dysfonctionnement dans l'établissement du lien d'attachement peut-être un clignotant d'une situation à risque d'être maltraitante pour l'enfant.

3.2. L'observation du lien mère-enfant en maternité

3.2.1. L'observation des interactions parents-bébés

Toutes les vulnérabilités peuvent ne pas être vues durant la grossesse, d'où l'intérêt d'observer dans le peu de temps des suites de couches les liens et interactions qui se créent entre les parents et leur enfant. L'évaluation de la relation précoce un enjeu des maternités dans le sens où cette évaluation va permettre de mettre en place si nécessaire des actions.

Le processus de parentalité prend son essor dans les interactions. Ces interactions déterminantes pour le développement du bébé ont été décrites par M. Lamour selon trois niveaux différenciés : comportementales, affectives et fantasmatiques [24].

Les interactions comportementales sont caractérisées par la manière dont le comportement de l'enfant et de sa mère s'agence l'un par rapport à l'autre. Le repas est une excellente occasion d'observer les interactions entre une mère et son bébé. Elles fourniront des informations sur la qualité de leurs échanges affectifs.
Ces interactions vont s'exprimer par :

- Les interactions corporelles : façon dont le bébé est porté, touché.
- Les interactions visuelles : pendant la tétée, mère et nouveau-née cherchent à se regarder mutuellement.
- Les interactions vocales : les pleurs de l'enfant poussent la mère à agir et à mettre un terme à l'état de détresse supposé.

Les interactions affectives caractérisent les vécus émotionnels et affectifs qui peuvent cheminer entre parents et enfants.
Les interactions fantasmatiques concernent ce que l'on fait raconter aux parents. Il s'agit de les aider à parler de l'histoire de leur enfant et leur histoire personnelle.

Exemples d'interactions révélatrices :

- La mère évite le contact visuel et tactile avec son enfant
- Les temps des soins n'est jamais un temps d'échanges
- La mère est excédée par les pleurs
- Elle ignore les demandes de son bébé allant jusqu'à un certain sadisme dans le fait de le faire attendre
- Les rythmes biologiques ne sont pas respectés
- Les paroles adressées au bébé sont négatives

Cette liste est non exhaustive. Ces comportements seront autant de signes d'appel ne pouvant être explicités par les antécédents, et de ce fait inconnus de l'équipe. Ces signes sont révélés par une observation attentive du couple mère-enfant et s'ils sont présents, nécessitent un accompagnement particulier.

3.2.2. L'échelle de Prague

Des outils ont été établis pour aider cette évaluation du lien mère-enfant. L'échelle de Prague en est un, issu d'une méthode d'observation de l'interaction mère-enfant pendant et après l'allaitement au sein ou au biberon développée par Eva Sulcova [25]. L'échelle a été conçue pour la recherche mais a également montré une capacité à soutenir les accouchées.

Elle est applicable pendant le 1er mois de vie du bébé. L'observation concerne le comportement spontané entre sa mère et le nouveau-né. Le professionnel observe la mère et l'enfant sans interagir sur l'échange qui se construit sous ses yeux. L'échelle comporte 26 items comportementaux (mode d'entrée en contact, état de vigilance du bébé avant allaitement…). Touchers, regards, mimiques et vocalisations, paroles de la mère et leur ton, réciprocité des diverses modalités de contacts sensoriels entre la mère et le bébé sont

notés. Un score est alors établi à l'issue de l'observation et des actions sont entreprises en fonction des observations relevées.

3.3. Observer les défauts de capacité parentale

L'attachement mère-enfant et les interactions précoces sous-tendent l'établissement des fonctions parentales. Ainsi, la maltraitance peut être interprétée comme un défaut des fonctions parentales.

3.3.1. Les compétences parentales

Les compétences parentales sont des facultés que les parents possèdent. Elles leurs permettent de prodiguer des soins, percevoir et répondre aux besoins du nouveau-né de manière adaptée [33]. Il est important que la sage-femme puisse évaluer la qualité de la réponse parentale aux besoins de l'enfant.
L'article 14 de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, fait référence à l'évaluation des compétences parentales en précisant que si « celles-ci sont durablement affectées, l'enfant doit bénéficier d'une mesure d'accueil stable » [8].
Les premières compétences parentales qui sont spontanément reconnues sont les compétences sociales : les parents sont capables de collaborer, de tenir leurs engagements de se rendre aux rendez-vous fixés, et faire preuve d'initiative. Ensuite il est possible de citer des compétences directement en lien avec le nouveau-né comme la capacité à repérer les besoins de l'enfant et à y répondre, les manifestations d'affection...

3.3.2. Le guide d'évaluation des capacités parentales

Le guide d'évaluation des capacités parentales datant de 2003 a été conçu pour aider les intervenants à apprécier de manière rigoureuse les capacités parentales [26]. C'est une adaptation actuelle du guide de Steinhauer de 1993. C'est une aide à l'analyse clinique en présentant les principales dimensions à examiner dans l'évaluation des capacités parentales. Il aide à déterminer les ressources et les faiblesses de la situation familiale, et à viser les zones d'interventions prioritaires.

L'intervenant est amené à porter un raisonnement clinique sur :

1- Le contexte socio-familial
2- Le développement de l'enfant
3- L'attachement
4- Les compétences parentales
5- Le contrôle des impulsions
6- La reconnaissance de la responsabilité
7- Les facteurs personnels affectant les compétences parentales
8- Le réseau social
9- L'histoire des services cliniques

Ces critères sont des indicateurs des compétences parentales et de la mise en danger du nouveau-né, variables en fonction de leur fréquence et de leur intensité. Pour ne citer qu'un exemple d'indicateur : celui des compétences parentales nécessaires à la régulation des émotions de l'enfant. Lorsqu'un enfant a entre 0 et 3 mois, le parent doit décrypter les besoins de l'enfant et les anticiper. Le professionnel évalue sur une échelle de notation de 1 à 9 le degré de compétence du parent pour cet indicateur. Le niveau 1 correspond à « pas disponible » ; le niveau 3 à « disponible par intermittence » ; le niveau 5 à « réponse optimale » ; le niveau 7 à « réponse désorganisée » ; le niveau 9 à « réponse chaotique et excessivement dominatrice».
Ce référentiel formalise les items d'évaluation, les rend visibles et sort de l'appréciation implicite.

Le principal dispositif de repérage de situations à risque de maltraitance en suites de couches, en plus des facteurs de risques est l'observation de liens mère-enfant disharmonieux ainsi que l'observation de compétences parentales inadéquates.

4. Les actions en suites de couches

4.1. La prévention primaire : les aides à la parentalité en suites de couches

En matière de protection de l'enfant, la prévention devra porter principalement sur la bonne instauration du lien mère-enfant ainsi que sur le soutien et le développement des capacités parentales. Cette prévention s'adresse à tous les parents et touche les plus vulnérables comme les autres.

4.1.1. Définition de la parentalité

Le fait d'être parent biologiquement ne confère pas la compétence à assumer la fonction parentale. La capacité d'être parent, la parentalité, n'est pas un état donné en soit comme le décrit Didier Houzel [27]. C'est donc un processus qui se construit notamment en fonction de l'histoire personnelle de l'adulte lorsqu'il était enfant.
La naissance d'un enfant implique des remaniements psycho-affectifs qui vont bouleverser le fonctionnement des parents [28]. La parentalité peut se définir comme « l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs permettant à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) sur le plan corporel (soins nourriciers), la vie affectif et psychique. » selon Martine Lamour [24].
Ainsi, la parentalité est envisagée comme une fonction capable de présenter un certain nombre de défaillances et requiert alors d'être soutenue ou restaurée.

4.1.2. Objectifs du soutien à la parentalité dans le service de suites de couches

La circulaire DHOS numéro 2005-300 du 4 Juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité souligne qu'un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré et le post-partum, constitue un facteur de prévention de la maltraitance [29]. Par conséquent, un tel soutien est un véritable enjeu de santé publique.

Les actions de soutien à la parentalité ont pour principaux objectifs : d'informer les parents et leur transmettre des connaissances et des aptitudes techniques, de permettre aux parents de partager leurs expériences et de s'entraider, de renforcer ou développer la confiance des parents dans leur capacité à s'occuper de leur enfant, de prévenir la dégradation des situations familiales, d'apporter appui aux familles fragilisées [30]. La finalité principale est de donner aux parents des outils pour créer un environnement de vie respectant les besoins des enfants, qu'ils soient physiologiques, affectifs, cognitifs, relationnels ou culturels. Néanmoins il ne s'agit pas de se substituer aux parents, mais de les accompagner, en prenant en compte les aspects environnementaux, familiaux, sociaux et économiques.

4.1.3. Comment soutenir la parentalité

Les 7 séances prises en charge à 100% par l'Assurance maladie de PNP durant la grossesse doivent être poursuivies durant le séjour en maternité. Les parents seront orientés vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement si besoin.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la poursuite des actions de soutien à la parentalité durant le séjour à la maternité [17] :

- Accompagnement de l'autonomie dans les pratiques parentales pour préparer le retour à domicile.
- Réalisation d'une évaluation individuelle pour compléter si besoin la PNP par un contenu ciblé à domicile.
- Avant la sortie de la maternité, information ou mise en relation avec des dispositifs de soutien et d'aide auxquels la mère ou le couple peut recourir en cas de besoin.

Au cours du séjour, lors des soins, le personnel accompagnera les parents sur les bons gestes à effectuer. Il les informera concrètement sur les règles d'hygiènes de base à respecter, sur le rythme de leur enfant et ses besoins.

4.1.4. Favoriser les interactions parents-enfant

Les interactions précoces et la qualité des premiers liens parentaux sont essentielles dans le développement du bébé, mais également dans le processus de parentalité. La sage-femme doit donc avoir conscience de ces instants d'échanges indispensables et doit les respecter et les soutenir afin que le processus s'établisse.

La HAS a établi des recommandations pour favoriser les interactions entre les parents et leur enfant [17] :

- Encourager un contact physique direct entre le bébé, la mère et le père. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité.
- Favoriser la cohabitation 24 heures sur 24 avec le bébé à la maternité (facilitation de l'allaitement, meilleure connaissance des réactions du bébé, etc...).
- Encourager la mère à apporter une réponse chaleureuse et attentionnée aux besoins du bébé (caresser, bercer, parler tendrement, réconforter, jouer et interagir avec lui)
- Donner l'occasion à la femme de s'occuper de son bébé le plus souvent possible.

4.1.5. Sensibiliser les parents aux compétences précoces du nouveau-né

Sensibiliser les parents aux compétences de leur enfant constitue un autre fondement du lien de la mère à son enfant. De nombreuses études telles que celle de Endland-Carro, Piccinini et Millar [31], ont remarqué que l'attachement précoce parents-enfant peut-être favorisé si les parents sont conscients des capacités de leur nouveau-né.

Des procédés variables existent pour sensibiliser les jeunes parents aux compétences (majoritairement sensorielles) de leur enfant. Par exemple, l'échelle de Brazelton (NBAS) [32] est un outil qui se présente comme une grille d'évaluation objectivant les capacités du nouveau-né dans les quelques jours qui suivent la naissance. Outre l'évaluation proprement dite du nouveau-né, cette échelle a un intérêt clinique. Elle peut instituer un dialogue avec les parents dans le but de les accompagner à identifier leur enfant en tant que sujet distinctif avec ses particularités individuelles et éventuellement ses difficultés.

Ainsi, informer les parents sur les compétences précoces et les besoins particuliers de leur nouveau-né revient à soutenir non seulement l'attachement précoce parents–enfant, mais aussi la construction de représentations plus réelles, et plus positives, de l'enfant et des interactions qui s'instaurent avec lui. Un objectif de prévention de la maltraitance est alors visé à plus long terme.

Toutes les actions réalisées en suites de couches par les sages-femmes ont en commun de soutenir la qualité et la continuité des relations mères-enfants et promouvoir les compétences parentales. Ces actions constituent ainsi des moyens de prévention générale des difficultés auxquels la mère peut être confrontée et participent, en ce sens, à la protection de l'enfance.

4.2. L'importance de l'action relationnelle dans la prévention

Il semble important de souligner la part du relationnel dans tout travail de prévention.

4.2.1. Valoriser les compétences parentales

Winnicott souligne dans son ouvrage « que toute mère possède en elle les compétences pour le maternage, pour bien prendre soin de son enfant (notion de « mère suffisamment bonne »), et qu'il suffit, si nécessaire, que quelqu'un la confirme dans ses capacités. Le professionnel doit adopter une attitude « suffisamment dévouée » et sécurisante [21]. Très souvent une mère a tout simplement besoin que l'on s'occupe d'elle pour qu'elle puisse s'occuper de son enfant. De plus, le soin que le professionnel apporte à essayer de

comprendre le nouveau-né avec empathie, est un élément d'identification important de la mère vis-à-vis de celui-ci.

4.2.2. L'établissement d'une relation de confiance

La communication humaine dans ce domaine de la périnatalité, passe notamment par du « non verbal » : continuité et cohérence des professionnels entre eux, bienveillance dans le premier accueil, qualité d'écoute et de présence… [29]. Ces éléments constituent le moteur indispensable de la mise en confiance de la femme dans le système de soins.
Françoise Molenat, pédopsychiatre le dit très bien [29]: « si la sécurité affective de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe notamment par celle des professionnels qui les entourent ». Cette naissance est donc l'occasion pour les familles abimées par la vie de revivre une « expérience structurante ». Cette relation sincère va permettre aux parents de plus aisément se confier aux professionnels.

4.3. La prévention secondaire et tertiaire

4.3.1. La prévention secondaire en suites de couches

Ainsi, la prévention de la maltraitance infantile va trouver sa source dans l'accompagnement tout au long de la grossesse, pendant le séjour à la maternité puis en postnatal. Cependant malgré ces interventions précoces, certaines familles ont besoin d'une aide complémentaire pour éviter de basculer dans la maltraitance. Les professionnels doivent savoir reconnaitre les besoins spécifiques et faire appel à des professionnels spécialisés. A partir d'un certain point la protection est nécessaire.

4.3.2. Professionnels spécialisés

- Psychologue, psychiatre et Pédopsychiatre

L'arrivée d'un bébé va induire de puissants bouleversements dans la vie psychique de ses parents et tout particulièrement de la mère. [33] En 2004, le rapport de Françoise Molenat [29] vise à initier une meilleure prise en compte de la dimension psychologique en périnatalité.
L'articulation entre la psychiatrie et la périnatalité permet de répondre aux difficultés de professionnels de la naissance confrontés à des psychopathologies maternelles avérées ou des situations de troubles émotionnels chez les parents. Les perturbations de l'interaction mère-enfant ou des troubles de la parentalité sont également des indications pour faire appel à un psychiatre. Leur positionnement est particulier du fait de certaines spécificités : ils

interviennent rarement dans l'urgence, n'ont pas une relation quotidienne ni de soin médical routinier avec les patients, et peuvent donc prendre plus facilement du recul face à la situation. Mais l'intervention d'un psychiatre n'a de sens qu'au sein d'une équipe pluridisciplinaire où chacun est sensibilisé à cette prise en charge psychologique.

- Professionnels spécialisés

La sage-femme devra identifier des situations nécessitant l'appel d'un professionnel spécialisé. par exemple l'assistante sociale, toxicologue, conseillère conjugale…

- Structures spécialisées

Les situations peuvent très vite évoluer vers un état pathologique. Les interactions entre la mère et enfant se voient alors bouleversées. D'où l'intérêt de la création de lieux spécialisés susceptibles d'accueillir des parents en difficulté avec leur enfant dans la période du post-partum comme les unités mère-enfant encore appelées unités kangourou.

4.3.3. La protection administrative et judiciaire

- Le système de protection administrative

Informer qu'un enfant est en danger ou en risque de l'être a pour but de mettre en œuvre rapidement les mesures de protection adaptées. Un rapport d'information préoccupante est l'aboutissement d'une l'évaluation. Il doit indiquer si l'enfant est en danger ou en risque et si sa situation nécessite une mesure de protection. Ces informations doivent être adressées au Président du Conseil Général via la CRIP. La composition de ces cellules de recueil est variable : professionnelle de l'Aide Sociale à l'Enfance, travailleurs sociaux, médecins, psychologues ou juristes.

L'évaluation d'une situation peut entrainer des mesures de protection administrative avec l'accord des parents : une surveillance en consultation des enfants par la PMI, un accompagnement social ou médico-social de l'enfant et de sa famille, les services d'une technicienne d'intervention sociale et familiale, une assistance éducative à domicile, un accueil provisoire de l'enfant dans un établissement adapté…

- Le système de protection judiciaire

En cas de situation particulièrement grave ou urgente, il est nécessaire d'emblée de signaler au Procureur de la République en envoyant une copie au Président du Conseil Général. Les mesures découlant du signalement sont variables. Le placement est pratiquement toujours conçu comme provisoire au départ avant que le signalement donne lieu à une enquête et/ou à l'ouverture d'un dossier d'assistance éducative. Le Juge des enfants est alors saisi, il peut

ordonner une mesure d'investigation, mettre en place une aide éducative dans la famille, ou placer l'enfant en foyer ou en famille d'accueil.

5. L'organisation en réseau de soin à la sortie de la maternité

Les sages-femmes de suites de couches vont permettre de réaliser la continuité d'accompagnement entre la grossesse et le retour à domicile. Mais la seule action en maternité est insuffisante. Les actions de soutien à la parentalité réalisées durant le séjour doivent être maintenues au retour à domicile pour qu'elles aient un véritable impact sur la famille.

5.1. L'organisation du réseau : un outil de prévention

5.1.1. Définition d'un réseau

Le réseau désigne pour Françoise Molénat « la manière dont les différents professionnels se succédant aux différentes étapes de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance, sont reliés les uns aux autres » [34]. Il ne s'agit pas de « créer un réseau » mais de permettre aux intervenants médicaux et sociaux, intra ou extra hospitaliers de constituer un environnement cohérent accompagnant de manière continue la famille. Le réseau est alors constitué du médecin traitant, du gynécologue libéral, du ou des services d'obstétrique, de l'assistante sociale, de la sage-femme libérale, de la PMI… Les liens qui se forment autour des familles sont donc chaque fois réinventés, même si certaines collaborations sont stabilisées. La collaboration des professionnels évolue avec le temps, en fonction des besoins de la famille et de l'âge de l'enfant.

5.1.2. Les acteurs du réseau de périnatalité

- Les sages-femmes

Les sages-femmes hospitalières ou libérales sont au centre du réseau. Souvent elles impulsent l'organisation du réseau dans tout le temps de la grossesse, en maternité, et dans le post-partum. La sage-femme de suites de couches est le professionnel pilier dans la mise

en relation des différents acteurs du réseau. C'est elle qui prendra contact avec les professionnels en fonction de la situation.

- Les médecins libéraux et hospitaliers

Pédiatres, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, psychiatres et pédopsychiatres notamment sont susceptibles d'assurer le suivi de la mère ou celui de l'enfant durant la grossesse et en post-partum immédiat, le plus souvent au sein de leur cabinet.

- La PMI

Pendant la grossesse, la PMI organise des visites à domicile de secteur. Ces visites sont effectuées soit par une puéricultrice soit par une sage-femme. Elles interviennent essentiellement sur sollicitation des maternités. Le code de l'Action Sociale et de la Famille fait référence au Code de Santé Publique pour inscrire la PMI dans la politique nationale de la protection de l'enfance avec les services de l'Aide Sociale à l'Enfance des Conseils Généraux, pour la prévention et le dépistage des situations à risque de maltraitance, le signalement et la protection de l'enfance en danger [30].

- Les Centres Médicaux-Psychologiques

Les centres médicaux-psychologiques désignent les établissements publics rassemblant des spécialistes de la santé proposant une offre de soins psychologiques. Les CMP sont pluridisciplinaires et regroupent des médecins psychiatres, des psychologues, des infirmières, des assistants sociaux, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes et des éducateurs spécialisés.

- Les autres intervenants

D'autres intervenants peuvent participer, en soutien aux professionnels de santé, à l'accompagnement en postpartum immédiat :

- Psychologue
- Assistante sociale (établissements de santé, collectivités locales…)
- Techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF)

Le travail des TISF consiste en une aide concrète à la pratique de la parentalité. L'aide aux tâches quotidiennes (tenue de la maison, soins aux bébés et enfants, confection des repas, accompagnement à l'extérieur du domicile) sont des occasions pour instaurer un lien durable avec les familles en difficulté.

- Le secteur associatif

Les associations ainsi que les collectivités locales proposent aux familles des lieux d'écoute, de soutien, de rencontre et d'accompagnement. Ces lieux permettent de créer des liens de solidarité au sein d'un quartier, d'une ville et éviter l'isolement social. Dans une autre mesure ces actions collectives permettent le soutien de parentalités fragiles. Par exemple l'association les « pâtes aux beurres » à Nantes crées par Sophie Marinopoulos.

5.2. Les modalités d'organisation du relais après la sortie de la maternité

5.2.1. L'importance d'un accompagnement après la sortie de la maternité

En suites de couches, le nouveau-né sans pathologie reste à la maternité quelques jours avec sa mère. Lorsqu'une difficulté d'attachement a été identifiée, il faut rapidement organiser un suivi après la sortie du couple mère-enfant. Cependant si une défaillance dans le lien mère-enfant est observée, un séjour prolongé peut être proposé à la mère pour permettre aux professionnels d'observer attentivement le couple mère-enfant et organiser la sortie sans précipitation. La Cour des comptes souligne qu'un accompagnement de qualité dès le retour à domicile est crucial [36].

Une enquête de satisfaction auprès de 2 500 femmes venant d'accoucher a été menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques en 2006 (DREES) [37]. Les résultats font apparaître que 20% des femmes venant d'accoucher étaient en attente d'une aide à la sortie de la maternité et ils montrent que c'est sur la préparation à la sortie de la maternité que les femmes sont les plus nombreuses à exprimer une insatisfaction. Elles sont ainsi respectivement entre 15 et 35 % à être « plutôt pas » ou « pas du tout » satisfaites des informations et conseils médicaux qui leur ont été prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches.

5.2.2. L'importance d'une continuité de suivi entre anté- et le post natal

Bien souvent dans les modalités de prise en charge et l'organisation actuelle des services de gynécologie-obstétrique, il existe une ligne de césure assez franche entre l'anté et le post-natal [34]. Ces discontinuités instaurées entre le moment où la femme est enceinte et le moment où elle rencontrera son bébé sont souvent source de difficultés pour les parents.

La HAS établie des recommandations [17] :

- Éviter le retrait précoce du soutien des professionnels en proposant des recours accessibles en cas :

    - de besoin de soutien ou de difficultés pour l'allaitement, les soins à l'enfant, la réponse aux besoins et aux exigences du nourrisson
    - d'insécurité à domicile pour la mère ou l'enfant
    - de difficultés d'adaptation aux exigences de l'enfant, de fatigue, de risque de maltraitance (enfant secoué en particulier)
- Mettre en contact la femme avec des associations, dispositif de « femmes relais », soins à domicile, soutien à l'allaitement, service d'écoute téléphonique et de réponses expertes, services de la PMI, technicienne d'intervention sociale et familiale, aide-ménagère, etc.

5.3. Les différentes possibilités de relais

5.3.1. Les accompagnements individuels

Un accompagnement à domicile peut être envisagé dès la sortie de la maternité. A l'occasion des soins au domicile, le professionnel pourra rappeler aux parents les gestes de puéricultures et les messages de prévention appris lors du séjour à la maternité. L'intervention au domicile permet de répondre au mieux aux demandes des femmes, en particulier en cas d'isolement social ou géographique.
Assurée le plus souvent par une puéricultrice de PMI, la visite a pour objet de conseiller, orienter les parents en fonction de leurs besoins et de prévenir des difficultés de la relation mère-enfant. La visite du service de PMI peut s'articuler avec d'autres interventions à domicile, et notamment celles d'une sage-femme libérale, d'un psychologue, d'une assistante sociale, d'une auxiliaire de vie sociale ou d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale.

5.3.2. Les accompagnements collectifs

Les actions collectives se développent. Elles se sont largement multipliées par le biais des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. Ces actions s'organisent dans des lieux variés où se retrouvent les parents. Les lieux d'accueil offrent le plus souvent un accès libre. Les parents rencontrent d'autres parents et des professionnels qui leur proposent une écoute. L'association les « pâtes au beurre » initié par Sophie Marinopoulos à Nantes est un exemple d'expériences de prévention qui porte sur la parentalité en souffrance.

5.3.3. Les structures spécialisées

- Les centres maternels

Les mères qui rencontrent des difficultés de mise en place du lien parental peuvent bénéficier de cette prise en charge dans le but d'un accompagnement plus rapproché. Le personnel soignant et éducatif se doit donc de reconstituer un environnement favorable à la mise en place de ce lien parental. Ce cadre particulier permet une observation de l'évolution des interactions mère-enfant.

- L'exemple du Centre Nantais de la Parentalité

Le Centre Nantais de la Parentalité (CNP) est une structure intégrée au CHU de Nantes. Il répond à la demande des services qui prennent en charge les mères et les très jeunes enfants qui ont fait l'analyse d'une carence ou d'un trouble de la parentalité. La partie ambulatoire est localisée dans le centre-ville de Nantes et l'unité d'Hospitalisation Mère-Enfant (HOME) est localisé sur le site de l'hôpital Saint Jacques. Il s'agit d'offrir à la mère un cadre contenant qui l'accompagne et la soutienne et éviter ainsi une séparation de la mère et de son enfant.

5.4. La mobilisation du réseau : communication entre professionnel

5.4.1. Les transmissions

- Transmissions écrites et orales

Les transmissions interprofessionnelles assurent la continuité et donc la qualité des soins donnés aux patients. Mais cette cohérence des soins est souvent entravée par le morcellement des actes et des professionnels, d'où l'intérêt de transmissions claires. Elles font le bilan de ce qui a été fait et de ce qui reste à faire et servent également à établir une traçabilité des soins. Elles peuvent prendre deux formes différentes en fonction du contexte ou du but recherché : orales ou écrites.

- Les réunions de concertation

Une réunion de concertation peut avoir lieu avant la sortie de la patiente et de son nouveau-né pour réaliser le bilan du séjour et organiser un suivi à domicile. Le bilan permet d'analyser ce qui a été réalisé et ce qui reste à faire. Ces réunions permettent une transversalité entre l'intra et l'extra hospitalier.

La meilleure stratégie de prise en charge des familles vulnérables semble le décloisonnement des secteurs médicaux, sociaux et psychiatriques en faisant collaborer les différents secteurs d'activité. Les sages-femmes ont une place centrale dans l'impulsion d'équipe pluridisciplinaire en charge des problèmes à risque de maltraitance.

Conclusion :

Quelle est la réalité des pratiques sur le terrain ? Nous proposons de répondre à cette question dans la deuxième partie de ce travail par l'analyse de questionnaires distribués aux sages-femmes du CHU de Nantes (Annexe I).

II- L'Etude

1. Méthodes et Moyens

1.1. Objectifs

Le principal objectif de l'étude est d'établir un état des lieux des connaissances des sages-femmes dans le domaine de la prévention de la maltraitance infantile. Leurs pratiques en matière de prévention et prise en charge de situations à risque dans le service de suites de couches seront révélées. Par l'intermédiaire d'un questionnaire (annexe I), les sentiments, les difficultés de prévention et les attentes des sages-femmes sont recueillis.
Dans un second temps, des pistes d'amélioration seront présentées en fonction des résultats de l'étude.

1.2. Problématiques

L'étude est axée sur trois grandes problématiques orientées sur le service de suites de couches :

- Comment les sages-femmes repèrent-elles des situations à risque de maltraitance pour l'enfant ?
- Comment préviennent-elles dès les premiers jours du nouveau-né un risque éventuel de maltraitance par les parents ?
- Comment orientent-elles ces familles vulnérables à la sortie de la maternité ?

1.3. Hypothèses

Le séjour en maternité est un moment privilégié pour réaliser un travail de prévention de la maltraitance infantile.

- Les actions réalisées en anténatal permettant de préparer l'arrivée de l'enfant dans les meilleures conditions, sont d'une grande aide pour les sages-femmes en suites de couches.
- Les sages-femmes s'impliquent activement dans la prévention de l'enfance en danger, et en particulier, mais pas exclusivement, dans la prévention primaire.
- Les sages-femmes ont des outils originaux ou plus classiques pour observer le plus précocement possible les troubles du lien mère-enfant, prélude à la maltraitance infantile.

- Ce repérage s'inscrit, pour les sages-femmes, dans un processus d'aide et de soutien à des parentalités fragiles, processus dont elles sont des acteurs parmi d'autres.

Néanmoins, différents points freinent cette prévention :

- Les sages-femmes manquent d'information sur le sujet. La formation initiale ou continue est insuffisante en ce qui concerne le lien mère-enfant et ses éventuels dysfonctionnements.
- Les sages-femmes n'ont pas le temps de réaliser une prévention globale de la maltraitance. Les sages-femmes hospitalières, qui ont des missions de plus en plus importantes, n'attribuent pas à la recherche de situation à risque de maltraitance, une priorité.
- Les sages-femmes sont demandeuses d'outils d'évaluations pour repérer des situations à risque.
- Et lorsque le repérage des familles potentiellement maltraitantes envers leurs enfants a été établi, une dernière difficulté réside dans une insuffisance d'ancrage des sages-femmes dans le travail en équipe et en réseau. Concernant le réseau, les liens existants entre le milieu hospitalier et les structures non hospitalières tel que la PMI sont trop distendus, ce qui nuit à l'efficacité du dispositif.

Par conséquent, au-delà de la volonté réelle des sages-femmes de réaliser un travail de prévention de la maltraitance infantile, une insuffisance de formation, l'absence de temps, la multiplicité des systèmes, un réseau difficile à établir entachent alors le soutien et l'orientation des familles à risque d'être maltraitantes.

1.4. Choix de l'étude

Si la question de la prévention de la maltraitance infantile et de son approche par les sages-femmes peut se poser à différents stades de la grossesse, il a été nécessaire de centrer notre étude sur une unité de soins particulière. Le choix d'un service de suites de couches a permis de définir à la fois un lieu et un temps : le post-partum immédiat.

1.5. Structure du questionnaire

Afin de répondre aux différentes problématiques, l'enquête descriptive se fonde sur un outil méthodologique de la recherche quantitative : le questionnaire. Le questionnaire a été validé

par B. Branger, médecin coordonnateur du réseau « Sécurité Naissance-Naître ensemble » et A. De la Bourdonnaye, sage-femme cadre des consultations du CHU de Nantes.

Pour plus de clarté, le questionnaire est divisé en 5 grandes parties :

- La pratique professionnelle générale
- La pratique dans le service des suites de couches
- Le lien mère-enfant
- Le travail en réseau
- La formation

Il comprend une explication de l'étude en première page puis 47 questions sur 7 pages recto. Le questionnaire comprend des questions fermées ainsi que 5 questions ouvertes.

1.6. Population étudiée et organisation de l'étude

L'ensemble des sages-femmes du CHU de Nantes ont été incluses dans l'étude. Après accord des cadres, le questionnaire a été adressé à l'ensemble des sages-femmes des différents services du Pôle Mère-Enfant du CHU de Nantes :

- La salle de naissance
- Les urgences gynécologiques obstétriques
- Les suites de couches
- Le service de Biologie de la Reproduction
- Le suivi intensif de grossesse
- Le service de consultation

Dans le but d'avoir un maximum de réponses, le questionnaire a été mis sous enveloppe nominative. Il a ensuite été déposé dans les salles de soins des services. Les sages-femmes pouvaient récupérer leur questionnaire nominatif et y répondre anonymement en le déposant dans une enveloppe située dans la salle de soin du service.

L'étude a eu lieu du 14 juin au 30 juillet 2014. Une première date de retour des questionnaires a été établie au 14 juillet 2014. A cette date, 32 questionnaires ont été récupérés. La date de délai a été étendue au 30 juillet 2014 ce qui a permis de solliciter régulièrement les sages-femmes pour augmenter les chances de retour.

1.7. Méthodes statistiques

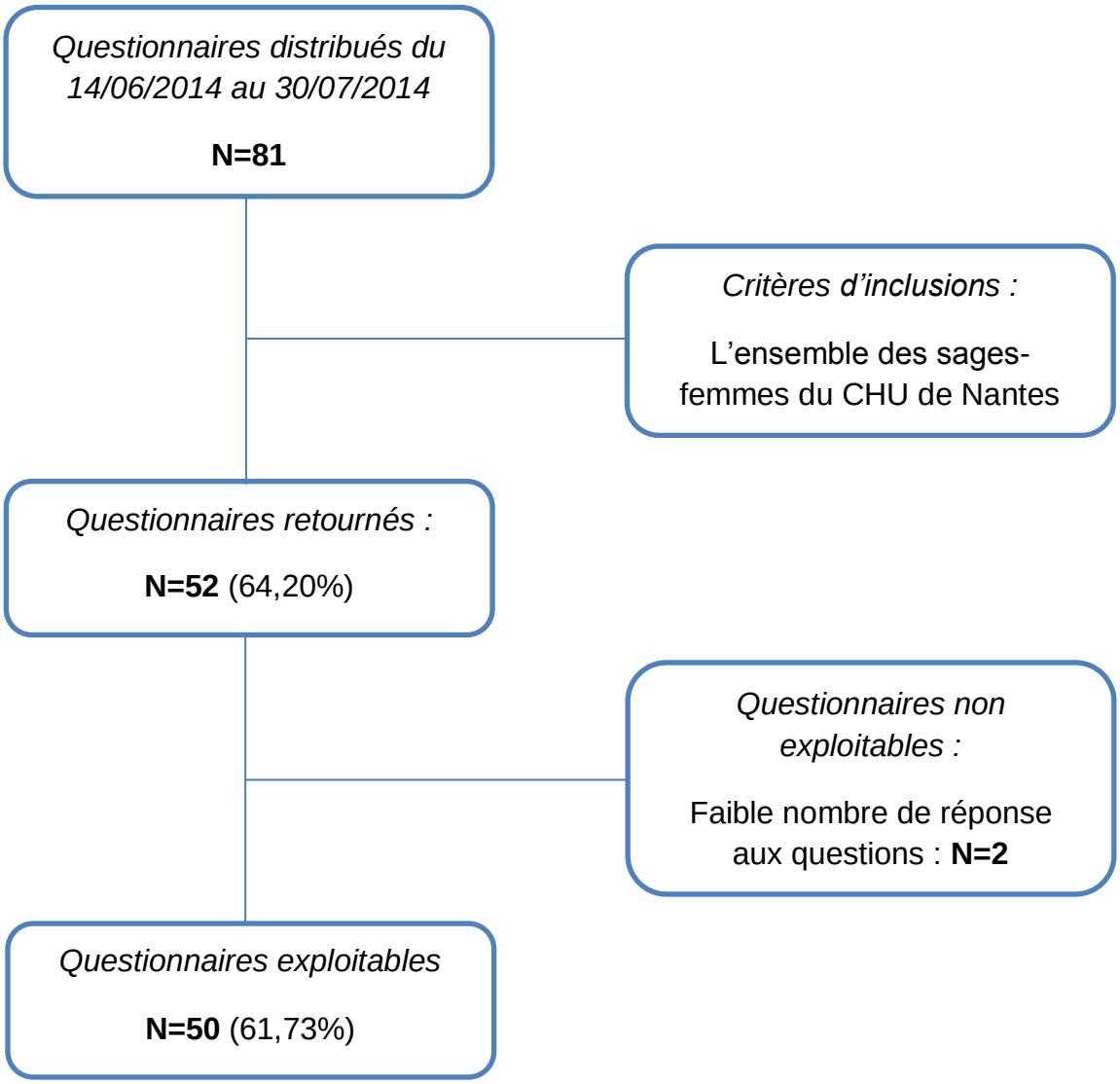
Le recueil des données des questionnaires récupérés a été effectué avec le logiciel Epidata Entry 3.1 puis ces données ont été analysées avec EpiData Analysis 2.2.

Les variables qualitatives sont représentées par des pourcentages avec un intervalle de confiance à 95% basée sur la loi normale ou la loi binomiale. La description des variables quantitatives repose sur la moyenne et un écart-type de la population. En cas de répartition asymétrique, la médiane est présentée avec l'étendue avec la valeur la plus basse et la valeur la plus haute.

Pour la comparaison, les tests sont effectués avec un seuil de décision $p<0.05$. Les pourcentages sont comparés avec la méthode du Chi2 ou le test de Fisher selon les effectifs. Les moyennes sont comparées par le test t de Student.

2. Les résultats

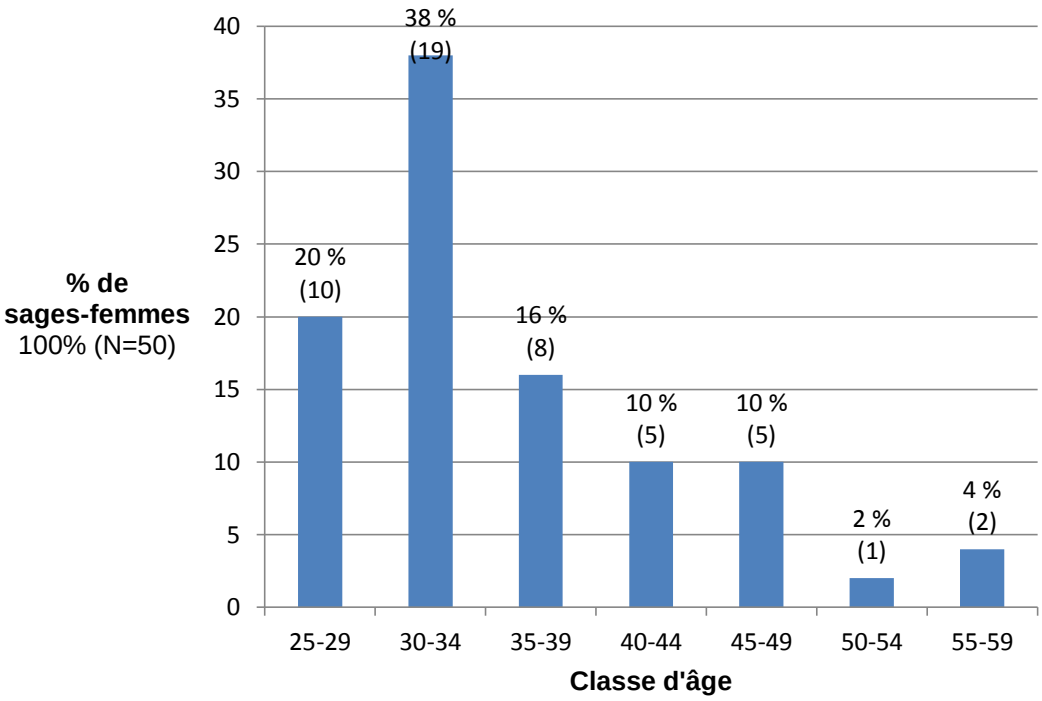
2.1. Taux de réponse



Deux questionnaires sont inexploitables du fait du nombre faible de réponse aux questions, en lien avec l'absence de pratique de ces deux sages-femmes dans les suites de couches.

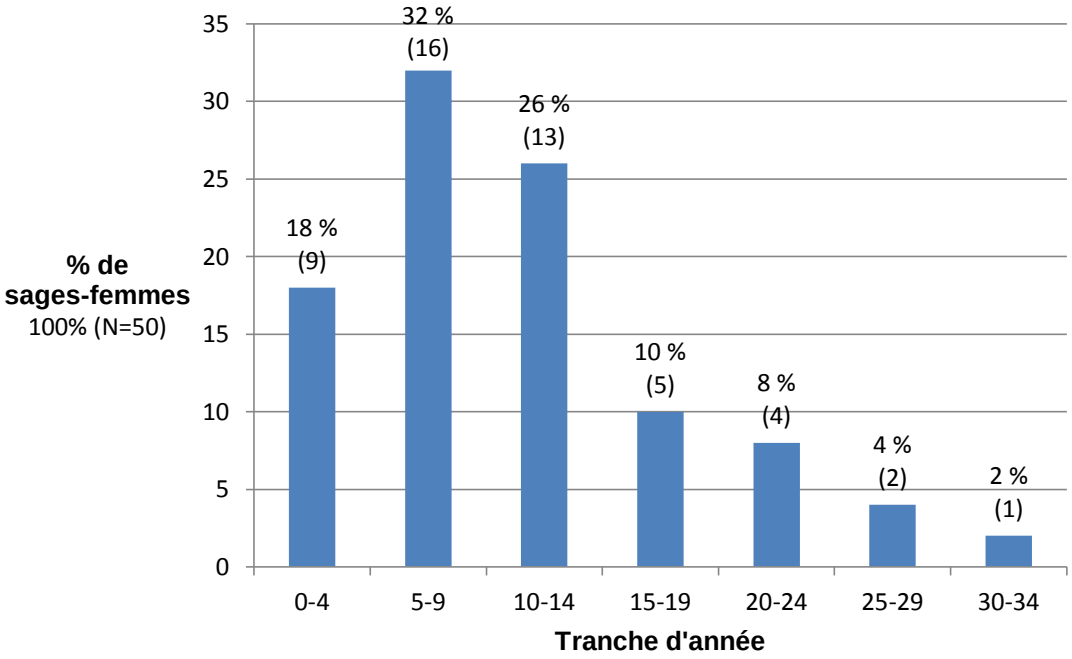
2.2. Profil général de l'échantillon

Figure 1 : Age des sages-femmes



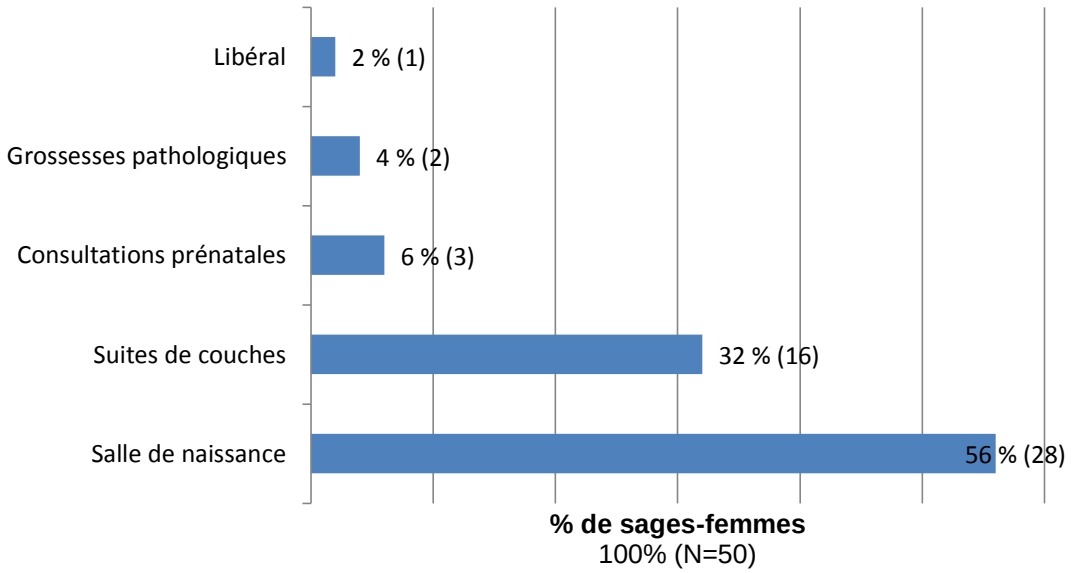
La totalité des sages-femmes interrogées sont des femmes. L'âge moyen des sages-femmes est de 35,54 ans (± 7,8). La plus jeune a 25 ans et la plus âgée à 58 ans.

Figure 2 : Nombre d'années d'exercice professionnel des sages-femmes



En moyenne, cela fait 11,60 ans (± 7,4) que les sages-femmes travaillent avec un minimum de 2 ans d'exercice et un maximum de 32 ans.

Figure 3 : Répartition des sages-femmes selon le service dans lequel elles ont le plus exercé.



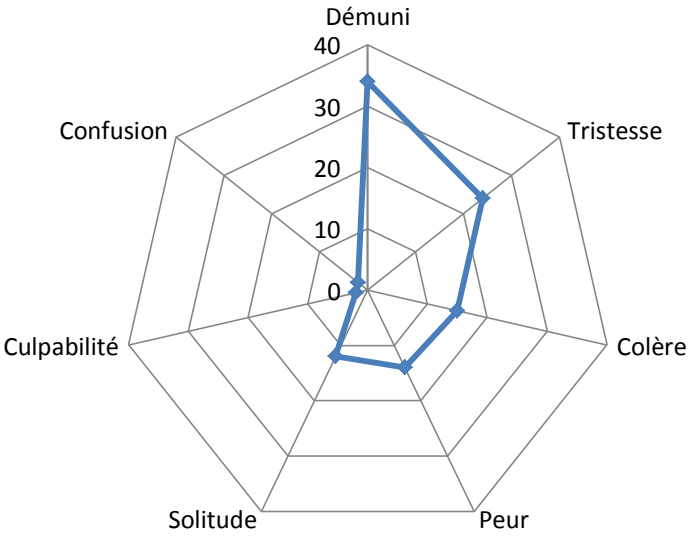
Les sages-femmes ont le plus exercé en salle de naissance pour 56% d'entre-elles et en suites de couches pour 32% d'entre-elles. La totalité des sages-femmes incluses dans l'étude ont déjà exercé en suites de couches.

2.3. Expérience générale des sages-femmes concernant la maltraitance infantile

Une seule sage-femme ne se sent pas concernée, en tant que professionnelle par la prévention de la maltraitance infantile.

Figure 4 : Sentiments des sages-femmes devant une situation à risque de maltraitance.

(Plusieurs réponses possibles. Nombre de réponse par question indépendante / N=50. 5 sages-femmes sur 50 n'ont coché aucun sentiment).



Plus de la moitié des sages-femmes se sentent démunies face à une situation à risque de maltraitance.

25 sages-femmes sur 46 à avoir répondu à la question souhaiteraient l'analyse de pratiques professionnelles.

86% des sages-femmes ont déjà suspecté une situation à risque d'évoluer vers une maltraitance infantile. Parmi celles qui ont déjà repéré, ce repérage a lieu principalement dans le service de suites de couches pour 81,4% des sages-femmes.

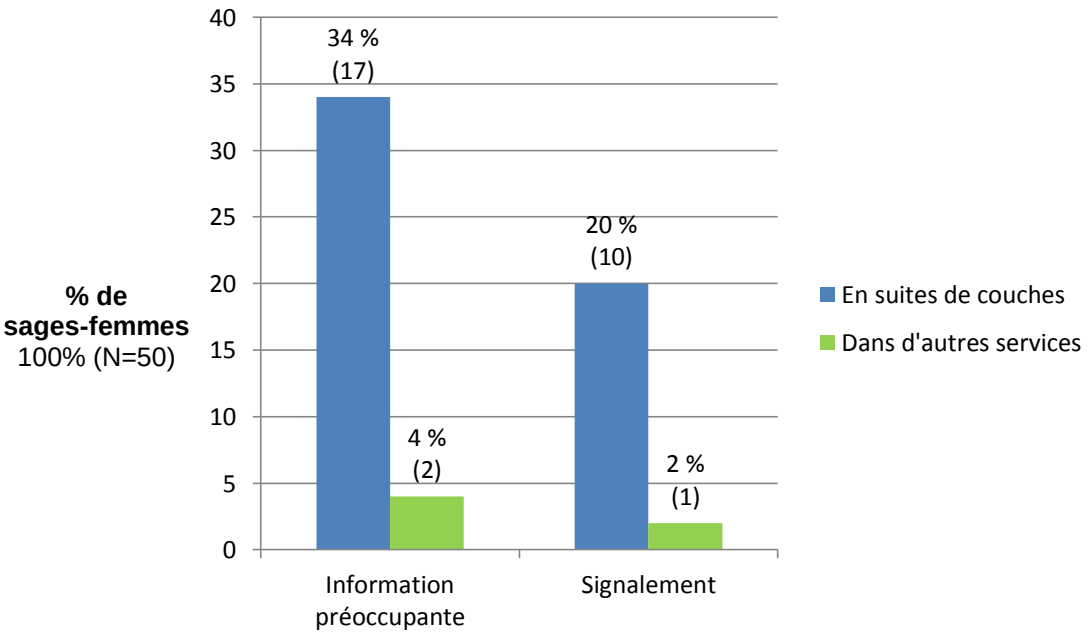
Tableau I : Connaissance du terme d'information préoccupante et de signalement

(N=50)

	Information préoccupante	**Signalement**
	% (n)	% (n)
Je ne connais pas	**2** (1)	0 (0)
Je comprends	**58** (29)	**56** (28)
Je vois parfaitement	**40** (20)	**44** (22)

Le tableau I présente la connaissance globale des sages-femmes concernant deux éléments : l'information préoccupante et le signalement d'enfants en dangers ou en risque de l'être. 40% des sages-femmes comprennent parfaitement le terme « information préoccupante » et 44% le terme « signalement ».

Figure 5 : Participation des sages-femmes à une information préoccupante ou à un signalement en fonction des services.



53% des sages-femmes ont participé soit à la transmission d'une information préoccupante soit à la transmission d'un signalement. C'est dans le service de suites de couches que les

sages-femmes participent le plus à la transmission d'une information préoccupante ou d'un signalement.

Les sages-femmes qui ont participé à une information préoccupante sont significativement celles qui ont également participé à la transmission d'un signalement (avec p=0.04).

2.4. Expériences en suites de couches

36% ont participé une fois à un staff de parentalité. 10% ont participé plus d'une fois à un staff de parentalité. Ainsi 46% des sages-femmes interrogées ont déjà participé une fois ou plus à un staff de parentalité.

Tableau II : Les objectifs atteints par les staffs de parentalité selon les sages-femmes.

(Plusieurs réponses possibles – Nombre et fréquence des réponses par question indépendante - N=50).

Objectifs	Nombre (n)	Fréquence (%)
Eviter une PEC en urgence après la naissance	24	48
Soutenir les parents dans leur projet de parentalité dès la grossesse	24	48
Etablir des mesures sur la PEC	25	50
Anticiper les difficultés pouvant être rencontrées après la naissance	**37**	**74**
Etablir un réseau de professionnel	**47**	**94**

PEC : Prise en charge.

Près de la totalité des sages-femmes (94%) considèrent que le principal objectif atteint par les staffs de parentalité est l'établissement d'un réseau de professionnels autour de la famille.

Tableau III : Les améliorations à apporter à la fiche de parentalité souhaitées par les sages-femmes.

(Plusieurs réponses possibles - Nombre et fréquence des réponses par question indépendante – N=50).

	Nombre (n)	Fréquence (%)

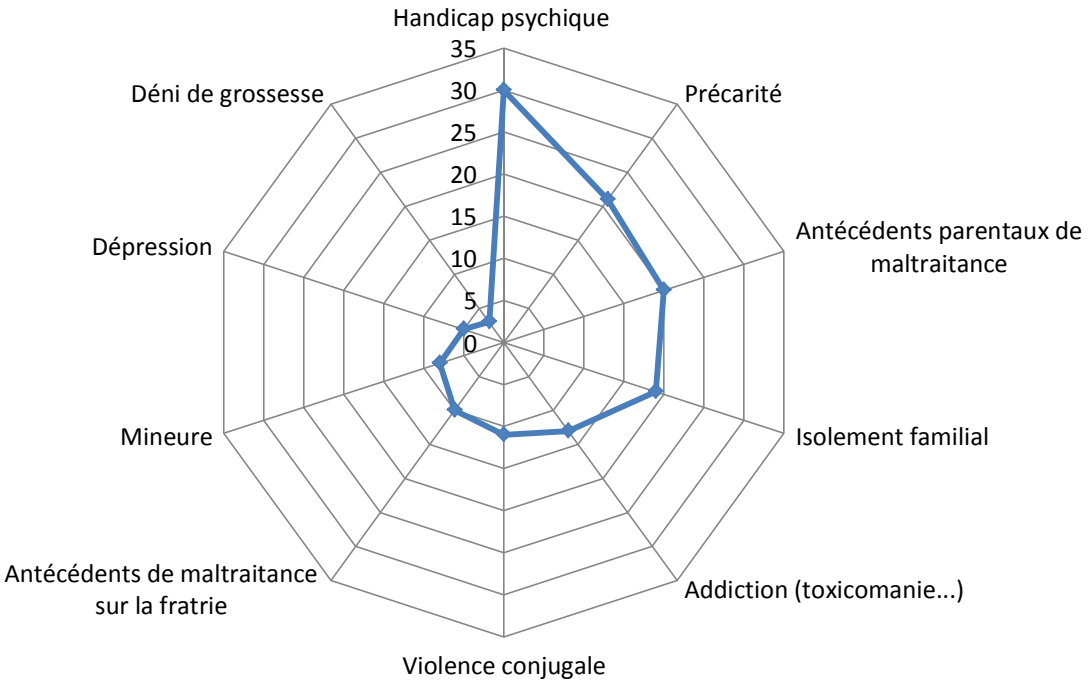
Communication des coordonnées internes au CHU	20	40
Précision de l'histoire de la famille	28	56
Communication des coordonnées externes au CHU	30	60
Résumé de la PEC lors de la grossesse	30	60
Précision de la PEC à apporter dans le post-partum	**31**	**62**

PEC : Prise en charge.

46 des sages-femmes interrogées sur 50 considèrent utile la fiche de parentalité réalisée lors des staffs de parentalité. Cependant, elles sont 31 à souhaiter comme amélioration de cette fiche, une précision de la prise en charge à apporter dans le post-partum.

Figure 6 : Facteurs de risque de défaut de compétence parentale cités par les sages-femmes.

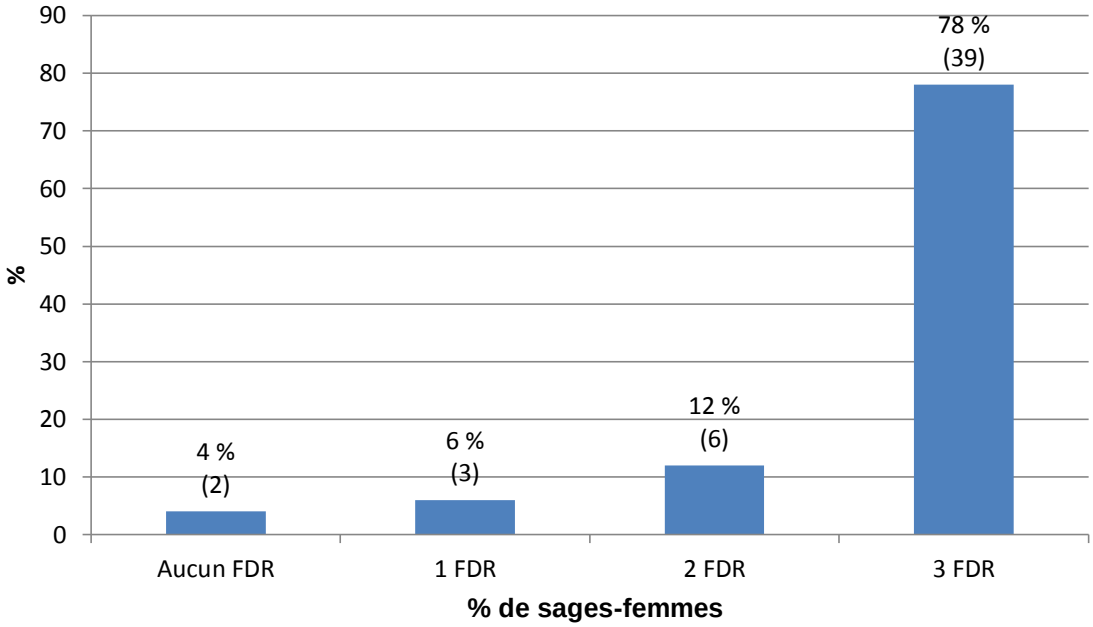
(Questions ouvertes - Trois réponses possibles – Nombre de réponse par critères définis - N=50).



Les 3 principaux facteurs de risque de défaut de capacité parentale cités par les sages-femmes sont le handicap psychique. Elles ont notées spécifiquement pour ce facteur : « retard mental », « déficience intellectuelle », « déficience mentale » « maladie psychiatrique », « handicap mental sévère », « schizophrénie » « dépressions sévère »…
La précarité : « conditions socio-économiques difficile », « contexte social »…

Les antécédents de maltraitance infantile chez l'un des deux parent : « parents maltraités dans leur enfance », « histoire personnelle carencée affectivement »…

Figure 7 : Taux de réponse à la question « Citer trois facteurs de risque de défauts de capacité parentale » par nombre de FDR donné.

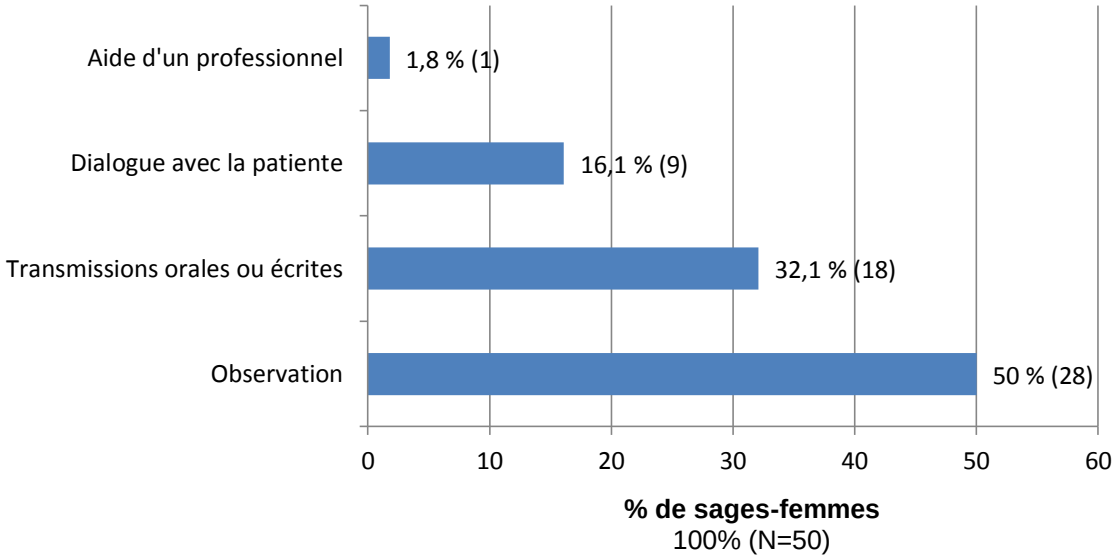


FDR : Facteurs de risque.

11 sages-femmes ne sont pas parvenues à citer 3 facteurs de risques dont 2 n'ont cité aucun facteur. Elles sont 39 à en avoir cité 3.

Figure 8 : Outils utilisés par les sages-femmes pour s'aider dans le repérage de situations à risque de maltraitance.

(Question ouverte – Nombre de réponse totale citée N=56).



19 sages-femmes ont répondu à cette question ouverte en signalant au moins un et au maximum 3 outils qu'elles utilisent pour repérer des situations à risque de maltraitance. Le principal outil utilisé est celui de l'observation du couple mère-enfant.

Elles ont précisé : « lecture des consultations antérieures », « observation du lien mère-enfant », « discussion avec l'équipe »…

Tableau IV : Actions menées par les sages-femmes auprès des familles à risques.

(Plusieurs réponses possibles – N=50 – Nombre et fréquence des réponses par question indépendante).

Actions	**Nombre (n)**	**Fréquence (%)**
Dialogue avec la famille	16	32
Observation de la famille	28	56
Réunions collégiales avec l'équipe	30	60
Renforcement du soutien à la parentalité	**33**	**66**
Allongement de la durée de séjour	**34**	**68**

Notons que pour les sages-femmes, l'allongement de la durée de séjour est la principale action à mettre en œuvre dans le service de suites de couches auprès des familles reconnues comme vulnérables face au risque de maltraitance.

38% des sages-femmes sont satisfaites de la prise en charge des familles à risque de maltraitance dans le service de suites de couches. 62% des sages-femmes sont peu satisfaites ou insatisfaites de cette prise en charge.

Tableau V : Tableau statistique représentatif du profil entre les sages-femmes satisfaites et celles insatisfaites de la prise en charge des familles à risque de maltraitance.

Variables	**Satisfaites de la PEC** *n=19 (38%)*	**Insatisfaites de la PEC** *n=31 (62%)*	**p**
Déjà suspecté une situation à risque de maltraitance	14 **(73,7)**	29 **(93,5)**	**0.04**
Participation >1 fois à un staff de parentalité	3 **(15,8)**	15 **(48,4)**	**0,02**
Sensation d'être démuni devant une situation à risque	9 **(47,4)**	25 **(80,6)**	**0,01**
Considère le lien avec la PMI insuffisant	10 **(52,6)**	25 **(80,6)**	**0,04**
Absence d'information sur la maltraitance au cours des études	6 **(31,6)**	27 **(87,1)**	**0,00**
Souhaiterait la mise en place d'analyse de pratique	11 (57,9)	21 (75,0)	0,21
Utiliserait une grille d'évaluation du lien mère-enfant	10 (58,8)	21 (70,0)	0,44

Les premiers nombres indiquent le nombre de réponse et les parenthèses indiquent les pourcentages.

Les sages-femmes qui ne sont pas satisfaites de la prise en charge des familles à risque de maltraitance sont significativement celles qui :

- ont déjà suspecté une situation à risque de maltraitance.
- ont déjà participé plus d'une fois à un staff de parentalité.
- ont la sensation d'être démunies face à une situation à risque de maltraitance.
- considèrent le lien avec la PMI insuffisant.
- n'ont pas eu d'information sur la maltraitance durant leurs études

Ce sont également les sages-femmes qui ont plus tendance à souhaiter la mise en place d'analyse de pratique et qui utiliseraient une grille d'évaluation du lien d'attachement mère-enfant.

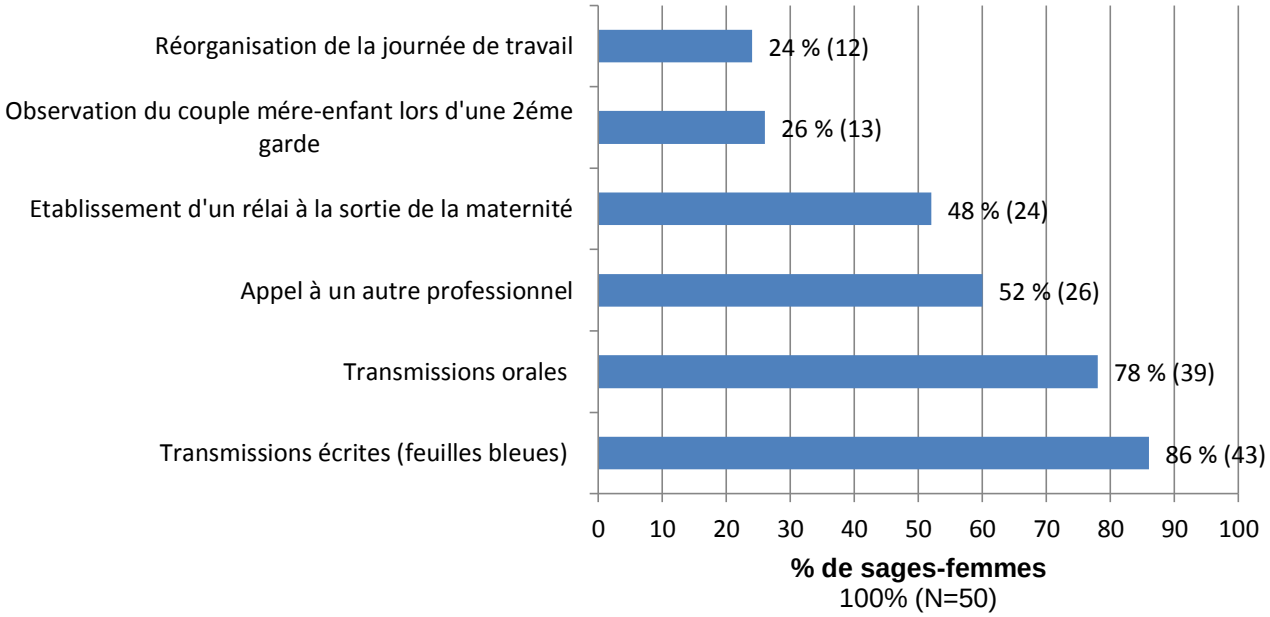
2.5. Le lien mère-enfant

78% des sages-femmes considèrent qu'une difficulté dans l'installation du lien mère-enfant peut parfois entraîner une maltraitance à long terme. Elles sont 11% à considérer que souvent cela peut entraîner une maltraitance.

Deux sages-femmes considèrent que l'accompagnement à la parentalité n'est pas un des rôles des sages-femmes dans le service de suites de couches. Parmi les 48 sages-femmes considérant que l'accompagnement à la parentalité fait partie de la profession des sages-femmes, elles sont 34 à penser que ce rôle est actuellement parfois accompli dans le service et 14 à considérer qu'il est souvent accompli.
Lorsqu'un accompagnement à la parentalité n'est pas réalisé, elles sont 34 sages-femmes à avoir noté que cela est dû à un manque de temps et de disponibilité.

Figure 10 : Outils utilisés par les sages-femmes devant une situation de défaut d'attachement mère-enfant.

(Plusieurs réponses possibles - Nombre et fréquence des réponses par question indépendante - N=50)



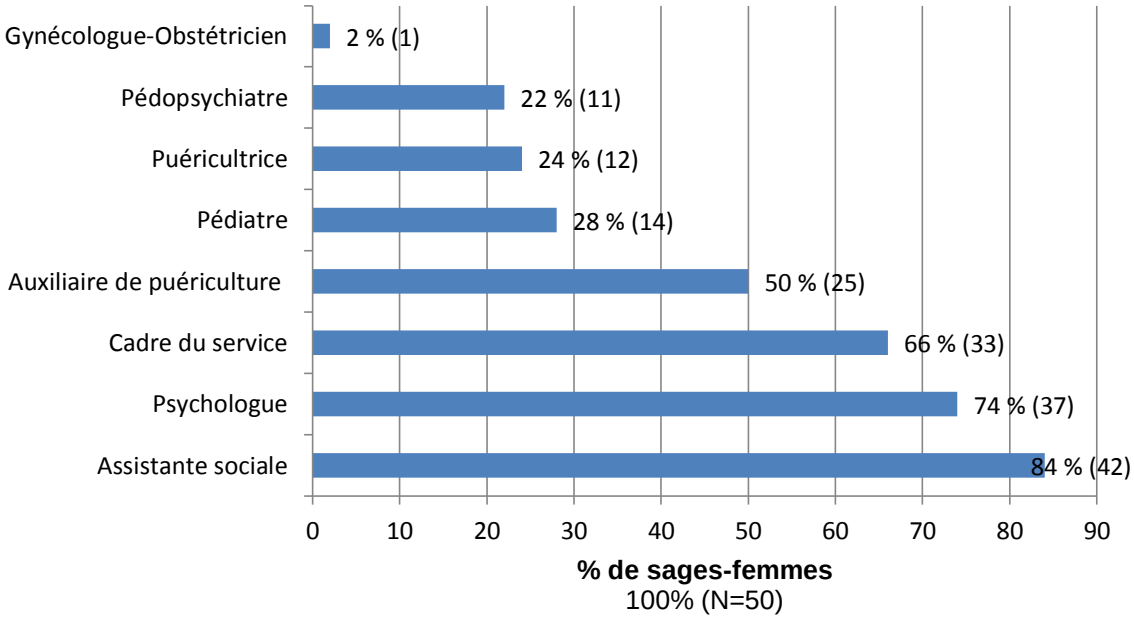
Devant une situation de défaut d'attachement mère-enfant, 68% des sages-femmes réalisent des transmissions orales et écrites.

Si une grille d'évaluation du lien d'attachement parents-enfant était proposée, plus de la moitié l'utiliserait (66%).

2.6. Le travail en réseau

Figure 11 : Professionnels prévenus en priorité par les sages-femmes face à une situation à risque de maltraitance.

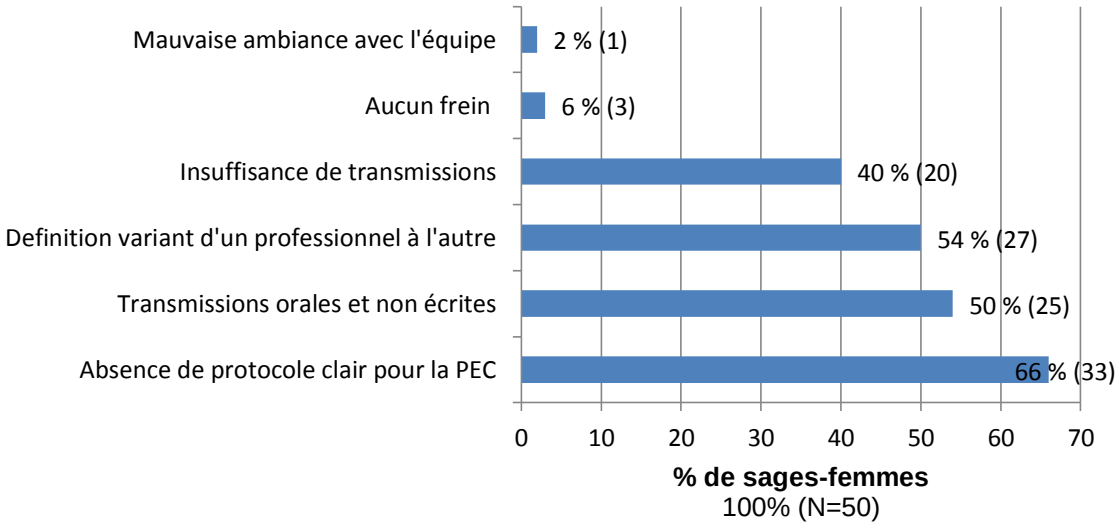
(Plusieurs réponses possibles. Nombre et fréquence des réponses par question indépendante - N=50)



Assistante sociale, psychologue sont les deux professionnels à être prévenus prioritairement par les sages-femmes d'une situation à risque de maltraitance pour l'enfant.

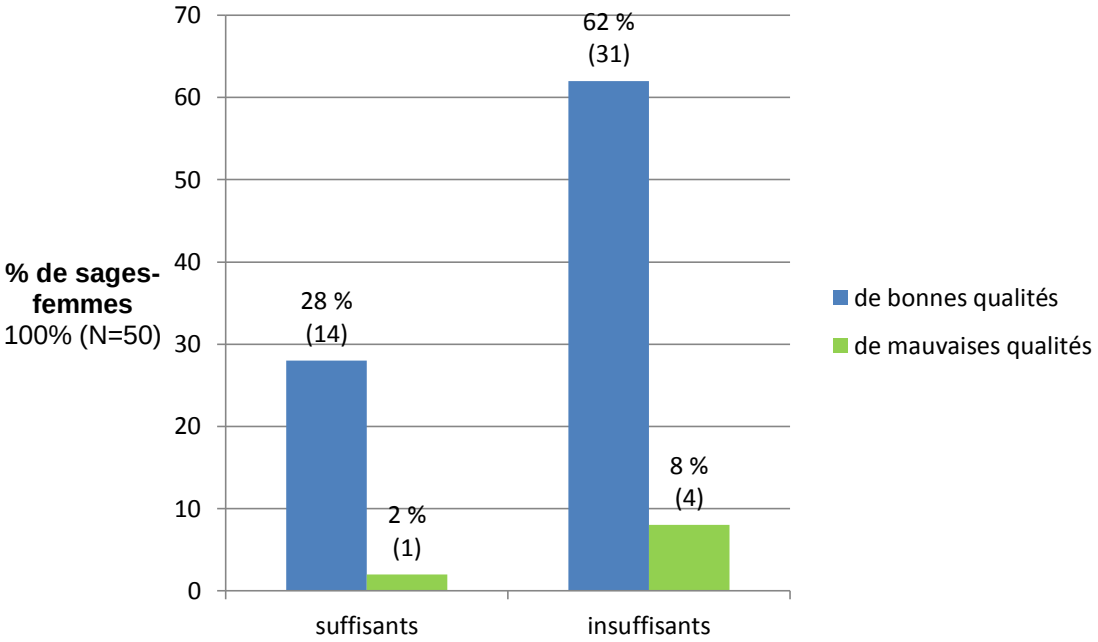
Figure 12 : Freins rencontrés par les sages-femmes dans le travail en équipe concernant la PEC des familles à risque de maltraitance.

(Plusieurs réponses possibles. Nombre et fréquence des réponses par question indépendante - N=50



58% des sages-femmes considèrent que les coordonnées des puéricultrices ou sages-femmes de PMI ne sont pas facilement accessibles. La plupart des sages-femmes ont ajouté en commentaire que ce sont principalement les coordonnées des sages-femmes de PMI qui sont peu accessibles.

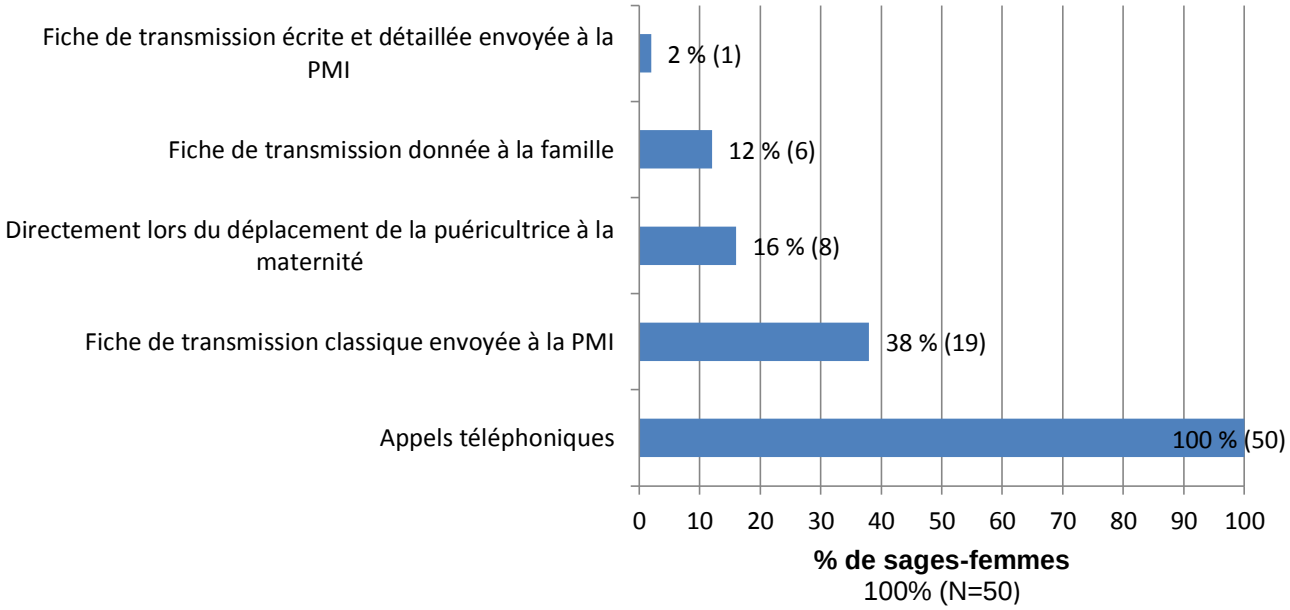
Figure 13 : Qualité des liens entretenus entre les professionnels de la PMI et les sages-femmes de suites de couches.



35 sages-femmes sur les 50 interrogées ont noté que les liens avec les professionnels de la PMI sont insuffisants en quantité. Néanmoins, 45 sages-femmes sur les 50 considèrent que la qualité des relations avec les professionnels de PMI est bonne.

Figure 14 : Outils utilisés par les sages-femmes pour transmettre un dossier à la PMI.

(Plusieurs réponses possibles - Nombre et fréquence des réponses par question indépendante - N=50)



La totalité des sages-femmes transmettent par un ou plusieurs appels téléphoniques à la sage-femme ou la puéricultrice de PMI du secteur.

90% des sages-femmes ne recontactent pas plus tard les sages-femmes ou puéricultrices de PMI pour connaître l'issue du dossier.

16% des sages-femmes prennent contact avec la puéricultrice lors de son déplacement dans le service de suites-de-couches.

Tableau VI : Tableau statistique représentatif du profil des sages-femmes contactant la puéricultrice lors de son déplacement dans le service de suites-de-couches.

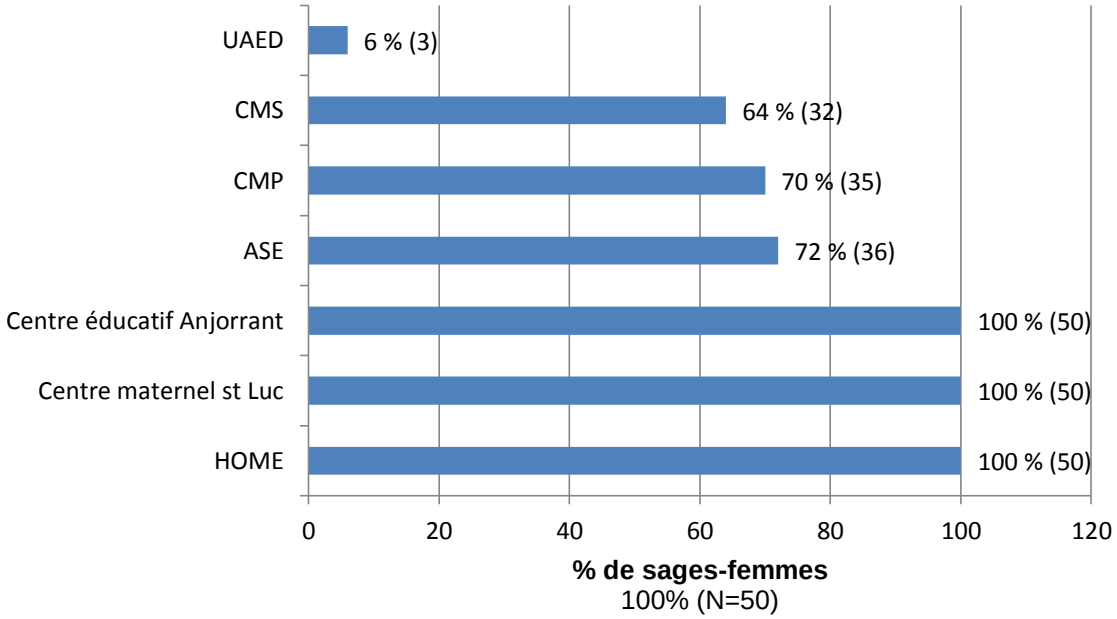
Variables	**Contact avec la PMI n=8 (16%)**	**Pas de contact avec la PMI n=42 (84)**	**p**
Liens avec la PMI suffisants	5 (**62.5%**)	10 (**2.8%**)	**0,03**
Qualité de la relation avec la PMI bonne	8 (100,0%)	37 (88,1%)	0,3
Recontacte la PMI pour connaitre l'issu	5 (**62.5%**)	0 (**0,0%**)	**0,0**
Connaissance du sigle CMS	8 (**100,0%**)	24 (**57,1%**)	**0.02**
Participation à la transmission d'un signalement	4 (**50,0%**)	7 (**16.1%**)	**0.04**

Les premiers nombres indiquent le nombre de réponse et les parenthèses indiquent les pourcentages.

Les sages-femmes qui prennent contact avec la PMI, notamment lors du déplacement de la puéricultrice sont significativement celles qui :

- Ont des liens suffisants avec la PMI
- ont une relation avec la PMI de bonne qualité
- recontactent la PMI pour connaître l'issue
- comprennent le sigle CMS

Figure 15 : Connaissance par les sages-femmes des structures (et leurs sigles) en lien avec la maltraitance infantile.



HOME : Hospitalisation de la mère et de l'enfant

CMS : Centre médico-social

CMP : Centre médico-psychologique

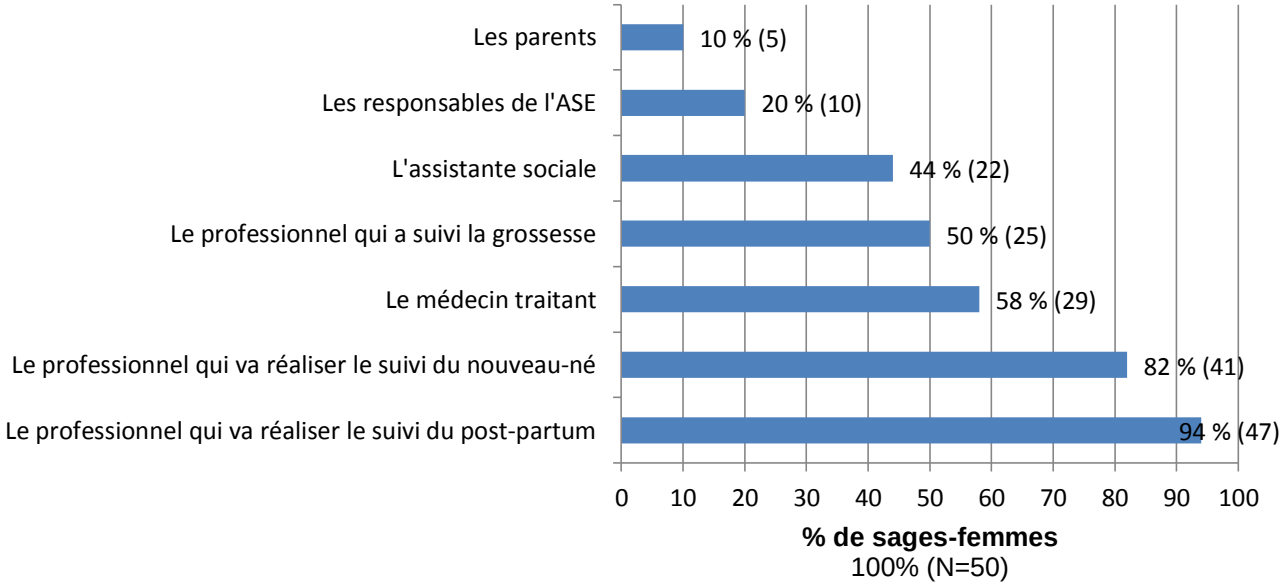
ASE : Aide Sociale à l'Enfance

UAED : Unité d'accueil des enfants en danger

La totalité des sages-femmes connaissent le centre éducatif Anjorrant, le centre maternel st Luc, le HOME.

Figure 16 : Personnes à qui la fiche de transmission doit être envoyée en priorité selon les sages-femmes.

(Plusieurs réponses possibles. Nombre et fréquence des réponses par question indépendante)



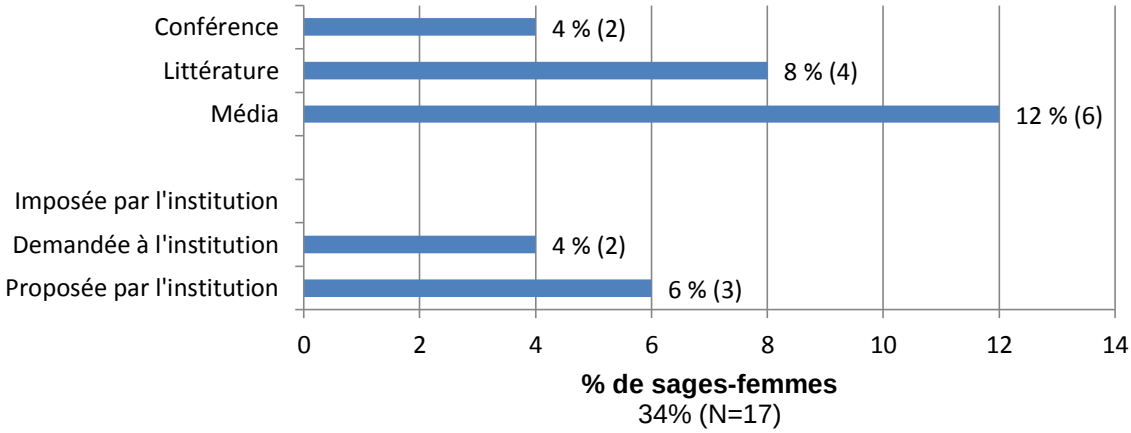
D'après 94% des sages-femmes, la fiche de transmission résumant la grossesse, l'accouchement et le séjour en maternité doit-être envoyée en priorité au professionnel réalisant le suivi du post-partum.

2.7. La formation

60% des sages-femmes n'ont eu aucune information sur la maltraitance infantile durant leurs études. 98% pensent que la formation initiale des sages-femmes ne prépare pas suffisamment à intervenir dans la prévention de la maltraitance en périnatalité.

Figure 17 : Moyens de formation continue sur la maltraitance infantile utilisés par les sages-femmes.

(Plusieurs réponses possibles. Nombre et fréquence des réponses par question indépendante)



34% des sages-femmes ont eu des informations sur la maltraitance infantile en dehors de leurs études : 8% lors d'une formation continue, 22% par des informations personnelles (conférence, littérature ou média), 4% par une formation continue et une information personnelle.

Tableau VII : *Tableau statistique* représentatif du profil des sages-femmes en fonction de leur âge.

Variables	**Age < 35 ans n=29 (48%)**	**Age ≥ 35 ans n=21 (42%)**	**p**
Concernée par une situation à risque de maltraitance	29 (100)	20 (95,5)	0.26
Participation à la transmission d'une information préoccupante	10 (34,5)	9 (42,9)	0,55
Participation >1 fois à un staff de parentalité	8 (27,6)	10 (47,6)	0,15
Information sur la maltraitance infantile au cours des études	14 (48,3)	6 (28,6)	0,16
S'est formée sur la maltraitance infantile en dehors des études	13 (44,8)	4 (19,0)	0,06

Les premiers nombres indiquent le nombre de réponse et les parenthèses indiquent les pourcentages.

Deux catégories d'âge ont été créées arbitrairement, les sages-femmes de moins de 35 ans et celles qui ont 35 ans ou plus, 35 ans étant la médiane des sondées.

Les sages-femmes n'ayant eu aucune information sur la maltraitance infantile durant leurs études ont tendance à avoir 35 ans ou plus.

Néanmoins, concernant les autres critères, il ne semble pas y avoir de différence significative entre les sages-femmes de 35 ans et plus et les sages-femmes de moins de 35 ans.

III- Discussion

1. Rappel des principaux résultats

Un état des lieux des connaissances des sages-femmes dans le domaine de la prévention de la maltraitance infantile a pu être évalué, ainsi que leurs pratiques en matière de prévention et prise en charge de situations à risque.
Les sages-femmes sont impliquées dans la prévention de la maltraitance infantile. Cependant de nombreux freins entravent cette prévention. Par conséquent, les sages-femmes ont des demandes pour améliorer le repérage et la prise en charge des familles à risque.

2. Limites de l'étude

2.1. Les limites des différentes questions

2.1.1. Les questions à choix multiples

Certaines questions ont été orientées par un nombre de réponses aux choix. Parmi les choix, les case « sans opinion » ou « ne sait pas » n'ont pas été proposées pour obtenir, à chaque question, une réponse.

2.1.2. Les questions ouvertes

Les questions ouvertes sont plus favorables à une analyse respectant le ressenti des sages-femmes. Elles permettent aux sages-femmes de donner un point de vue plus nuancé. De plus, ce type de questions permet de pallier à une éventuelle différence de compréhension.
Cependant, les questions ouvertes ont obtenu peu de réponses. En effet, ces questions demandent une implication plus importante des sages-femmes puisqu'elles contraignent à la réflexion. Les sondées attendent d'un questionnaire d'y répondre le plus rapidement possible ainsi, un nombre élevé de questions ouvertes peuvent provoquer chez le sondé un comportement d'évitement.

Dans un second temps, les réponses aux questions ouvertes sont plus longues à traiter. Cependant, il fut relativement aisé de créer des catégories et de classer les différents discours dans ces catégories.

2.2. Les autres biais du questionnaire

2.2.1. Biais de mémorisation

Les réponses aux questions rétrospectives sont toujours sujettes à différents biais, liés pour une large part aux difficultés de mémorisation. C'est le cas de la question « Pendant vos études avez-vous eu des informations sur la maltraitance infantile ?».

2.2.2. Biais de compréhension

Le questionnaire et notamment la compréhension des questions a été testé auprès de deux sages-femmes avant sa distribution. Cela a permis d'améliorer la pertinence de certaines questions.

2.2.3. Biais méthodologique

Il a fallu augmenter le délai de retour des questionnaires et se déplacer dans les services pour récupérer un nombre intéressant de questionnaire. Suite à l'allongement du délai, 27 questionnaires supplémentaires ont été récupérés. Ce taux de retour en deçà de l'objectif initial est peut-être dû à un manque d'implication des sages-femmes sur le sujet. Par conséquent il est probable que les sages-femmes répondantes semblent d'avantage concernées par la maltraitance que les non répondantes.

2.3. Les limites de l'étude

L'enquête est une enquête mono-centrique : elle fait un état des lieux des pratiques dans le seul Pôle Mère-Enfant du CHU de Nantes. Il sera donc difficile d'extrapoler les résultats au niveau national.

3. Discussion des résultats

3.1. L'implication des sages-femmes dans la prévention de la maltraitance infantile

3.1.1. L'expérience des sages-femmes

Les sages-femmes s'impliquent activement dans la prévention précoce de la maltraitance infantile, et en particulier dans la prévention primaire. En effet, quarante-neuf sages-femmes (98%) se sentent concernées en tant que professionnelles par la maltraitance infantile. Et quarante-huit sages-femmes (96%) pensent que l'accompagnement à la parentalité de l'ensemble des familles est un de leur rôle. Les sages-femmes ont donc conscience de leur place unique dans la prévention.
Elles s'impliquent également dans la prévention secondaire. Quarante-trois sages-femmes (86%) interrogées ont déjà repéré des situations à risque de maltraitance. Ce chiffre important peut d'une part être le reflet de l'ampleur du phénomène en France. D'autre part il peut indiquer que les sages-femmes sont attentives, observent et repèrent des situations à risque.

Ce repérage s'effectue principalement en suites de couches puisque 81,4% des sages-femmes ont repéré des situations à risque dans ce service. Le repérage en suites de couches est d'une part facilité par un travail réalisé en amont dans les services anténataux en partenariat avec les acteurs de la périnatalité et d'autre part, les sages-femmes répondantes ont essentiellement travaillé en salle de naissance et en suites de couches pour 44 (88%) d'entre elles.

Les sages-femmes s'impliquent également dans la prévention tertiaire. En effet, vingt-sept sages-femmes (54%) ont déjà participé à la transmission d'une information préoccupante et/ou d'un signalement dans le seul service des suites de couches. Les sages-femmes sont rarement conduites à signaler elles-mêmes des maltraitances, mais elles font partie de la chaine du signalement. [65]
Ce résultat pourrait être plus important puisque la part du signalement venant du secteur médical est très faible. Seuls 2 à 5% des signalements seulement émanent du corps médical. [16] L'insuffisance de connaissance des professions médicales concernant les

procédures de signalement peut expliquer ce manque de réactivité. Néanmoins nous ne connaissons pas la part spécifique des 4 professions médicales dans les signalements.
La totalité des sages-femmes comprennent les termes « signalement » et « information préoccupante ». Ce résultat est à mettre en lien avec le nombre important de sages-femmes qui ont déjà participé à la transmission d'une information préoccupante ou d'un signalement.

3.1.2. La connaissance des facteurs de risques

Nous avons fait le choix de tester les connaissances des sages-femmes concernant les facteurs de risque par une question ouverte. Il semble que ce fut un choix judicieux puisqu'une question fermée aurait pu influencer les réponses par simple remémoration.
78% des sages-femmes ont noté 3 facteurs de risques de défaut de capacité parentale. Elles ont donc conscience de la multitude des facteurs de risques impliqués dans la maltraitance.
Chantal Sivek, assistante sociale affirme que pour faire progresser la prise en charge de l'enfance en danger, il faut travailler en amont et ne pas se concentrer uniquement sur les cas de maltraitance avérée. [65] Dans la prévention précoce en suites de couches, la maltraitance n'est pas visible mais suspectée par un faisceau de signes d'appels. Les facteurs de risques sont donc des éléments nécessaires à un repérage précoce. La connaissance des facteurs de risque par les sages-femmes a donc toute son importance dans la prévention.

Les 3 premiers facteurs de risque notés par les sages-femmes sont :

- Handicap psychique
- Précarité
- Antécédent de maltraitance dans l'enfance de la mère

30 sages-femmes (60%) ont notés qu'une complication psychologique ou psychiatrique chez un des deux parents était associée à un risque plus élevé de maltraitance infantile. Elles ont particulièrement souligné les déficiences intellectuelles. Les sages-femmes sont en accord avec les résultats d'une étude menée par Sidebotham P et al. [40]
Cette étude de cohorte longitudinale a suivi au Royaume-Unis 14 256 enfants de la grossesse jusqu'à l'âge de 3 ans et à analyser les multiples facteurs qui influent sur le risque de mauvais traitements chez les jeunes enfants. Le premier facteur de risque retrouvé dans les résultats de l'étude est l'antécédent psychiatrique chez la mère.

Il est possible que les sages-femmes aient désigné ce facteur de risque car la relation entre des déficiences intellectuelles et la maltraitance semble être évidente. En effet, il est aisé de concevoir qu'une déficience intellectuelle chez la mère compromet lourdement l'exercice du rôle de parent. Beaucoup de ces caractéristiques, qui compromettent l'exercice du rôle de parent, sont associées à une difficulté à planifier des évènements importants de la vie des relations sociales perturbées, à une inaptitude à affronter le stress et à une difficulté de s'adresser aux réseaux d'aide sociale. [41]

Concernant la précarité : ce facteur rentre dans le groupe correspondant aux structures et ressources familiales : la précarité sociale, économique et relationnelle. Vingt-et-une sages-femmes (42%) ont noté comme facteur de risque correspondant à ce groupe la pauvreté, l'absence d'emploi stable, les isolements familiaux … En effet, différentes études ont permis de repérer que les facteurs socio-économiques s'associent à de moindres stimulations de l'enfant lors des relations précoces. [42]
Néanmoins, la maltraitance est présente dans toutes les classes sociales. Cette donnée a été montrée pour deux problèmes pour lesquels des données solides sont disponibles : le syndrome du bébé secoué et les violences conjugales.
Concernant le syndrome du bébé secoué, 2 études de 2000 portant sur la même cohorte d'enfants notent, l'une que la majorité des parents a une situation professionnelle stable (81 % des mères sont sur le marché du travail) [43], l'autre qu'une grande partie des parents à un niveau d'études secondaire ou supérieur [44].
Ainsi, pour la fréquence de ces deux problèmes, il n'existe pas de différence significative entre les classes sociales. Il est possible que les sages-femmes ne connaissent pas cette dernière donnée et notent de manière excessive les facteurs socio-économiques comme facteur de maltraitance.

Enfin, les sages-femmes interrogées connaissent l'effet de répétition de maltraitance puisque le troisième facteur de risque noté est l'antécédent de maltraitance dans l'enfance de la mère. En effet, une femme avec un enfant placé ou ayant subi une enfance perturbée est à risque de reproduire des violences sur ce nouvel enfant. [45] Des études attestent qu'environ un tiers des individus maltraités durant leur enfance infligeront de mauvais traitements à leurs enfants, perpétuant ainsi le cycle de la maltraitance [46].

Aucune sage-femme n'a cité des facteurs de risques spécifiques des suites de couches, visibles seulement dans l'observation telles que des attitudes maternelles inadéquates ou une relation mère-enfant compliquée à s'installer. Pourtant, elles ne doivent pas oublier que les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-

économiques. [16] Les facteurs de risques cités par les sages-femmes vont en effet permettre de repérer une situation de vulnérabilité mais c'est essentiellement l'observation d'une pathologie de l'attachement et de comportements parentaux inadéquats qui vont nécessiter la mise en place d'actions spécifiques. En outre, ce qui est le plus visible tel que le facteur économique peut parfois ne pas être le plus essentiel ni le plus déterminant dans l'origine d'une maltraitance. [47]

Les sages-femmes ont citées les facteurs de risques les plus évidents et les plus médiatisés. De plus, 89% des sages-femmes répondantes ne considèrent pas qu'une difficulté dans l'installation du lien mère-enfant puisse souvent entrainer une maltraitance. Ainsi, elles ne notent pas les difficultés dans l'établissement du lien d'attachement comme un facteur de risque principal de maltraitance.

Les sages-femmes connaissent bien les facteurs de risque. En effet, les facteurs de risques notés sont ceux retrouvés dans la maltraitance infantile selon les données de la littérature. Néanmoins, aucune n'a cité les facteurs de risques psycho-affectifs.

3.1.3. La connaissance des structures

La totalité des sages-femmes connaissent le HOME, le centre éducatif Anjorrant, le centre maternel St Luc. Ce sont trois structures de proximité existant à Nantes et les sages-femmes de suites de couches sont régulièrement en lien avec ces structures.

Elles sont un peu plus de la moitié à connaitre l'ASE (72%), le CMP (70%) et le CMS (64%). Les sigles ont volontairement étés notés dans le questionnaire. Peut-être que certaines sages-femmes connaissent ces trois structures mais n'ont pas reconnu leurs sigles. Pourtant, il est encore habituel de parler du CMS pour désigner la PMI. Les CMS abritent la PMI.

Enfin, seulement trois sages-femmes (6%) connaissent l'UAED, unité fonctionnelle de pédiatrie du CHU de Nantes accueillant les enfants en danger. Ce service accueille l'enfant quel que soit l'âge (0-15ans) et quelle que soit la maltraitance subie par l'enfant. Bien que cette unité fonctionnelle soit implantée au sein de l'Hôpital Mère-Enfant, les sages-femmes n'ont pas de lien direct avec celle-ci, ce qui peut expliquer le faible taux de connaissance de cette structure.

Par conséquent, les sages-femmes ont une bonne connaissance des structures en lien avec la prévention. Cette connaissance est essentielle puisqu'elle permet aux sages-femmes d'adresser les femmes vers les professionnels et les structures les mieux adaptées à la situation.

3.2. La pratique des sages-femmes en suites de couches

3.2.1. Le repérage des situations de vulnérabilité

- Le travail en amont

Les sages-femmes interrogées considèrent le repérage des familles à risque pendant la grossesse comme une aide précieuse à la prise en charge dans le post-partum.

Par exemple, elles expriment un grand intérêt aux staffs de parentalité. Quarante-sept sages-femmes (94%) considèrent que le principal objectif atteint par les staffs de parentalité est la mise en réseau des professionnels dès la grossesse. Le deuxième objectif qu'elles considèrent atteints par les staffs est l'anticipation des difficultés pouvant être rencontrées après la naissance. La prise en charge se fait alors moins dans l'urgence après l'accouchement.

Néanmoins elles notent des améliorations à apporter à la fiche réalisée lors de ce staff. Elles souhaiteraient notamment une précision dans la prise en charge à réaliser dans le post-partum. Elles indiquent : *« Bien noter toutes les coordonnées téléphoniques des différents intervenants ». « Les explications données sont brèves et souvent erronées car la situation peut avoir évoluée ». « A faire tôt pendant la grossesse car la patiente accouche parfois avant ».* Les sages-femmes ont donc des propositions précises pour parfaire la fiche et permettre l'amélioration de la prise en charge des familles en suites de couches.

- L'observation

Les sages-femmes accordent une attention particulière à l'observation du couple mère-enfant pour repérer des comportements inadaptés. Vingt-huit sages-femmes (56%) ont noté cet outil pour le repérage.

En effet, le post-partum est un moment particulier pour observer deux faits essentiels. Tout d'abord des comportements maternels inadéquats. La sage-femme est interpellée par l'attitude de la mère, c'est-à-dire des commentaires dévalorisant son enfant, sa non-participation aux soins, son indifférence…Deuxièmement, un défaut d'attachement mère-enfant peut également interpeller la sage-femme.

Cependant, il serait intéressant de les questionner sur leurs critères d'observation. En effet, bien qu'elles soient sensibilisées à l'observation du couple mère-enfant, aucune n'a cité de facteur psycho-affectif spécifique.

- Les outils d'évaluation

Si une grille d'évaluation du lien d'attachement parents-enfant était proposée, trente-trois sages-femmes (66%) l'utiliseraient. Différentes échelles méthodologiquement rigoureuses (échelle de Prague [25], guide de Steinhauer [26]…) permettent d'explorer la situation familiale et les compétences parentales. Pourtant aucun outil d'évaluation n'est reconnu au niveau national.

Il est possible que les sages-femmes utilisent ces tests pour faciliter le repérage et optimiser leur temps d'observation. Sans suivre précisément les items des grilles, cela peut-être un outil pour guider la recherche d'éléments probants auxquels les sages-femmes n'auraient pas pensé. L'évaluation objective doit porter [48] :

- sur le développement cognitif et affectif de l'enfant,
- sur le fonctionnement psychique des parents et leur capacité de changement,
- sur l'observation de l'interaction de chaque parent avec l'enfant.

C'est dans le service de suites de couches que cette dernière observation est la plus propice à apprécier. Cependant, ces outils exigent une observation attentive du couple mère-enfant et nécessite donc un temps dédié.

3.2.2. L'accompagnement à la parentalité

Quarante-huit sages-femmes (96%) considèrent que l'accompagnement à la parentalité fait partie des actions devant être menées auprès de l'ensemble des familles dans le service des suites de couches.

Les résultats de nombreuses études confortent l'intérêt porté par les sages-femmes des actions de soutien à la parentalité dans la prévention primaire de la maltraitance infantile. [49] En effet, d'après l'OMS, les données prouvant que les programmes d'aide et de soutien aux parents préviennent efficacement la maltraitance des enfants sont solides [10]. En 1988, Wolfe et al. ont évalué une intervention comportementale destinée à développer les attitudes parentales dans des familles considérées à risque [50]. Trente couples mère-enfant étaient répartis de façon aléatoire entre le groupe d'intervention et un groupe témoin. Une évaluation de suivi à un an réalisée par des travailleurs sociaux a montré que le taux de maltraitance était significativement moindre chez les mères qui avaient reçu précocement une formation au rôle de parent. Mais ces interventions doivent s'étaler dans le temps.

Après adhésion par les parents à l'aide proposée, les actions d'accompagnement à la parentalité ont notamment pour objectifs [51] :

- Augmenter les connaissances parentales
- Modifier l'interaction entre parent et enfant
- Leur redonner confiance
- Les aider à assurer leur rôle parental
- Apporter un appui aux familles fragilisées

Le but ultime étant de diminuer le taux de maltraitance.

L'un des enjeux du suivi des familles par les sages-femmes pendant le séjour à la maternité consiste à transmettre des savoirs estimés nécessaires au bien-être et au bon développement de leur enfant. Cette prise en charge des familles constitue un moment d'éducation des futurs parents, pendant lequel les sages-femmes encouragent l'émergence chez les parents des comportements jugés adéquats et propices au bon développement de leur enfant [52].

L'accompagnement à la parentalité réalisée par les sages-femmes dans le service de suites de couches occupe une grande place dans la prévention primaire et secondaire de la maltraitance infantile.

3.3. L'organisation du service

3.3.1. Sentiments des sages-femmes dans le travail en équipe

Trente-quatre sages-femmes (68%) se sentent démunies devant une situation à risque de maltraitance et elles sont douze (24%) à ressentir une solitude. Ainsi, il semble que les sages-femmes restent seules face à leur présomption.

Pourtant, suite au repérage de situations à risque de maltraitance, une première règle d'or est de ne jamais rester seule. [47] Il peut s'agir, à un premier niveau d'un échange et d'une écoute, relativement informelle et de proximité, avec un collègue ou une personne de confiance, apte à comprendre et à apporter soutien et informations. Les sages-femmes travaillent en équipe avec les auxiliaires de puériculture. Il est toujours plus facile de repérer des situations à risque à plusieurs puisque chaque professionnel a repéré tel ou tel clignotant dans sa spécialité. La prévention nécessite donc une réflexion collective des professionnels qui y participent. [47] Il est essentiel de favoriser la communication entre les

professionnels pour éviter un sentiment de solitude et donc d'impuissance des sages-femmes.

3.3.2. Les transmissions écrites et orales

Devant une situation de défaut d'attachement mère-enfant, trente-quatre sages-femmes (68%) réalisent des transmissions orales et écrites. Et elles sont quarante-trois (86%) à réaliser des transmissions écrites. Ainsi, elles considèrent les transmissions comme primordiales dans la prise en charge des familles vulnérables. De plus, dans une question ouverte, dix-huit sages-femmes ont notées les transmissions comme outils qu'elles utilisent pour s'aider dans le repérage de situations à risque de maltraitance.
En effet, les transmissions sont essentielles pour une bonne prise en charge des familles à risques, comme le souligne le Dr Bernard Marc qui conseille de noter dans le dossier de la femme chaque information recueillie. [65] Par exemple « réaction anxio-depressive », « laisse pleurer son enfant alors qu'il manifeste des signes de faim», « part fumer en laissant son enfant dans la chambre sans avertir personne »….

3.3.3. Les transmissions internes

Nous soulignons que seulement la moitié des sages-femmes transmettent en priorité aux auxiliaires de puériculture une difficulté dans l'installation du lien mère-enfant. Cette insuffisance de transmission au sein de l'équipe renforce le sentiment de solitude des sages-femmes. Pourtant le travail en binôme doit faciliter le repérage et le travail de prévention. Les auxiliaires de puériculture associent les parents aux soins qu'elles donnent à l'enfant et à la transmission du savoir entourant le nouveau-né. Les soins de puériculture au sens le plus large offrent des possibilités d'accompagnement, de partage et d'échange et de repérage des dysfonctionnements dans la relation mère-enfants.
La difficulté du travail en binôme peut être expliquée pour deux raisons. Tout d'abord auxiliaires et sages-femmes ne travaillent pas sur les mêmes objectifs. Comme l'ont montré de nombreuses observations et entretiens auprès des professionnels [53], lorsque les sages-femmes évoquent leur travail, elles se dirigent plus du côté des mères que des nouveau-nés. Par contraste, le choix professionnel des auxiliaires est résolument tourné du côté de l'enfant. Pourtant, ces conclusions soutiennent d'autant plus la nécessité d'une transmission entre ces deux professionnels.
De plus, au CHU de Nantes les auxiliaires de puéricultures ne partagent pas les mêmes secteurs que les sages-femmes. Et il n'existe pas de temps formel de transmissions entre les sages-femmes et les auxiliaires. Enfin, peut-être que les sages-femmes considèrent

que les auxiliaires de puériculture lisent les transmissions ciblées écrites et qu'il est donc inutile de réaliser un temps dédié de transmission oral.
Tous ces éléments ne favorisent pas le travail en équipe.

Les sages-femmes sont 28% à réaliser des transmissions au pédiatre. Pourtant ce sont des acteurs clefs de la prévention de la maltraitance infantile. En effet, ces professionnels rédigent les informations préoccupantes, jugent de la sortie, décident le suivi du nouveau-né... Ils ont donc un rôle prépondérant dans la protection de l'enfance.

Ainsi, lorsqu'une situation est délicate, les sages-femmes font appel à deux professionnels en priorité :

- L'assistante sociale pour quarante-deux d'entre elles (84%)
- La psychologue pour trente-sept d'entre elles (74%)

L'accompagnement psychologique et social à toute son importante et peut être débuté dès les suites de couches si cet accompagnement n'avait pas commencé dès la grossesse. Ces deux professionnelles auxquelles font appel les sages-femmes sont à mettre en lien avec les principaux facteurs de risques de mauvais traitements notés par les sages-femmes : le handicap psychique, la précarité ainsi qu'un antécédent de maltraitance chez la mère.
Ainsi, la psychologue sera sollicitée si la patiente exprime des doutes quant à sa capacité de devenir mère, si l'histoire infantile maternelle a été très carencée affectivement et fait craindre des répétitions de traitements inadaptés aux besoins du nouveau-né ou si la relation mère-enfant est disharmonieuse. Ce sont des situations rencontrées très régulièrement par les sages-femmes.
Si les sages-femmes font facilement appels à ces deux professionnels cela signifie que leurs liens sont solides et que les sages-femmes sont sensibles au travail en équipe pluridisciplinaire.
Mais ce taux important peut également signifier que les sages-femmes délèguent aisément cette problématique à un autre acteur de soin. Cette supposition est à mettre en lien avec un autre résultat : face à une instauration du lien mère-enfant difficile, seulement douze sages-femmes répondantes (24%) réorganisent leur journée de travail pour aider la mère. Elles sont le double à directement faire appel à un autre professionnel (52%).
Pourtant, les sages-femmes peuvent facilement mettre en place des actions avant de faire appel à d'autres professionnels. Par exemple, elles pourraient prendre le temps de discuter avec les parents, avec l'entourage, être présentes durant les tétées et observer, prendre le nouveau-né pour que la mère se reposent, présenter à la mère les nombreuses compétences du nouveau-né lors d'un soin…. Peut-être que les sages-femmes le font déjà

mais qu'elles considèrent ces actions comme dérisoires et vaines dans la prévention de la maltraitance infantile. Elles n'ont donc pas indiqué ces pratiques lorsqu'elles ont rempli le questionnaire.

Ainsi, les sages-femmes ont des ressources, elles savent observer mais devant une situation à risque de maltraitance éventuel elles se sentent très souvent démuni dans les actions à mettre en place. Le défaut du travail en équipe renforce ce sentiment. Elles délèguent alors facilement à un autre acteur de soin. Néanmoins, elles savent vers quels professionnels se tourner et s'appuyer.

3.3.4. La PMI

À un deuxième niveau, au-delà des transmissions internes, on se heurte rapidement à un carrefour, où les voies à emprunter sont nombreuses et variées. Dans tous les cas, il est pertinent de chercher à être épaulé par la PMI dans sa démarche.

Huit sages-femmes (16%) ont des contacts avec les puéricultrices lors de leurs déplacements à la maternité et trente-et-une sages-femmes (62%) ont répondu que les liens avec la PMI sont insuffisants. Même lorsqu'il existe une volonté d'articuler les structures et les professions, ces liens ne sont pas utilisés à leur juste valeur. Pourtant le déplacement d'un professionnel de la PMI à la maternité peut devenir une grande aide.
Les sages-femmes qui prennent contact avec la PMI, notamment lors des déplacements des puéricultrices sont significativement celles qui ont des liens avec la PMI jugés suffisants ($p=0.03$), ont une relation avec la PMI jugée de bonne qualité ($p=0.3$) et recontactent la PMI pour connaître l'issue d'un dossier ($p=0.0$).
Les sages-femmes pourraient profiter du déplacement de la puéricultrice lors de son passage en maternité pour transmettre les fiches de liaison du secteur concerné et adresser de nouveaux dossiers. Les liens entre les sages-femmes et la PMI se révèleraient de meilleures qualités.

Les puéricultrices de PMI peuvent aller à la rencontre des parents dans le service des suites de couches. Il convient pour ces professionnels de se présenter aux parents, d'expliquer leurs missions, le rôle et l'organisation du service de PMI. Elles confirment la visite à domicile de la puéricultrice envisagée par la sage-femme, notamment lorsqu'un accompagnement est mis en place pendant la grossesse ou si des difficultés apparaissent lors du séjour à la maternité. Cela signifie que le dossier est déjà été transmis à la PMI par les sages-femmes de suites de couches.

Cependant ce manque de contact entre les sages-femmes et les puéricultrices de PMI est précisément lié à une organisation du service plutôt qu'à un défaut d'investissement des sages-femmes.

3.3.5. Les réunions de concertation

10% des sages-femmes interrogées ont participé plus d'une fois à une réunion de concertation ou un staff de parentalité. Par conséquent nous nous demandons si ces staffs et leurs rôles sont suffisamment bien connus des sages-femmes et si elles ont le temps d'y participer lorsqu'ils sont organisés en suites de couches.

Pourtant outre le passage des puéricultrices, les réunions de concertation en suites de couches sont utiles pour transmettre sur un dossier ciblé. Les réunions pluridisciplinaires ont pour mission d'évaluer les situations présentant des facteurs de risque et permettre une continuité dans le suivi entre l'anté et le post-natal. Le réseau construit autour et avec la famille pendant la grossesse se rencontre une nouvelle fois en suites de couches avant la sortie de la mère et de son enfant pour organiser la prise en charge au retour à domicile. Par exemple en proposant de poursuivre le suivi à domicile par la PMI lorsqu'il a été au préalable instauré durant la grossesse.

3.3.6. Le retour de l'information

Seules 10% des sages-femmes appellent la puéricultrice de PMI pour avoir l'issue d'une intervention débutée en suites de couches. Les actions débutées en suites de couches dans une démarche préventive secondaire ou tertiaire ont la plupart du temps un impact très tardif. Il existe un décalage entre le temps de l'action par les sages-femmes de la maternité et celui des résultats. Pourtant les soignants estiment que le retour de l'information tient une place importante dans la compréhension du travail effectué, la qualité des échanges et la motivation. [39]
Ainsi ce défaut de retour de l'information des familles suivi précédemment en suites de couches peut être un frein à la motivation et aux actions entreprises dans ce service. De plus, cela ne permet pas l'amélioration des pratiques.

3.4. Les difficultés rencontrées par les sages-femmes

3.4.1. Satisfaction des sages-femmes

Trente-et-une sages-femmes (62%) sont peu satisfaites ou insatisfaites de la prise en charge des familles à risque dans le service de suites de couches. Les sages-femmes non satisfaites de la prise en charge des familles à risque de maltraitance sont significativement celles impliquées dans la problématique de la maltraitance infantile. Elles souhaiteraient notamment un meilleur lien avec la PMI, une plus grande formation durant les études et la mise en place d'analyses de pratique.

3.4.2. Difficulté d'un travail en équipe

Les sages-femmes ont soulevée des freins contraignant le travail en équipe. Elles sont vingt-sept (54%) à avoir noté que la définition de la maltraitance variant d'un intervenant à l'autre entrave ce travail d'équipe.

En effet la maltraitance infantile est un concept général qui recouvre plusieurs grandes notions: enfants maltraités, enfant en danger, enfant en risque de danger et différentes catégories: maltraitance physique, négligences lourdes, abus sexuels, maltraitance psychologique. Chacune de ces catégories connaît diverses définitions, plus ou moins larges. De plus, aucune définition n'échappe à une part de subjectivité. [14]

Pourtant c'est en associant plusieurs niveaux d'observation et d'analyse que l'évaluation peut être complète. Le travail en équipe ne doit pas être un frein mais au contraire une aide dans l'évaluation de situations difficiles à évaluer puisque chaque professionnel aura repéré un incident, entendu une parole ou révélé un antécédent notable chez la mère. [14]

3.4.3. Le manque de temps

Quarante-deux sages-femmes (84%) considèrent que le manque de temps est actuellement un frein pour une bonne prise en charge des familles à risques. Elles estiment que le temps est un allié précieux pour soutenir la réflexion, la prise de recul et l'élaboration d'une décision raisonnée dans un travail de prévention. Etre disponible pour la famille permet d'établir avec elle une alliance basée sur la confiance. Notre étude montre que les sages-femmes délèguent aisément à un autre secteur de soin, éventuellement par manque de temps. Ce manque de temps s'explique de deux façons.

D'une part un manque de temps professionnel qui entraine les sages-femmes à souvent prioriser le suivi médical aux autres suivis. Dans un guide de 2011 intitulé « prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent » écrit sous la direction du ministère de la Santé et des Solidarité est écrit : « Il importe, à présent, de développer davantage la prévention sur un plan autre que le suivi médical pour prendre en compte le contexte social, économique et appréhender le vécu psychologique des nouveaux parents» [54].

D'autre part, un manque de temps lié à la durée d'hospitalisation des familles. Elles sont notamment 68% à souhaiter un allongement de la durée d'hospitalisation pour les familles vulnérables. Devant une situation à risque d'une maltraitance éventuelle, il est intéressant de proposer aux familles un allongement du séjour en maternité. Cet allongement de l'hospitalisation pourrait permettre aux professionnels d'observer plus attentivement la famille, transmettre l'essentiel pour permettre aux parents de gagner en autonomie, de se former à devenir parents et d'établir des relais solides pour la sortie.

3.4.4. La durée de séjour

La volonté des sages-femmes d'allonger la durée de séjour est contraire au constat d'aujourd'hui. En France la durée des séjours en maternité a longtemps été de sept à neuf jours ; depuis les années 1990 la durée se raccourcit progressivement [37]. Et à ce jour, selon une enquête menée par B. Branger dans le Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire en 2012 [55], la durée moyenne de séjour en maternité est de 4,5 jours (+/-1,5) et 4,4 jours au CHU de Nantes.

Plusieurs études se sont intéressées à une éventuelle surmortalité en lien avec une sortie trop précoce de la maternité. [56] Il a été démontré que les réadmissions des nourrissons étaient corrélées à la durée de séjour en maternité allant de 2% pour des durées de séjour supérieurs à 48 heures à 6% pour des séjours inférieurs à 24 heures.

La fréquence et les motifs des urgences vitales durant les premier mois de vie ont été étudiés par Lodé et al, dans une étude rétrospective menée en 2001 et 2002 à Paris auprès des SMUR pédiatriques et centre 15, des urgences et des centres de PMI. Une relation significative a été retrouvée entre la durée de séjour en maternité et les ré-hospitalisations liées à une maltraitance [57]. Cette conclusion manifeste le réel intérêt des actions réalisées durant le séjour en maternité pour la prévention de la maltraitance infantile.

Les séjours à la maternité de plus en plus raccourcis créent donc une situation qui, en supprimant cette période d'observation privilégiée du nouveau-né, doit modifier le concept

global d'accompagnement de la mère et de l'enfant [58]. Par exemple en établissant des relais solides dès la sortie de la maternité.

3.4.5. Les sentiments des sages-femmes

Les sentiments des sages-femmes sont mobilisés à des degrés divers devant une situation à risque de devenir maltraitante pour l'enfant. Les réponses à la question « Avez-vous déjà exprimé un de ces sentiments devant une situation à risque de maltraitance ? » révèlent l'ampleur du malaise et l'intensité des ressentis négatifs des sages-femmes intervenant auprès de ces situations.

Vingt-quatre sages-femmes éprouvent de la tristesse, quinze de la colère et quatorze de la peur. Pourtant, beaucoup de ces sentiments ne vont en rien améliorer la situation délicate. La sage-femme éprouvant un de ces sentiments va s'engager dans des réactions démesurées ou, à l'inverse être dans une attitude de négation des difficultés observées [59].
Divers moyens permettent de se prémunir de ces réactions inadaptées [47] :

- Donner le relais à un collègue
- Temporiser la situation
- Avoir un cadre établi
- Participer à des analyses de pratique

Ces réactions excessives empêchent l'objectivité dans l'évaluation des capacités parentales. Les sages-femmes ont conscience des conséquences des sentiments négatifs dans la pratique professionnelle quotidienne puisque pour être plus objective elles souhaitent utiliser les grilles comme un outil clinique d'aide à la décision.

Les sages-femmes soulèvent de nombreuses difficultés entravant le travail de prévention de la maltraitance infantile. Elles sont conscientes du temps que demande la prévention. Elles soulignent la difficulté du travail en équipe, renforçant leur solitude.

3.5. Demandes des sages-femmes

3.5.1. L'analyse de pratique

68% des sages-femmes souhaitent l'analyse de pratiques professionnelles. Les sages-femmes ont des questionnements sur leur rôle et peuvent avoir besoin d'un éclairage sur ce qu'elles ressentent certaines situations. Un temps d'échange avec un psychothérapeute

peut aider en donnant du sens à des dysfonctionnements parentaux complexes ou des interactions mère-bébé difficilement compréhensibles. Par ces questionnements des pratiques, les professionnelles retirent des leviers à mobiliser et des axes à développer [60].

3.5.2. La formation initiale

Rapidement les problèmes de la formation et du soutien des professionnels sur le terrain sont soulevés puisque trente sages-femmes (60%) n'ont eu aucune information sur la maltraitance infantile durant leurs études. Et elles sont quarante-neuf (98%) à considérer la formation initiale des sages-femmes comme insuffisante pour se préparer à intervenir dans la prévention de la maltraitance en périnatalité. Pourtant lors de la première phase des études de sages-femmes un enseignement est prévu dans le cadre des actions de préventions dans le domaine de la santé de l'enfant intitulé « Maltraitance et enfance en danger ». Cet enseignement est décrit au programme des études de sage-femme datant du 11 décembre 2001 [61]. L'information des sages-femmes durant leurs études s'améliore. Les résultats de notre étude confirment cette évolution puisque les sages-femmes ayant reçu une information sur la maltraitance infantile ont pour la majorité moins de 35 ans. Cette formation est devenue obligatoire mais prend des formes disparates d'une école à l'autre.

3.5.3. La formation continue

Seulement quatre sages-femmes (8%) ont reçu des informations sur cette problématique lors d'une formation continue. Pourtant, par le code de déontologie des sages-femmes elles doivent bénéficier de formations professionnelles continues sur cette problématique. Le référentiel métier et compétences des sages-femmes datant d'octobre 2007 réalisé par le conseil national de l'ordre des sages-femmes aborde ce thème [62]. En effet, la prévention de la maltraitance et des situations de vulnérabilité des femmes et des enfants font partie des savoirs scientifiques et techniques validées des sages-femmes.

Les sages-femmes sont conscientes de la place qu'elles occupent au sein de la procédure complexe qu'est la prévention de la maltraitance infantile. Elles souhaitent agir avec les bons outils et sont notamment en demande de formation pour engager des actions dans les meilleures conditions possibles dans l'intérêt de l'enfant des familles et d'elles-mêmes.

4. Propositions pour améliorer la prévention périnatale

A l'issu des résultats de notre étude, des propositions de solutions et d'amélioration du travail de prévention dans le post-partum immédiat sont présentées dans la perspective de favoriser et de soutenir notamment l'établissement des liens parents-enfant.

4.1. Les connaissances des sages-femmes

4.1.1. Le contenu des formations

La complexité, et la difficulté des situations et le fort sentiment de solitude des sages-femmes, indiquent la nécessité de mettre à leur disposition des formations et des informations claires et précises.

- Sur les actions possibles

Dans une maternité d'Aix en Provence une formation sur le thème « La fonction des soignants dans l'établissement des liens précoces parents-enfant. » a été mise en œuvre et a remporté un vif succès [63]. Elle a permis de favoriser les échanges entre l'équipe ; elle a apporté une dynamique et des ajustements du projet de soin. Les sages-femmes se trouvent sensibilisées à l'observation des liens mères-enfants ainsi qu'aux problématiques des compétences parentales inadéquates.

- Sur le parcours de prise en charge

En tant qu'actrices de ce système de protection de l'enfance, les sages-femmes doivent connaître les circuits de la procédure d'un signalement et d'une information préoccupante.

- Sur le réseau

La compréhension du réseau local d'aide et d'intervention, la perception des réunions de concertation et de coordination, la connaissance de l'articulation entre les services sont des éléments complétant les leviers permettant aux sages-femmes d'activer une aide appropriée à la famille.

4.1.2. La forme des formations

La diffusion d'initiatives existant actuellement permettrait le perfectionnement des connaissances des sages-femmes.

- Une commission « parentalité – vulnérabilité » a été créée dans le réseau Sécurité Naissance – Naitre Ensemble des Pays de la Loire. Depuis 2011, une « journée de la parentalité » est organisée par la commission. A cette journée sont conviées les sages-femmes.
- Une fiche mémo « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » a été réalisée par la HAS et est disponible depuis le 29 novembre 2014 [64] (Annexe II). Ce guide pourrait être accessible à tous dans les services et plus spécifiquement en suites de couches.

D'une manière plus générale, dans le cadre du développement professionnel continu, des formations sur le thème de la prévention de la maltraitance infantile peuvent être créées et proposées aux sages-femmes. Ces temps de formation atteignent d'autant plus leurs objectifs s'ils sont réalisés en équipe pluridisciplinaire [60]. En effet la formation apporte en plus des connaissances aux professionnels, permet le décloisonnement entre les différents secteurs.

4.1.3. Les analyses de pratique

Le cadre de ces analyses de pratique doit être précis [60] :

- Régulières : tous les mois à tous les 3 mois
- Avec les mêmes soignants à chaque réunion
- Respecter l'espace privé de la famille et le secret professionnel

4.2. La prise en charge des familles en suites de couches

- Elaboration de grilles

Certaines maternités comme le Centre Hospitalier de Draguignan, ont listé des clignotants à déceler lors de la grossesse, l'accouchement ou en suites de couches [65], pour dépister davantage de situations. Cette création d'outils destinés notamment aux sages-femmes constitue une aide précieuse pour évaluer le risque de maltraitance infantile.

- Formation de groupe de parole

Le groupe de travail de la HAS considère que la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) effectuée durant toute la période prénatale doit être poursuivie après la naissance [17] ; notamment systématiquement à la maternité après la naissance sous

forme de guidance ou de soutien individuel, et de séances collectives thématiques en fonction des besoins des femmes. Le travail de la sage-femme s'inscrit également dans une participation à des actions collectives institutionnelles proposées aux parents.
Il est intéressant de proposer aux femmes des groupes de parole lors de leur séjour à la maternité. Ces groupes peuvent se décliner en un espace d'écoute, d'échange, d'informations et d'éducations pour les parents. La sage-femme, organisatrice de ce groupe, répond aux différentes questions et transmet des messages de prévention primaires. Ces groupes sont à concevoir de la même façon que les séances de PNP afin de permettre aux accouchées librement échanger sur leurs expériences, exprimer leurs difficultés et leurs interrogations. Bien évidemment, ces actions nécessitent temps et moyens supplémentaires.

4.3. L'organisation du service

4.3.1. Transmissions internes

A l'issu de l'étude, la définition d'un temps de transmission pluridisciplinaire entre la sage-femme, la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture s'avère essentiel. Il est à l'inclure dans l'organisation de la journée de travail. Le moment le plus approprié semble être en début d'après-midi. Ce moment peut devenir un véritable temps d'échange pour éclairer les observations de la matinée sur les liens mères-enfants et établir les actions à mettre en œuvre avant la fin de la journée.

4.3.2. Une puéricultrice de PMI référente

Une puéricultrice de liaison référente peut venir une fois par semaine dans le service de suites de couches pour avoir un contact direct avec la sage-femme des différents secteurs. Cela permet tout d'abord de réaliser des transmissions orales des dossiers nécessitant un suivi et de transmettre les fiches de liaison des différents secteurs. De plus, elle peut donner des informations sur les actions préalablement réalisées et sur le suivi des familles.

4.3.3. Une sage-femme de liaison référente interne à la structure

Au CHU d'Angers, l'Unité Médico-Psychosociale en Périnatalité a pour but d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Elle est comparable sur de nombreux points à l'UGOMS au CHU de Nantes.

Cette unité est notamment composé d'une sage-femme de liaison référente qui établit le lien entre les différents intervenants (psychologue, assistante sociale, centre maternel…). Si elle est rattachée à cette unité spécifique, le service de suites de couches fait également appel à la sage-femme de liaison pour assurer la collaboration avec les services spécialisés compétents. L'une de ses missions est notamment d'assurer la continuité des soins lorsque les patientes quittent le département en transmettant des informations à l'établissement d'accueil. C'est dont le professionnel référent dédié à la prévention de la maltraitance infantile.
Les liens ne vont pas seulement de l'hôpital vers la ville mais également de la ville vers l'hôpital. Le recours à un collègue hospitalier bien identifié est souvent la meilleure solution pour un praticien libéral isolé qui a besoin de renseignements ou de transmettre un dossier [6].

4.4. L'organisation du réseau : un outil de prévention

4.4.1. Les réunions de concertation

Favoriser l'organisation de réunions de concertation en suites de couches de manière plus formelles et connues des sages-femmes est une nécessité. Les sages-femmes se doivent alors de respecter différents critères de participation aux réunions de concertation :

- L'information aux familles : celles-ci sont prévenues qu'une réflexion à plusieurs sur leur situation s'engage.
- La confidentialité du dossier
- Les transmissions : un compte rendu écrit précis est établi aux réunions pour chaque situation
- Le respect des décisions prises en réseau, avec surtout concertation si une remise en question apparaît.

4.4.2. Les moyens de transmission

Une fiche de liaison du suivi maternel et néonatal du post-partum a été créée par le réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire (Annexe III). Elle est mise à disposition à l'ensemble des professionnels des maternités des Pays de la Loire en aout 2014. Elle est à remplir par la sage-femme en maternité et à destination des professionnels en charge du suivi puis jointe au carnet de santé de l'enfant. Une diffusion de cette fiche en suites de couches permettrait aux sages-femmes de la remplir plus systématiquement.

Le rôle du carnet de santé, comme outil de liaison entre professionnels, n’est pas à négliger.

Conclusion

Tous les professionnels s'accordent sur le rôle primordial des sages-femmes en matière de prévention et de protection de l'enfance [65]. L'étude renforce l'idée que le séjour des femmes en suites de couches est un moment privilégié pour les sages-femmes de réaliser ce travail de prévention précoce. Elles ont un rôle charnière dans la continuité des actions réalisées entre le pré-natal et le post-natal.

L'ensemble des hypothèses soulevées au début de l'étude sont vérifiées par les résultats. En effet elle révèle que les sages-femmes s'impliquent activement dans la prévention de la maltraitance infantile et particulièrement dans le service de suites de couches. Elles consacrent une part importante à l'observation et aux transmissions pour repérer des situations à risque de maltraitance. Pourtant, aucune n'a cité de facteurs de risque psycho-affectifs spécifiques des suites de couches telle qu'une absence de participation de la mère aux soins de l'enfant.

De nombreux freins révélés par l'étude entravent leur travail de prévention et notamment l'observation. Devant une situation à risque de maltraitance les sages-femmes manquent de temps et se sentent très souvent démunies dans les actions à mettre en place. Bien qu'elles aient de bonnes connaissances des facteurs de risques généraux, des structures et des professionnels vers qui elles peuvent se tourner, elles délèguent facilement à d'autres acteurs de soins. Leur formation les a très rarement préparées à la réalité complexe de la maltraitance.

Les sages-femmes, conscientes de la place qu'elles occupent au sein de la procédure ont des demandes pour améliorer la prévention. Elles souhaitent des formations, une information de qualité sur le sujet et des collaborations professionnelles sures et claires afin d'engager des actions dans les meilleures conditions possibles dans l'intérêt de l'enfant des familles et d'elles-mêmes. Renforcer la collaboration interprofessionnelle est indispensable pour leur permettre de demander de l'aide quand elles en ressentent le besoin.

C'est par une vigilance de chaque instant, une motivation déterminée et durable de l'ensemble des professionnels que l'aide nécessaire aux familles en difficulté sera renforcée.

Bibliographie

Ouvrage :

[5] Tursz A. Les Oubliés : Enfants maltraités en France et par la France, 1e édition. Paris : Seuil, 2010 ; 432 :10 ; 41-55 ; 69 ; 113-183 ; 205-295 ; 361-369.

[10] Butchart A et Phinney HA. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données, 1e édition. Geneve : Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006; 97: 14-17 ; 34-35.

[11] Manciaux M et Deschamps JP. Santé de la mère et de l'enfant, 1e édition. Paris: Flammarion, 1978 ; 297 : 40-41.

[14] Gérard M. Guide pour prévenir la maltraitance, 1e édition. Bruxelles : Yapake.be, 2014 ; 63 : 11-53.

[19] Vander Linden R et Roegiers L. Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance, 1e édition. Bruxelles : Yapake.be, 2007 ; 64 :7.

[20] Bowlby J. Attachment and loss. Vol 1: Attachment. New York : Basic Books, 1969.

[21] Winnicott D. Le bébé et sa mère. Paris : Payot, 1992.

[27] Houzel D. Les enjeux de la parentalité. Toulouse : Erès, 1999 ; 601 : 50-52.

[33] Bydlowski M. Devenir père, devenir mère : naissance et parentalité. Transparence psychique de la grossesse et dette de vie. Paris : Erès, 2004 ; 160 : 73-81.

[34] Molenat F. Prévention précoce : Petit traité pour construire des liens humains. Toulouse : Erès, 2009 ; 278 : 57-71 ; 101-111.

[39] Molenat F. Naissance pour une éthique de la prévention. Toulouse : Eres, 2001 ; 127 p : 50-56 ; 78-79.

[43] Concordet S, Bonnaure A. Caractéristiques psychosociales de l'enfant et de sa famille dans Le bébé secoué. Paris : Karthala, 2000. 59-73.

[44] Goldberg A, Maurey-Forguy C. La prise en charge sociale dans le bébé secoué.Paris : Karthala. 2000. 59-73.

[47] Q.Bullens, D.Cordier, D. Debluts et al. Point de repère pour prévenir la maltraitance, 5e édition. Bruxelles : Yapake, 2014 ; 116 : 5 ; 7 ; 21 ; 29-31.

[48] Berger M, Bonneville E. Protection de l'enfance : l'enfant oublié. Bruxelles : Yapake.be, 2007. 59p : 32-33.

[58] Brunet J. La Sortie précoce de maternité vue par le pédiatre. Lyon : 33é congrès de périnatalité ; 2004. 4 :2.
Disponible à partir de l'URL : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=898

[60] Lamour M. Parents défaillants, professionnels en souffrance. Bruxelles : Yapake.be, 2010. 57 : 42-45 ; 50 ;

[63] Cadart ML. Les crèches dans un réseau de prévention précoce. Le réseau de soutien à la parentalité en Aix en Provence. Toulouses : Erés, 2008 ; 232 : 101-113.

Périodiques :

[2] Nathanson M. Maltraitance à enfants et adolescents. Encyclopédie Médico Chirugicale. 2014 ; 9 : 2-6.

[4] Gilbert R, Kemp A, Thobur J et al. Recognising and responding to child maltreatment. The Lancet ; 2009, 373: 167-180.

[7] Deschamps G, Deschamps JP, Déruelle M. Incidence des mauvais traitements chez les enfants, évaluation et critique des sources d'information et résultats. Archive française de pédiatrie ; 1982 ; 39 (8): 627-631.

[13] Diquelou JY. Facteurs de risque de mauvais traitements à enfants pendant la période périnatale. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) ; 1996, 25: 809-818.

[18] Dufour V. Bilan d'activité des staffs de parentalité à Paris : quelle réponse pour quel type de difficultés ? J Gynecol Obstet Biol Reprod ; 2005, 34 (suppl. au n°1). 4 : 3.

[25] Sulcova E. L'échelle de Prague : consultation d'observation du nouveau-né en situation d'alimentation. Psychiatrie de l'enfant ;2008, 51 : 547-576.

[28] Barraco de Pinto M. Aide psychologique à la parentalité. Dialogue ; 2003, 157. 120 : 59-62.

[31] Wendland C, Piccinini CA, Millar WS. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction. Child Dev ; 1999, 70(3): 713-721.

[32] Nugent JK, Brazelton TB. Echelle de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal. Paris : Médecine. & Hygiène ; 2001 : 201-202.

[40] Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the ‘‘Children of the Nineties’’ : a longitudinal study of parental risk factors. Child Abuse & Neglect ; 2001, 25 :1177-1200.

[42] Duncan J et al. Economic deprivation and early childhood development. Child Dev ; 1994, 65 (2) : 296-318.

[45] B.England, D.Jacobvtiz, K.Papatola. Intergenerational continuity of abuse. R.J Gelles et J.b Lancaster, child abuse and neglect. Biosocial dimension. New York : Adline de Gruyter ; 1986. 255-276.

[46] Aaltonon J, Jyvaskyla T. Mothers' Abusive Childhood Predicts Child Abuse. New York : Child Abuse Review, 1991, 8 : 231.

[50] Wolfe Da et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. Journal of Consulting and Clinical Psychology ; 1988 ; 56 : 40-47.

[51] Delawarde C, et al. Aider les parents à être parents ? Modèles et pratiques des programme « evidence based » d'aide à la parentalité. Paris : Ann Med Psychol ; 2013, 72 : 273-279

[52] Camus J, Orian I. Apprendre à être parent à la maternité : transmission et concurrence des savoirs. Revue française de pédagogie ; 2011, 176 : 73-82.

[53] A. Villand, N. Gabai, Y. Gansel et al. États des liens en maternité: paroles de soignants. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence ; 2012, 60 (8) : 487-491.

[57] N. Lode, I.Maury I, C. Boissinot. Urgences vitales chez le moins d'un mois. J Ped Puericult ; 2004, 17(3): 143-50.

[59] S. Rusconi, N. Guedeney, MJ. Herve, M. Lamour, P. Le Tronier et al. Les ressentis négatifs du thérapeute partie 2 : quelles stratégies thérapeutiques ?. Devenir ; 2009, 21 : 7-29.

[65] Richard M, Guerroudj N. Maltraitance infantile : dépister le risque dès la grossesse. Profession Sage-Femme ; 2006, 124 : 36-38.

Textes législatifs et enquêtes :

[8] Ministère de la justice. Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Paru au journal officiel n°56 du 7 mars 2007. Texte n°12
Disponible à l'URL :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000430707&categorieLien=id

[9] Dini M, Meunier M. Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance. Présenté le 25 juin 2014.
Disponible à l'URL : http://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf

[29] Ministère de la santé et des solidarités. Molenat F. Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.
Disponible à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm

[30] Ministère de la santé et des solidarités. Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent. Guide pratique, protection de l'enfance. 2011. 100p : 8.

[35] Ministère de la santé et des solidarités. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité. 2013.
Disponible à l'URL :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf

[36] Cour des Comptes, La Sécurité Sociale, Chapitre VI – Le rôle des sages-femmes dans le système de soins, 2011. 575 : 173-190.

[37] DREES. Satisfaction des usagères des maternités concernant le suivi de grossesse et le déroulement de l'accouchement. Etudes et résultats n°660. 2008.

[38] CIANE. Sortie de maternité et bien-être des femmes. Enquête sur les accouchements, dossier n° 4. 2012.

[49] Hermange MT. Rapport remis le 25 février 2006, à Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. 48p.

[54] Ministère de la Santé et des Solidarité. Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent. Guide pratique. 2011. 100p : 8.

[55] B Branger. La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. 150p.

[61] Arrêtée du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme paru au journal officiel le 19 décembre 2001. Publié au Bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité n°2002/02.

[62] Conseil de l'ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences de sages-femmes. Octobre 2007. 34p : 30 ; 33.

Rapports et guides scientifiques officiels :

[1] Bellamy E, Gabel M, Padieu H. Protection de l'enfance : mieux comprendre les circuits, mieux connaître les dangers. Observatoire nationale de l'action sociale décentralisée. Paris ; 1999, 5-7.

[3] Observatoire nationale de l'action sociale décentralisée. Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. La lettre de l'ODAS. 2007. 12 : 2-5.

[6] Tursz A. Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Etude auprès des parquets. Cermes, Inserm. Rapport à la mission de recherche droit et justice. 2005. 101 : 22-46.

[15] Observatoire nationale de l'action sociale décentralisée. Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. La lettre de l'ODAS, observer pour mieux agir. 2007. 12 : 2-5

[16] Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de la maltraitance infantile : Y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger. Questions/Réponses. 2014 ; 10 : 4.

[17] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations pour la pratique clinique. 2005. 79 : 13 ; 22-23 ; 25-26

[26] Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire. Guide d'évaluation des capacités parentales : basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide de Steinhauer O à 5 ans). Montréal : Centre jeunesse de Montréal, 2014 ; 4e édition. 47p.

[41] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la sante. Chapitre 3 : La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs. Geneve, 2002

[56] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandation de bonne pratique, argumentaire scientifique. 2014.

[64] Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Fiche mémo. 2014.

Mémoires :

[22] Micheau N. MICHEAU. Le psychomotricien, à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents. L'Etayage de la parentalité. Thèse pour le diplôme d'Etat de psychomotricien. Université de Bordeaux. 2014.

Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux sages-femmes du CHU de Nantes.

Annexe 2 : Outil pour aider le repérage de la Maltraitance enfants - Fiche Memo HAS – novembre 2014.

Annexe 3 : Fiche de liaison du suivi maternel et néonatal du post partum . Réseau Sécurité Naissance – Naitre Ensemble des Pays de la Loire. Juillet 2014.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux sages-femmes du CHU de Nantes

Rôle de la sage-femme dans la prévention de la maltraitance infantile dans le service des suites de couches.

Questionnaire destiné aux sages-femmes

Madame,

Actuellement étudiante en 4e année à l'école de sages-femmes de Nantes, mon mémoire porte sur le rôle de la sage-femme dans la prévention de la maltraitance infantile. Ce mémoire est sous la direction de la cadre sage-femme, Agnès De La Bourdonnaye.

Je vous sollicite pour répondre à ce questionnaire concernant votre pratique dans le service des suites de couches. Les données recueillies sont anonymes et me permettront de mener à bien mon étude. Ce questionnaire comporte 6 pages et vous prendra maximum 15 minutes.

Merci de déposer le questionnaire dans l'enveloppe kraft situé dans la salle de soin, avant le *dimanche 13 juillet*.

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous consacrerez pour y répondre.

Je reste à votre disposition pour toutes remarques concernant cette étude par mail : rozenn.louerat@gmail.com

Rozenn Louërat
Etudiante sage-femme en Master 1

dans le service des suites de couches.

GENERALITE

1. ***Quel âge avez-vous ?*** _ _ ans

2. ***Vous êtes :***
   - ☐ 1- Une femme
   - ☐ 2- Un homme

3. ***Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme ? ……***

4. ***Avez-vous déjà exercé dans un service de suites de couches ?***
   - ☐ 0- Non
   - ☐ 1- Oui

5. ***Dans quel service avez-vous le plus exercé ?***
   - ☐ 1- Consultations prénatales
   - ☐ 2- Grossesses à haut risque
   - ☐ 3- Salle de naissance
   - ☐ 4- Suites de couches
   - ☐ 5- Centre d'assistance médicale à la procréation
   - ☐ 6- Libéral
   - ☐ 7- Protection Maternelle et Infantile
   - ☐ 8- Autre, précisez : ……..

PRATIQUE – EXPERIENCE PERSONNELLE

6. ***Vous sentez-vous concerné, en tant que professionnelle par la maltraitance infantile ?***
   - ☐ 0- Non
   - ☐ 1- Oui

7. ***Avez-vous déjà suspecté une situation susceptible d'entrainer une maltraitance à enfant ?***
   - ☐ 0- Non
   - ☐ 1- Oui

8. ***Si oui, était-ce lorsque vous avez travaillé dans le service de suites de couches ?***
   - ☐ 0- Non
   - ☐ 1- Oui

9. ***Connaissez-vous le terme d'information préoccupante ?***
   - ☐ 0- Non
   - ☐ 1- Je comprends ce terme
   - ☐ 2- Je vois parfaitement de quoi il s'agit

10. ***Connaissez-vous le terme de signalement ?***
    - ☐ 0- Non

☐ 1- Je comprends ce terme
☐ 2- Je vois parfaitement de quoi il s'agit

11. Avez-vous déjà participé à la transmission d'une information préoccupante ?
☐ 0- Non
☐ 1- Oui

12. Si oui, était-ce lorsque vous avez travaillé dans le service de suites de couches ?
☐ 0- Non
☐ 1- Oui

13. Avez-vous déjà participé à la transmission d'un signalement ?
☐ 0- Non
☐ 1- Oui

14. Si oui, était-ce lorsque vous avez travaillé dans le service de suites de couches ?
☐ 0- Non
☐ 1- Oui

15. Avez-vous déjà participé à un staff de parentalité ?
☐ 0- Non
☐ 1- Oui, une fois
☐ 2- Oui, plus d'une fois

16. Avez-vous déjà exprimé un de ces sentiments devant une situation à risque de maltraitance ? *(Plusieurs réponses possibles)*
☐ 1- Tristesse
☐ 2- Culpabilité
☐ 3- Peur
☐ 4- Colère
☐ 5- Rage
☐ 6- Confusion
☐ 7- Solitude - Isolement
☐ 8- Sensation de manque de moyen

LES SUITES DE COUCHES

17. Trouvez-vous utile la fiche de transmission bleue réalisée lors des concertations, pour la prise en charge de la famille en suites de couches ?
☐ 0- Non
☐ 1- Oui

18. Quelles améliorations voudriez-vous apporter au contenu de cette fiche ? *(Plusieurs réponses possibles)*
☐ 1- Plus précise dans l'explication de l'histoire de la famille
☐ 2- Un résumé de la prise en charge débutée durant la grossesse
☐ 3- Plus précise dans l'explication de la prise en charge à apporter dans le post-partum
☐ 4- Communication précise des coordonnées des professionnels internes au CHU à contacter dans le post-partum
☐ 5- Communication précise des coordonnées des professionnels externes au

CHU à contacter

19. ***Avez–vous des propositions pour améliorer le contenu de cette fiche dans le but de faciliter la prise en charge en suites de couches ?***

20. ***Selon vous, quels objectifs, les réunions de concertation et les staffs de parentalité ont-ils atteints ?*** *(Plusieurs réponses possibles)*
    - ☐ 1- Etablir un réseau de professionnel avant la naissance
    - ☐ 2- Soutenir les parents dans leur projet de parentalité dès la grossesse
    - ☐ 3- Eviter une prise en charge en urgence de la famille après la naissance
    - ☐ 4- Etablir des mesures sur la prise en charge
    - ☐ 5- Anticiper les difficultés pouvant être rencontrées après la naissance
21. ***Pouvez-vous me citer trois facteurs de risque de défauts de capacité / compétence parentale ?***

    → ***1- ……..***
    → ***2- ……..***
    → ***3- ……..***

22. ***Quels outils utilisez-vous pour repérer des situations de vulnérabilités, à risques de maltraitance infantile dans le service de suites de couches ?***

23. ***Quels sont les éléments qui selon vous freinent le plus souvent une bonne prise en charge des familles à risque ?*** *(Plusieurs réponses possibles)*
    - ☐ 1- Un manque de temps
    - ☐ 2- Un manque de formation
    - ☐ 3- Un manque d'échange avec l'équipe du service
    - ☐ 4- Un défaut de repérage / d'action établie pendant la grossesse
    - ☐ 5- Une insuffisance de lien avec les différents relais à la sortie de la maternité
    - ☐ 6- Une insuffisance de transmission écrite de la situation dans le dossier

24. ***Selon vous, quelles actions peuvent-être mises en œuvre dans le service de suites de couches auprès des familles vulnérables ?*** *(Plusieurs réponses possibles)*
    - ☐ 1- Allongement de la durée d'hospitalisation
    - ☐ 2- Plus d'écoute et de dialogue avec la famille
    - ☐ 3- Plus d'observation et de surveillance de la famille
    - ☐ 4- Un renforcement du soutien à la parentalité
    - ☐ 5- L'organisation de réunions collégiales avec l'équipe qui s'occupe de la famille

25. ***Souhaiteriez-vous l'organisation d'analyses des pratiques professionnels ?***
    - ☐ 0- Non
    - ☐ 1- Oui

26. ***Quel est votre niveau global de satisfaction personnelle sur la prise en charge des familles à risque de maltraitance dans le service de suites de couches ?***
    - ☐ 0- Insatisfaite
    - ☐ 1- Peu satisfaite
    - ☐ 2- Satisfaite
    - ☐ 4- Très satisfaite

LE LIEN MERE-ENFANT (en suites de couches)

27. ***Pensez-vous qu'une difficulté dans l'installation du lien mère-enfant puisse entrainer une maltraitance à long terme ?***
    - ☐ 0- Jamais
    - ☐ 1- Parfois
    - ☐ 2- Souvent
    - ☐ 3- Toujours

28. ***Lors de votre garde, vous avez observé une situation de défaut d'attachement mère-enfant, que faite-vous ?*** *(Plusieurs réponses possibles)*
    - ☐ 1- Vous réorganisez votre journée de travail pour aider cette mère en difficulté
    - ☐ 2- Vous établissez directement un relai pour le suivi à la sortie de la maternité
    - ☐ 3- Vous notez ce que vous avez observé dans les feuilles de transmissions bleues
    - ☐ 4- Vous relatez à l'oral à votre collègue ce que vous avez observé
    - ☐ 5- Vous prévenez un autre professionnel, lequel : ……
    - ☐ 6- Vous attendez d'observer le couple mère-enfant lors d'une deuxième garde avant d'agir

29. ***Si une grille d'évaluation du lien d'attachement parents-enfant était proposée en suite de couche, l'utiliseriez-vous ?***
    - ☐ 0- Non
    - ☐ 1- Oui

30. ***Pensez-vous que l'accompagnement à la parentalité est un des rôles de la sage-femme dans le service des suites de couches ?***
    - ☐ 0- Non
    - ☐ 1- Oui

31. ***Si oui, pensez-vous qu'actuellement ce rôle est atteint dans le service des suites de couches ?***
    - ☐ 0- Jamais
    - ☐ 1- Parfois
    - ☐ 2- Souvent
    - ☐ 3- Toujours

32. ***Si ce rôle n'est pas atteint, pourquoi ?***

LE TRAVAIL EN RESEAU

Les transmissions interne au CHU

33. Qui prévenez-vous <u>en priorité</u> en cas de situation à risque de maltraitance ?
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ 1- Pédopsychiatre
- ☐ 2- Pédiatre
- ☐ 3- Assistante sociale
- ☐ 4- Gynécologue - Obstétricien
- ☐ 5- Cadre du service
- ☐ 6- Psychologue
- ☐ 7- Puéricultrice
- ☐ 8- Auxiliaire de puériculture / Aides-soignantes
- ☐ 9- Autre, précisez : ……..

***34.* Quels freins rencontrez-vous actuellement dans le travail en équipe concernant la prise en charge des familles vulnérables ?** *(Plusieurs réponses possibles)*

- ☐ 1- Une définition de la maltraitance variant d'un intervenant à l'autre
- ☐ 2- L'absence de protocole clair pour la prise en charge des familles vulnérables
- ☐ 3- Des transmissions essentiellement orales et non écrites
- ☐ 4- Une insuffisance de transmission
- ☐ 5- Une mauvaise ambiance avec l'équipe

la PMI

35.* Etes-vous informé quand une femme a été suivie en PMI pendant sa *grossesse ?

- ☐ 0- Jamais
- ☐ 1- Parfois
- ☐ 2- Souvent
- ☐ 3- Toujours

36. Pensez-vous que les liens entre la maternité et la PMI sont :

- ☐ 1- Insuffisants
- ☐ 2- Suffisants
- ☐ 3- De bonnes qualités
- ☐ 4- De mauvaises qualités

37. Quels moyens utilisez-vous pour transmettre des informations aux PMI ?
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ 1- Fiche de transmission classique donnée à la famille qui devra être transmise à la PMI
- ☐ 2- Fiche de transmission classique envoyée à la PMI
- ☐ 3- Fiche de transmission plus précise, détaillant notamment l'accouchement et le séjour en suite de couche ; envoyée à la PMI
- ☐ 4- Appels téléphoniques
- ☐ 5- Directement lorsque la puéricultrice se déplace à la maternité
- ☐ 6- Autre, précisez : ……

38. Les coordonnées des sages-femmes et puéricultrices de PMI sont-elles facilement accessibles ?

- ☐ 0- Non

☐ 1- Oui

39. Contactez-vous plus tard la sage-femme de PMI pour connaître l'issue ?

☐ 0- Non
☐ 1- Oui

Autres structures

40. Quelles structures / services connaissez-vous parmi celles-ci : *(Plusieurs réponses possibles)*

☐ 1- HOME
☐ 2- CMP
☐ 3- CMS
☐ 5- UAED
☐ 6- Centre maternel Saint Luc
☐ 7- Centre éducatif Anjorrant
☐ 4- ASE

Les transmissions pour les relais

41. Si une fiche de liaison était mise en place pour la transmission vous souhaiteriez qu'elle soit envoyée <u>en priorité</u> à : *(Plusieurs réponses possibles)*

☐ 1- L'assistante sociale
☐ 4- Le médecin traitant
☐ 5- Le professionnel qui a suivi la grossesse
☐ 6- Les responsables de l'ASE
☐ 7- Les parents
☐ 8- Le professionnel qui va réaliser le suivi du post-partum
☐ 9- Le professionnel qui va réaliser le suivi du nouveau-né

42. Selon vous, comment la correspondance ville-hôpital peut être améliorée pour établir plus facilement des relais adaptés pour les familles vulnérables ? *(Plusieurs réponses possibles)*

☐ 1- Un dossier médical partagé informatisé
☐ 2- L'organisation de réunions hebdomadaires entre les différents professionnels de la périnatalité hospitaliers et de villes.
☐ 3- Le déplacement régulier dans le service des suites de couches des sages-femmes et puéricultrices de PMI.
☐ 4- L'envoie systématique de fiches de transmission à tous les professionnels qui s'occupent de la famille (médecin traitant, sages-femmes libérales, pédiatres…)

FORMATION

43. Pendant vos études avez-vous eu des informations sur la maltraitance infantile et plus particulièrement sur les capacités parentales ?

☐ 0- Non
☐ 1- Oui

44. Pensez-vous que la formation initiale des sages-femmes prépare suffisamment à intervenir dans la prévention de la maltraitance en

périnatalité ?

☐ 0- Non
☐ 1- Oui

45. En dehors de vos études avez-vous eu des informations sur la maltraitance infantile ?

☐ 0- Non
☐ 1- Oui

46. Si oui par quel moyen ? *(Plusieurs réponses possibles)*

Formation continue

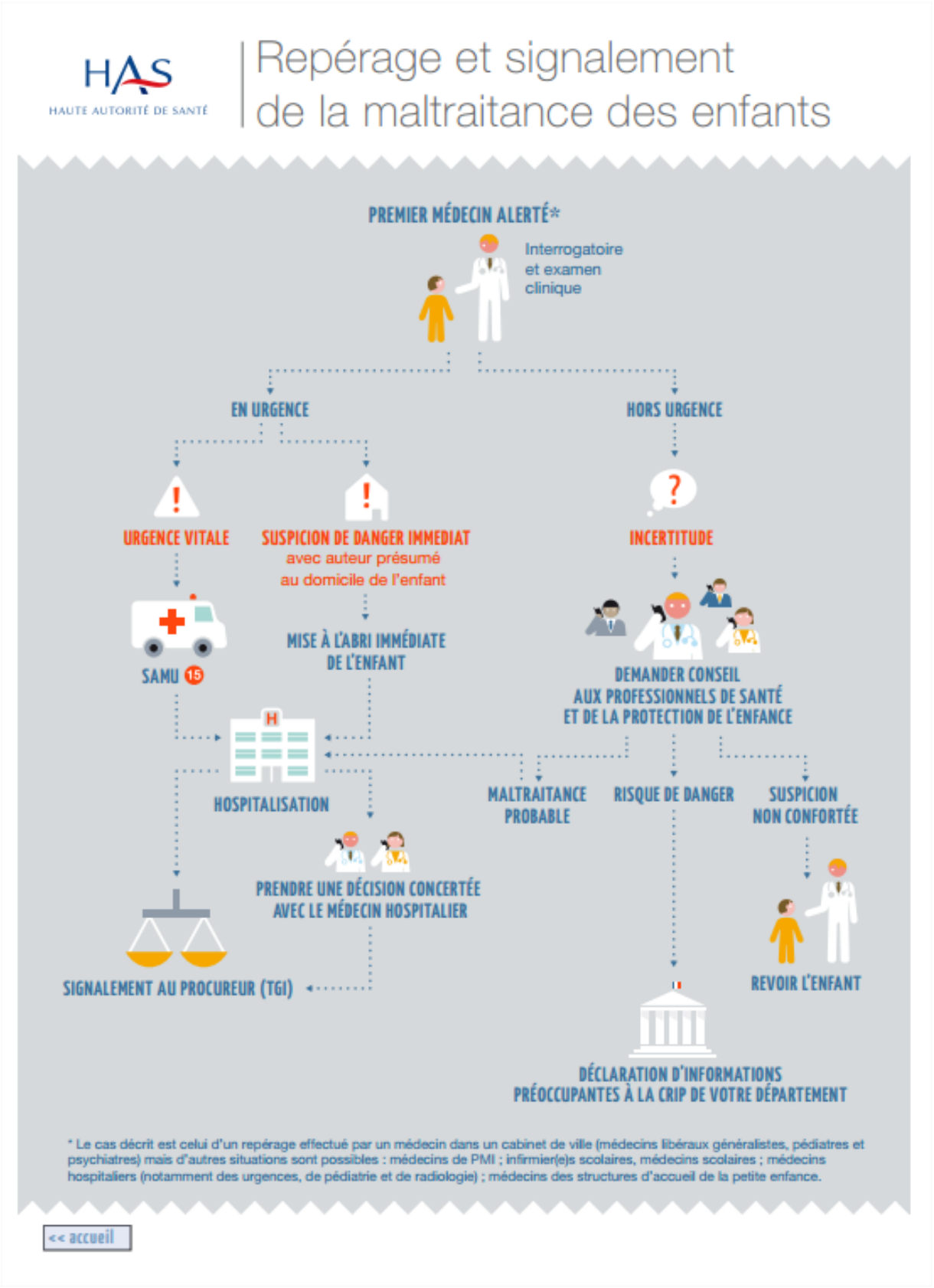
☐ 1- Proposé par l'institution dans laquelle vous avez travaillé
☐ 2- A votre demande par l'institution
☐ 3- Imposé par l'institution

Information personnelle

☐ 1- Conférence
☐ 2- Littérature
☐ 3- Media

47. Avez-vous de suggestions pour améliorer la prévention de la maltraitance infantile dans le service de suites de couches ?

Annexe 2 : Outil pour aider le repérage de la Maltraitance enfants - Fiche Memo HAS – novembre 2014



Annexe 3 : Fiche de liaison du suivi maternel et néonatal du post partum . Réseau Sécurité Naissance – Naitre Ensemble des Pays de la Loire. Juillet 2014.

réseau sécurité naissance
NAÎTRE ENSEMBLE

Logo maternité

Fiche de liaison
du suivi maternel et néonatal du post-partum

A remplir par la maternité
et à destination des professionnels en charge du suivi
à joindre au carnet de santé de l'enfant

Maternité .....
Téléphone de liaison .....

Etiquette si besoin

Nom de la mère .....
Groupe sanguin et rhésus .....
Couverture sociale : SS seule ☐ SS + mutuelle ☐
CMU ☐ AME ☐ Aucune couverture ☐
Antécédents à noter *(pour la surveillance de la mère et du nouveau-né)*
.....
.....
PV au 9ème mois (Streptocoque B) : positif ☐ négatif ☐ non fait ☐
Accouchement : voie basse ☐ césarienne ☐
Présentation : céphalique ☐ siège ☐ autre ☐
Anesthésie : aucune ☐ loco-régionale (rachi ou péri) ☐ générale ☐
Périnée ..... Fils/ Agrafes (périnée, césar) à retirer le .....
Faits notables de l'accouchement .....
.....

Nom de l'enfant..... *(faire une 2ème fiche en cas de jumeau)*
Date de naissance ..... Heure de naissance .....
Poids de naissance ..... Poids le plus bas .....
Date de sortie ..... Poids de sortie .....
Liquide gastrique : non fait ☐ négatif ☐
positif ☐ ..... Motif prélèvement .....
.....
Allaitement maternel exclusif ☐ Allaitement mixte ☐ Biberon ☐
Déroulement de l'allaitement en maternité .....
.....

Groupe sanguin du NN ..... Anti-D fait ☐
Ictère en maternité ☐ Cause présumée .....
Guthrie fait ☐ à faire ☐ *(joindre carton vierge avec n° accouchement)*
Test audition : fait ☐ à faire le ..... ☐ par .....
Présence OEA(/PEA) bilatérales ☐ Absence OEA(/PEA) bilatérales ☐

Détails éventuels sur le séjour .....
.....

Absence de contre-indications médicales à la sortie précoce
Vérifier si : ictère en cours, risque d'infection, courbe de poids et capacité à téter, lien mère-enfant ☐

Points particuliers pour les jours suivants la sortie

► ***Pour la mère***

.....
.....
Traitements maternels en cours .....

► ***Pour le nouveau-né***

.....
.....
Traitements néonatals en cours .....

- **Consultation en maternité pour le nouveau-né après la sortie prévue le ..... par : .....**
  Motif de cette consultation .....
- **Suivi sage-femme à domicile prévu ☐**
- **Pour le nouveau-né, consultation par un pédiatre ou un médecin généraliste prévue entre J6 et J10 ☐**
- **Soutien proposé :** PMI ☐ Psychologue ☐ Addictologie ☐
  Consultante en lactation ☐ TISF ☐

A noter .....
.....

Version 29 juillet 2014

Résumé

Cette étude a pour objectif d'établir un état des lieux des pratiques des sages-femmes dans le service de suites de couches en matière de prévention et prise en charge de situations à risque de maltraitance infantile. L'étude est une enquête prospective auprès des sages-femmes du CHU de Nantes. Cinquante réponses ont été obtenues.

Il ressort de l'étude que les sages-femmes effectuent quotidiennement des repérages de situations à risque dans le service de suites de couches notamment par le biais de l'observation. Cependant au-delà de leur réelle implication dans le travail de prévention, une insuffisance de formation, l'absence de temps, un travail d'équipe compliqué, un réseau difficile à établir entachent alors le repérage, le soutien et l'orientation des familles à risque d'être maltraitantes.

Mots-clés : prévention, maltraitance infantile, sages-femmes, suites de couches, lien mère-enfant, compétences parentales.