

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**REFLEXION SUR LA PLACE DE LA MATERNITE DANS LA PRISE EN
CHARGE DE LA NEGLIGENCE MATERNELLE ENVERS LE NOUVEAU-NE**

Etude qualitative à partir de deux situations cliniques de l'Hôpital Mère-Enfant
du CHU de Nantes



Marine JUHEL

Née le 18 Juillet 1984

Directeur de mémoire : Dr Nicole Garret-Gloanec

Pédopsychiatre des hôpitaux, chef de service

Années universitaires 2010 - 2014

REMERCIEMENTS

Ce mémoire a été réalisé sous la direction du Dr Nicole Garret-Gloanec, pédopsychiatre chef de service du HOME. Je tiens à lui exprimer toute ma gratitude pour m'avoir donné accès à un univers de prise en charge riche et nouveau au sein du HOME. Je la remercie pour son accueil et son soutien. Mais aussi pour m'avoir renouvelé sa confiance.

Je remercie Mme Catherine Ferrand, qui m'a également accompagnée, soutenue et conseillée dans la rédaction de ce travail, ainsi que Mme Le Guillanton qui a participé à sa relecture. Je remercie Mme De La Bourdonnaye pour son écoute restructurante.

Je remercie toute l'équipe du HOME qui m'a accueillie trois semaines : Mme Barreteau, cadre de santé, les infirmières du service ainsi que tous les professionnels pour leur accueil.

Je remercie Céline Jourdain, qui a contribué, à sa manière, à l'élaboration de mon intérêt pour le lien mère-enfant.

Je dédie ce mémoire à mon grand-père Louis Roquais, et à tous mes proches : mes parents Marijane et Jean-Paul, qui tout au long de ce parcours scolaire original, ont été compréhensifs et soutenant, jusqu'au dernier mot de ce travail. Mon conjoint Fabien, qui a supporté, patiemment, d'avoir à me partager avec mon mémoire pendant un peu plus d'une année. Françoise Lejeune, grâce à qui j'ai retrouvé le chemin de cette école. Geneviève, qui a été d'un grand soutien pour la rédaction de ce travail, en l'aérant, entre autres choses, de ses virgules. Mon frère Simon, aussi discret que concerné par cet aboutissement, j'en suis sûre, et Nathalie. A mes chers grands-parents Janine, Paul et Antoinette.

A mes amis, très chers, d'ici ou du bout du monde, avec qui j'aime tant partager : Carole, Haguère, Camille L. Camille D., Stéphanie, Chloé, Florient, Aléna, Lukas, Diane.

A Françoise, Catherine, et Barbara, et à Marion.

A la nouvelle génération : Antoine, Jolan, David, Zoé et Zoé, et futur junior.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1 GENERALITES	4
1.1 Définitions de la négligence et épidémiologie	4
1.1.1 <u>Cadre médical</u>	4
1.1.2 <u>Cadre législatif</u>	5
1.1.2.1 En France	5
1.1.2.2 Au Québec	6
1.1.3 <u>Epidémiologie</u>	7
1.2 Conséquences de la négligence sur le développement	7
1.2.1 <u>Conséquences chez l'enfant et l'adulte</u>	7
1.2.2 <u>Facteurs de risques maternels</u>	8
1.2.2.1 Les familles.....	8
1.2.2.2 Les mères	9
1.2.3 <u>Style interactif mère-enfant</u>	9
1.2.4 <u>Comportement du bébé sujet à la négligence</u>	10
1.3 Présentation du HOME	12
1.3.1 <u>Fonctions et conditions d'accueil</u>	12
1.3.2 <u>Prise en charge</u>	13
1.3.3 <u>Population et contexte d'orientation</u>	15
1.3.3.1 Les mères.....	15
1.3.3.1.1 Age maternel	15
1.3.3.1.2 Parité	15
1.3.3.1.3 Catégorie socio-professionnelle	16
1.3.3.1.4 Situation conjugale.....	16
1.3.3.1.5 Antécédents psycho-sociaux familiaux	16
1.3.3.1.6 Antécédents psycho-sociaux personnels	17
1.3.3.1.7 Maternité de suivi	17
1.3.3.2 Contexte d'orientation	18
2 METHODE ET RESULTATS.....	20
2.1 Etapes de travail.....	20
2.1.1 <u>Sélection des dossiers</u>	20
2.1.2 <u>Présentation des données</u>	21
2.2 Cas clinique n°1 : Mme A et son bébé Edgard.....	23

2.2.1	<u>Dossier obstétrical de l’Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes</u>	23
2.2.1.1	Suivi de grossesse et accouchement	23
2.2.1.2	Séjour en Suites de Couches – dossier obstétrical commun à la mère et au bébé.	24
2.2.1.3	Bilan des évènements survenus après le retour à domicile	28
2.2.2	<u>Dossier du HOME</u>	29
2.3	Cas clinique n°2 : Mme B et son bébé Rebecca	35
2.3.1	<u>Dossier obstétrical de l’hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes</u>	35
2.3.1.1	Suivi de grossesse et accouchement	35
2.3.1.2	Séjour en suites de couches	38
2.3.1.3	Bilan des évènements survenus après le retour à domicile	43
2.3.2	<u>Dossier du HOME</u>	45
3	DISCUSSION	51
3.1	Situation clinique de Mme A et d’Edgard	51
3.1.1	<u>Facteurs de risque et prise en charge pendant la grossesse</u>	51
3.1.2	<u>Observation comportementale et prise en charge en suites de couches</u>	54
3.1.3	<u>Parcours de soins après le retour à domicile</u>	55
3.1.4	<u>Type de négligence</u>	55
3.2	Situation clinique de Mme B et de Rebecca	56
3.2.1	<u>Facteurs de risque et prise en charge pendant la grossesse</u>	56
3.2.2	<u>Observation comportementale et prise en charge en suites de couches</u>	56
3.2.3	<u>Parcours de soins après le retour à domicile</u>	57
3.2.4	<u>Type de négligence</u>	58
3.3	Conclusion de l’étude	58
3.4	Ce que la profession de sage-femme peut en retenir	60
	CONCLUSION.....	61
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	
	ABREVIATIONS	

INTRODUCTION

Notre profession de sage-femme consiste à accompagner les femmes dans leur maternité. Elle est définie, selon le dictionnaire de l'Académie Française, comme «L'état, la qualité de mère. Le lien de droit entre la mère et son enfant. Le fait de porter et de mettre au monde un enfant. »

Pour autant se réduirait-elle à un état organique, un lien reconnu socialement, et un lien de droit du fait de porter un enfant et de lui donner naissance ? Qu'en serait-il du sentiment d'être mère ? La maternité ne se définirait-elle pas aussi par le ressenti, le sentiment qui naîtra de cette parenté ? Notre métier ne signifierait-il pas prendre en charge la femme enceinte et son fœtus mais aussi après la naissance, la mère et son nouveau-né _ à la fois dans leurs états de santé et dans leurs sentiments d'existence l'un envers l'autre, dans leur lien, leur interaction ?

Quel que soit le parcours dans lequel s'inscrit ce sentiment, la naissance marque une étape cruciale dans sa structuration : celle du passage de l'enfant imaginaire à l'enfant réel et du lien organique au lien émotionnel. En effet, lorsque l'enfant vient et « apparaît » au monde, que le cordon est coupé et que le premier cri se fait entendre, il s'agit pour la mère de reconnaître l'enfant réel. Ensuite elle le laissera s'échapper un peu et s'individualiser, et dès lors elle devra le nourrir et le soutenir autrement : par le regard, le toucher, le portage, la parole, le sein (ou le biberon). Il lui faudra exister en lien avec lui, et lui apporter des soins adaptés à ses besoins. En cela, l'accouchement donne naissance non seulement à un nouveau-né, mais aussi à une mère et à un père. Pour autant peut-on observer que devenir mère aille toujours de soi ?

Au cours d'une garde en suites de couches, j'ai suivi un couple mère-enfant dont le bébé n'avait pas dormi pendant 12 heures. Ce bébé, né par césarienne, après un échec de ventouse, suivi d'un autre échec de forceps, demeurait inconsolable malgré les soins et les attentions de l'équipe tandis que ses parents étaient épuisés, presque prostrés et transitoirement indisponibles à leur enfant. D'où mon questionnement : les pleurs du bébé étaient-ils liés à sa venue au monde traumatisante ou bien à l'indisponibilité momentanée de ses parents ? Cette famille a été entourée au mieux dans le service et toutefois elle a été le point de départ de mon interrogation sur l'enjeu d'une interaction émotionnelle apaisée et apaisante entre une mère et son bébé.

Car le lien mère-enfant et ses manquements se sont trouvés mis en relief durant cette rencontre. Partant de cette problématique, le Dr Garret-Gloanec m'a proposé d'étudier une pathologie du lien spécifique : la négligence qui est un comportement parental envers

l'enfant pouvant revêtir plusieurs formes. En effet, il peut aller de l'absence de lien émotionnel à l'absence de soins adaptés à ses besoins (être correctement nourri, vêtu, sécurisé, logé, soigné, surveillé). Cette absence de soins n'entraîne pas moins des conséquences graves, visibles et reconnues sur son développement. Ainsi, la négligence est considérée comme une maltraitance envers l'enfant au même titre que la violence physique ou les abus sexuels. Elle entrave, à plus ou moins long terme, et de façon variable, le développement cognitif, psychique ou moteur, la santé, la croissance, la sociabilité de l'enfant ainsi que ses futures compétences parentales.

Si nous accompagnons les femmes dans leur maternité, nous les accompagnons aussi dans l'émergence du lien mère-enfant _ ou parfois de ses troubles. La négligence est donc une problématique qui a sa place dans le post-partum précoce, là où s'installe le lien mère-enfant, et nous en sommes par conséquent, en tant que sage-femme, le premier témoin.

La négligence maternelle est difficile à identifier pour plusieurs raisons. En effet, elle est par nature une absence de lien et/ou de soins appropriés ; elle est aussi multifactorielle puisqu'elle peut venir se greffer sur des difficultés et pathologies diverses : précarité sociale, trouble psychologique ou psychiatrique, déficience cognitive, conduites addictives... et relève, de ce fait, de plusieurs spécialités professionnelles. Enfin, elle renvoie à un grand tabou : suggérer que le lien mère-enfant est, dans ce cas, inadéquat et que les compétences maternelles sont inadaptées, tout du moins partiellement. En outre il est important d'y être attentif et de prendre en charge cette perturbation du lien car elle peut entraîner des conséquences graves pour l'enfant. Se pose donc d'abord la question du repérage de la négligence dans le contexte du suivi de la maternité, pendant la grossesse et en post-partum, c'est-à-dire au moment où le lien mère-enfant se prépare et s'opère. Etant conscient des difficultés à la voir et à la dire, dans quelle mesure le suivi de la maternité permet-il de repérer la négligence, d'une part en termes de facteurs de risque pendant la grossesse, et d'autre part en termes de signes comportementaux maternels et néonataux en post-partum ? Comment intervient-elle à l'intérieur du parcours de prise en charge ? Autrement dit quelle est la place constatée et attendue de la maternité dans cette problématique précoce à expression tardive ?

Pour répondre à ces questions, nous avons fait le choix d'étudier le parcours de soins en maternité de deux patientes hospitalisées avec leurs bébés au HOME (Hospitalisation Mère-Enfant) du CHU en 2012 et qui ont été suivies et ont accouché à l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes. Il s'agit de patientes qui ont présenté des signes comportementaux de négligence envers leurs nouveau-nés identifiés lors de leur hospitalisation au HOME, dont l'expression a été différente et dans des circonstances psycho-sociales distinctes. Nous

présenterons rétrospectivement ce qui a été repéré, comment cela a été retranscrit, et ce qui a été mis en place à la maternité pendant la grossesse et en suites de couches. Nous discuterons ensuite de la place de la maternité dans la prise en charge de la négligence. Enfin nous proposerons des axes d'amélioration en maternité et réfléchirons sur ce que la profession de sage-femme peut en retenir. Cette étude sera présentée après avoir défini ce qu'est la négligence dans un premier temps et exposé ce qu'est le HOME dans un deuxième temps. Notons également que ce travail se basera sur des connaissances théoriques de la négligence et du lien mère-enfant mais aussi sur l'apport pratique d'un stage que j'ai eu la chance de réaliser, pendant 3 semaines durant le mois de juillet 2013, dans l'unité de psychiatrie infanto-juvénile le HOME.

1. GENERALITES

1.1 Définition de la négligence et épidémiologie

1.1.1 Cadre médical

Définir la négligence, c'est définir une limite comportementale entre la présence suffisante et insuffisante de soins adéquats d'un parent envers son enfant. Une définition pour le moins ambitieuse. Comment définir un comportement qui existe par son absence ? Que faire des différences comportementales culturelles ? Qu'entend-on par le comportement ? Doit-il être restreint à l'absence d'actes éducatifs ou doit-il intégrer la part insuffisante ou inadéquate d'intention, d'affectivité, d'émotion qui peut être attendue de tout parent ? Autant de limites à l'établissement d'une définition exhaustive et unanime. C'est, en effet, ce que le « parcours » de définition de la négligence par les pédopsychiatres laisse supposer.

Tout d'abord, il est important d'établir que la négligence se définit davantage par le fait d'omettre plutôt que par celui de commettre (c'est-à-dire par l'absence de gestes ou de comportements appropriés pour assurer la sécurité, le développement et le bien-être de l'enfant plutôt que par la présence de conduites néfastes envers lui). Il s'agit, en clair, d'une maltraitance en « creux ».

Les premières définitions de la négligence étaient centrées sur les manifestations physiques du problème (alimentation, logement, habillement, soins personnels et de santé), plus concrètes, plus apparentes et donc plus faciles à mesurer. Les typologies plus récentes regroupent plusieurs autres manifestations de la négligence dont la négligence psychologique ou émotionnelle, beaucoup plus difficile à identifier et à quantifier. Par exemple, sur la base des besoins fondamentaux répertoriés dans la recherche, Lacharité et al. [1] distinguent les trois types suivants de négligence : physique (alimentation, logement, habillement et accès aux soins de santé), éducative (stimulation, socialisation, surveillance, supervision et encadrement) et affective (absence de manifestations d'affection, d'attention, de protection et de stabilité ou de disponibilité psychologique). Certains ajoutent la négligence de supervision et la négligence médicale. C'est le cas de Trocmé et al [2] qui répertorient au total huit formes de négligence et sont à l'origine de la définition médicale de référence.

Citons également J Gaudin [3], précurseur dans les recherches sur la négligence, qui identifiait déjà la négligence émotionnelle par sa définition très proche du ressenti de l'enfant : la négligence est « une situation dans laquelle le responsable de l'enfant, de façon délibérée ou en

raison d'une inattention inhabituelle, lui fait éprouver des souffrances réelles évitables et/ou ne lui donne pas un ou plusieurs des ingrédients généralement considérés essentiels au développement des capacités physiques, intellectuelles et émotives d'une personne. »

Ainsi, l'absence de consensus porte principalement sur le fait de reconnaître la négligence affective, émotionnelle ou encore psychologique. Celle-ci est définie comme l'indisponibilité psychologique de la figure d'attachement [4]. A ce propos, nous retiendrons cette causalité directe entre les deux démontrée par Lacharité et al [1] : « la négligence à l'égard des besoins fondamentaux de l'enfant, qu'ils soient d'ordre physique [...] ou éducatif, semble relever essentiellement d'une défaillance ou d'un échec à combler les besoins primaires d'ordre psychologique qu'ont tous les enfants de pouvoir compter sur l'attention et la disponibilité des adultes de leur entourage immédiat. Autrement dit la négligence émotionnelle présiderait à toutes les autres formes ».

Enfin, il faut noter que la négligence peut être chronique ou transitoire. Il a été montré que, lorsqu'elle était provisoire, son impact était réversible : une notion à considérer à la fois pour évaluer à quel point l'enfant peut être impacté mais aussi pour justifier la nécessité d'une prise en charge précoce.

Nous retenons la négligence telle qu'elle est définie par Lacharité qui reconnaît trois types de négligence en regard des trois types de besoins fondamentaux de l'enfant : psychologique, physique et éducatif. Nous reconnaissons la négligence émotionnelle qui, par définition, s'installe très précocement, c'est-à-dire dès la naissance de l'enfant.

1.1.2 Cadre législatif

La négligence entravant le développement de l'enfant, il est attendu qu'elle soit définie sur le plan juridique dans le cadre de la protection de l'enfance.

1.1.2.1 En France

Le code civil et le code de l'action sociale et des familles (CASF) ne définissent pas les maltraitances envers les enfants, mais la notion d'enfant en danger. L'article 375 du Code civil modifié par la loi du 5 mars 2007 [5] précise de cette manière quels enfants sont à protéger : les mesures judiciaires d'assistance éducative concernent les enfants dont « la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou dont les conditions d'éducation ou de développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ».

C'est l'ODAS, parmi toutes les institutions françaises, qui propose la seule définition de la négligence [6]: « S'agissant des négligences lourdes il faut également préciser qu'elles concernent souvent les jeunes enfants et elles sont signées, à des stades différents, par la dénutrition, l'hypotrophie staturo-pondérale et le nanisme psycho-social, ou encore, pour des enfants dont l'état de santé requiert des soins, par les conséquences de la non dispensation de ces soins ». La négligence qui place l'enfant en position de danger en France est définie comme étant la négligence lourde, c'est-à-dire principalement par ses conséquences sévères: la dénutrition et l'absence d'accès aux soins médicaux.

Ainsi, si la négligence n'est pas reconnue dans le droit français, elle l'est à travers la reconnaissance du développement global de l'enfant _ y compris affectif _ depuis la promulgation de la loi du 5 mars 2007. De plus, la ratification par la France de la convention internationale des droits de l'enfant, a institué en France, depuis 1989, la mission de protection de l'enfant de toute forme de maltraitance, y compris la négligence.

1.1.2.2 Au Québec

Le législateur québécois, à travers la loi sur la protection de la jeunesse, a choisi pour sa part de définir les mauvais traitements envers l'enfant dont fait partie la négligence. Sa définition juridique de la négligence est celle de référence [7], et s'appuie sur la définition médicale de N. Trocmé. Il y a situation de négligence « lorsque le parent d'un enfant ou la personne qui en a la charge ne répond pas à ses besoins fondamentaux: soit sur le plan physique, [...] soit sur le plan de la santé [...], soit sur le plan éducatif. » Par ailleurs, l'article 38c de cette loi qui définit les mauvais traitements psychologiques, décrit des comportements qui sont très proches des manifestations de la négligence dite émotionnelle. Selon cet article, il y a une situation de mauvais traitements psychologiques « lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents [...] Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, [...] ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale. » Le Québec, qui est le pays de référence pour la définition médicale et juridique de la négligence, reconnaît la négligence émotionnelle en tant que maltraitance psychologique.

1.1.3 Epidémiologie

En France, l'incidence des enfants en danger est de 7/°° en 2006. Cela correspond à 98000 enfants, comprenant les enfants maltraités et les enfants en risque de danger. En 2005 et 2006 la négligence lourde est la 2^e cause de mauvais traitements. Elle concerne 4500 nouveaux cas par an [8]. Depuis la création de l'information préoccupante en 2007 il n'y a pas de chiffre national concernant la négligence lourde.

Au Canada en 2008 l'incidence des mauvais traitements est de 14,19/°° et l'incidence de la négligence est de 4,81/°°. La négligence représente 34% des mauvais traitements et constitue ici le type de mauvais traitement le plus fréquent, avec l'exposition à la violence conjugale [9].

L'épidémiologie de la négligence varie fortement entre la France et le Canada. Cela en raison des disparités de définition et des modalités différentes de formation et de repérage par les professionnels. Les chiffres sont donc difficilement comparables entre les deux pays et la négligence est probablement encore sous-estimée si l'on inclue la négligence émotionnelle qui n'est relevée ni en France ni au Canada. Aux vues des chiffres canadiens, la négligence est le premier type de mauvais traitements et, même si elle reste rare, elle n'est pas un phénomène marginal. Mais sur le plan qualitatif quelles sont les conséquences potentielles pour chaque enfant ?

1.2 Conséquences de la négligence sur le développement

1.2.1 Conséquences chez l'enfant et l'adulte

En termes d'impacts sur le développement de l'enfant, les auteurs s'accordent sur le fait que la négligence constitue la forme la plus commune et la plus grave de mauvais traitements, y compris les formes plus subtiles de négligence affective [10].

La négligence entraîne une augmentation de la morbi-mortalité chez les enfants (retard staturo-pondéral entre autres) et des séquelles développementales [12]. Grevant indirectement les acquisitions, les conséquences seront plus visibles au fil des mois et des années. Après 24 mois s'installe un retard psychomoteur et cognitif (retard d'acquisition de la parole, de la marche, difficultés d'apprentissage par manque d'attention, de concentration et de motivation). Les relations sociales sont également désorganisées, oscillant entre retrait et agressivité. Enfin, la

sphère émotionnelle est globalement perturbée à travers des troubles de la régulation des affects, de l'attachement et de la représentation de soi et des autres. Devenu adulte, l'enfant qui a été sujet à des négligences peut présenter des troubles de la personnalité ou personnalité dite « limite », « borderline », « carencée » ou encore à « problèmes multiples », sans forcément que cela soit associé à une pathologie mentale avérée (c'est-à-dire reconnue et soignée par les psychiatres d'adultes). Enfin, il est reconnu que la négligence est une problématique trans-générationnelle puisque qu'elle entraîne aussi des troubles de la parentalité, faisant elle-même le lit de la négligence à chaque génération. [13]

Mais revenons à la période initiale du post-partum. Dans un contexte de négligences, à quoi se trouve confronté le bébé dans son interaction avec sa mère? Est-il en souffrance? Et comment cela s'exprime-t-il pour lui, dont le comportement est encore primitif, privé d'élaboration, et dont les codes d'expression ne sont pas encore les nôtres?

1.2.2 Facteurs de risques maternels

1.2.2.1 Les familles

Concernant les parents, les études recensées identifient certains facteurs qui sont plus susceptibles d'être associés à la négligence : des problèmes de santé mentale (dont la dépression), le stress parental, l'abus de substance, des symptômes traumatiques non résolus liés à une histoire d'abus et de mauvais traitements dans l'enfance (pertes affectives, rejet, abandon), une faible capacité intellectuelle, des déficits au niveau des compétences sociales (impulsivité, faible estime de soi, méfiance), ou encore l'absence de liens affectifs stables dans l'enfance. [14]

Par ailleurs, les familles aux prises avec des problématiques de négligence vivent souvent dans un contexte de précarité socio-économique (pauvreté, endettement et problèmes de logement) mais surtout relationnelle (difficultés d'accès au réseau d'entre-aide, à la participation sociale, absence de repères et de modèles socio-relationnels) et culturelle (sous-scolarisation, déficit d'intégration à la société). [14] La négligence a la particularité d'être la seule maltraitance que l'on retrouve davantage dans les familles à faible revenu. Cependant, une famille pauvre n'est pas forcément négligente : il est établi que la pauvreté constitue davantage un facteur de risque pour ce qu'elle entraîne. [15]

1.2.2.2 Les mères

Quel que soit le contexte dans lequel s'installe la négligence, nous pouvons décrire des modalités d'interaction communes entre les mères concernées et leurs bébés. Retenons que ces modalités d'interaction inadéquates sont liées soit à un manque de compréhension (notamment dans les cas de déficience intellectuelle), soit à une indisponibilité psychologique quelle qu'en soit le mécanisme étiologique. Dans les deux cas, ce que Stern définit comme le « caregiving » [16] (sensibilité (sensitivity), qui est la capacité à percevoir et interpréter correctement les signaux émis par l'enfant et aussi la capacité à répondre rapidement de manière adéquate (responsiveness)) ne peut se mettre en place.

1.2.3 Style interactif mère-enfant

Tout d'abord les auteurs reconnaissent chez les mères une difficulté à réguler leurs propres affects. Ainsi face à leurs bébés, qui ont leurs propres affects et leurs propres besoins, ces mères font preuve d'une disponibilité fluctuante, conduisant à des « lâchages » affectifs brutaux et à une discontinuité des soins.

Ensuite, ces mères présentent une difficulté à considérer le bébé pour lui-même. Cela impacte leur capacité à interpréter les signaux du bébé, (de faim, de fatigue, de froid, d'éveil, de recherche de lien ou de demande sécurisante) et, à l'extrême, elles sont déconnectées des besoins de leurs bébés. Par exemple il peut être souvent nourri quand il pleure alors qu'il n'a plus faim, stimulé quand il dort, ou encore couché alors qu'il est parfaitement éveillé. Ses rythmes « veille-sommeil » et alimentaire ne sont pas calqués sur ses besoins.

Enfin la nature affective du lien mère-enfant peut être émoussée, et les interactions pauvres. La part émotionnelle des gestes et des paroles est difficile à incarner pour ces mères. L'environnement proposé au bébé est alors vide de sens et d'attache. Par exemple, ces mères offrent peu d'échanges de regards, de paroles, ou de modalités de jeu à leurs bébés, ou bien ne relèvent pas ses manifestations, et, plus tard, n'encouragent pas ses acquisitions. Elles peuvent aussi nourrir leurs bébés de façon opératoire respectant une distance ou un désintérêt émotionnel, même si le souci de bien faire est tout à fait présent. Au contraire, elles sont susceptibles de stimuler de façon excessive leurs bébés, cherchant à produire des rires ou une excitation érotisée. Globalement cela est révélateur d'une incapacité à éprouver un intérêt pour

le bébé lui-même, impactant la capacité à se représenter ses besoins, à les satisfaire, à transformer et symboliser ses expressions dans un processus relationnel *différencié*. [17]

Ce style interactif, qu'il soit chronique ou transitoire, est le résultat de leur vécu évoqué plus haut : la souffrance du bébé fait écho à leur propre souffrance, ayant elles-mêmes été négligées dans le respect de leurs besoins, de leur lien d'attachement, de leur stimulation, de leur sécurité.

En regard de ces interactions, le bébé, dans un contexte de dépendance extrême, doit s'adapter et se développer. Mais comment peut-il investir son corps s'il ne comprend pas la faim, la satiété ? Comment découvrir l'ailleurs (hors de soi) si la sphère personnelle est soumise au stress presque permanent ? Comment construire un attachement sécurisé si la figure d'attachement est imprévisible ou peu disponible ?

1.2.4 Comportement du bébé sujet à la négligence

Effectivement, les bébés peuvent manifester précocement un grand désordre émotionnel et corporel qui témoigne de leur souffrance. Les premiers signes peuvent apparaître au cours du premier mois, voire des premiers jours. Ces signes sont une réponse de défense au style interactif maternel abordé plus haut. Ils s'expriment exclusivement par le corps _ premier lieu d'expériences_ notamment au travers du regard, du tonus, de la mobilité, avec des répercussions sur le sommeil, l'alimentation, la motricité mais aussi sur la régulation des affects et la construction de l'attachement. [18]

De manière générale, le bébé est dans un état de stress chronique car ses émotions ne sont pas régulées, ni contenues. Pour supporter cette « panique » interne le bébé se réfugie dans une tension « de veille intense » et une tension corporelle. Cela se traduit par un comportement d'hyper-vigilance (hyper-réactivité aux stimuli, sommeil très léger ou lutte contre l'endormissement), d'hypertonie axiale (corps arc-bouté), d'agrippement au sens large (poings et pieds serrés, bras repliés ou en chandelier, regard agrippé à la lumière ou à celui du professionnel, crispation intestinale entraînant des reflux en jets), de nuque raidie précocement et des gestes raides et explosifs. « Les états de vigilance sont des équivalents émotionnels, ils nous renseignent sur l'état de tension ou de détente. » [19]

En regard de cette *vigilance*, la négation de ses besoins et le manque de stimulation peuvent entraîner un refuge dans l'*absence* : le bébé tombe brutalement dans le sommeil, présente une hypotonie axiale en « poupée de chiffon », vocalise peu, ne regarde pas sa mère dans les yeux, voire se détourne d'elle. A l'extrême, il se coupe de son ressenti : il dort beaucoup, ne se réveille pas, ne pleure jamais. Cela peut s'exprimer en particulier dans la proximité avec sa mère, révélant sa détresse dans l'interaction.

Il peut encore tenter de s'adapter en permanence à sa mère, en apprenant à ne pas considérer et exprimer ses besoins propres, dans l'élaboration d'un « self » (un « soi ») défaillant. Tout cela a des répercussions sur les principales fonctions du développement :

- Sur le plan du sommeil, il peut osciller entre hyper-vigilance et refuge dans l'endormissement.
- Sur le plan de l'alimentation il donne peu de signaux de faim ou de satiété : soit il mange peu, soit il se remplit de nourriture, sans que cela ne soit associé ni à la frustration de la faim ni au plaisir de la combler.
- Sur le plan de la mobilité, il pleure facilement lorsqu'il est posé dans son lit ou sur le tapis d'éveil, ne pouvant apprivoiser le vide avec son corps. Cela se traduit par une difficulté à se rassembler (ramener les bras ou les jambes vers le corps) et à l'extrême par des réflexes de « Moro ». Sa tension interne liée au stress lui laisse peu de disponibilité aux modalités de la découverte comme les jeux de mains ou la manipulation. Le manque d'investissement de son corps entrainera ensuite un clivage entre le haut du corps, en tension, et les jambes, hypotoniques et coupées du « soi ».
- Sur le plan de la régulation émotionnelle, il est sujet à des colères et des peurs disproportionnées, notamment face à la séparation. Mais là encore, il est susceptible de ne manifester que très peu de détresse. Dans son comportement vis-à-vis de la figure d'attachement, il peut rechercher l'agrippement parental tout en détournant le regard. Ce type de comportement incohérent est caractéristique et a été décrit et défini comme « l'attachement désorganisé », plus répandu chez les enfants ayant subi des mauvais traitements dans la première année de vie.
- Sur le plan physique son teint peut être gris ou marbré exprimant des troubles neuro-végétatifs.

Les auteurs expliquent comment ces troubles altèrent ensuite l'investissement du corps [20] et le lien social [21], conduisant aux conséquences évoquées chez les enfants puis chez l'adulte.

Le comportement du bébé est donc marqué par l'excès ou l'absence de sensations et de manifestations : ces deux états pouvant alterner. Cela interroge quant à la perception de cette clinique comportementale complexe, oscillant d'un extrême à l'autre, et dans des degrés divers. Aussi, dans le cadre plus général de la négligence, comment poser les conditions de diagnostic ? En effet, pour repérer ce trouble, encore faut-il envisager d'observer l'ensemble de la configuration : la mère, le père, le bébé pour lui-même, des données précises (observation fine du lien sur la durée), des circonstances différentes (biberon ou tétée, change, bain, moment d'éveil) et l'éclairage de divers professionnels (infirmières, puéricultrices, auxiliaires, sages-femmes, psychologue, pédiatre, pédopsychiatre...) auprès de la dyade (ensemble composé de la mère et du bébé). Il s'agit de ce contexte de reconnaissance qui est mis en place et permis par le HOME. Commençons toutefois par présenter cette structure de soins peu répandue puis nous aborderons son fonctionnement.

1.3 Présentation du HOME

1.3.1 Fonctions et conditions d'accueil

Le HOME est un lieu d'hospitalisation mère-enfant qui appartient au Centre Nantais de la Parentalité (CNP), qui lui-même dépend du secteur 2 de psychiatrie infanto-juvénile du CHU de Nantes. Le CNP a été créé en 2001 par le Dr Nicole Garret-Gloanec, pédopsychiatre et chef de ce service. Il regroupe deux structures : le « HOME », lieu d'hospitalisation mère-enfant et les « Ages premiers », lieu de consultations [22]. Sa mission est le soutien à la relation parents-enfants et la prise en charge des troubles du développement chez le jeune enfant. En d'autres termes sont mises en œuvre au CNP des actions de prévention et de soin aux familles qui présentent une pathologie du lien [23].

Ces familles, dont la pathologie du lien est susceptible de menacer le développement du nouveau-né par la formation d'un lien inadéquat, peuvent être prises en charge au HOME et plus précisément le couple mère-enfant (ou dyade). Ces derniers sont concernés par des « troubles » maternels divers. A titre d'exemple, sont accompagnées dans ce lieu les mères présentant une pathologie psychiatrique établie, ou bien des signes de perturbation psychologique non étiquetés, un contexte social précaire, des conduites à risque (notamment la toxicomanie), un

isolement social (contexte d'immigration), une déficience sur le plan cognitif, une dépression du post-partum, ou une psychose puerpérale. Le HOME peut aussi accueillir des mères dont le bébé a été placé, dans le cadre de « médiations thérapeutiques », c'est-à-dire des temps d'échange entre parents et enfants, en présence d'un professionnel médiateur référent. Le lieu reçoit également des mères pour lesquelles la question du placement se pose mais demande à être étayée par une observation précise du lien mère-enfant. Les patientes qui sont accueillies au HOME ont le plus souvent accepté cette prise en charge qui leur a été proposée. Mais cette dernière peut être exceptionnellement imposée aux parents par une injonction judiciaire lorsque la situation du bébé est inquiétante, limitant par exemple la présence du bébé près de sa mère au cadre du HOME.

Le HOME accueille des patientes avec leurs bébés, soit en temps plein (sauf le week-end) soit en hospitalisation de jour, de 1 à 5 fois par semaine, de 9h à 16h30, repas compris. Pour des raisons pratiques de prise en charge, le service accepte les bébés qui n'ont pas encore acquis la marche, soit en général des bébés de moins d'un an. Selon le moment de l'orientation, les mères peuvent être accueillies pendant la grossesse ou en post-partum. Les patientes prises en charge proviennent de toute la région des Pays-De-La-Loire. Enfin la sage-femme du HOME assiste à deux staffs de parentalité : ceux de la maternité de l'HME du CHU de Nantes et de la maternité d'Ancenis où elle peut intervenir en proposant des actions comme tout professionnel présent à ce staff, et éventuellement une prise en charge spécifique au HOME ou une consultation au CNP.

1.3.2 Prise en charge

Au HOME, chaque dyade est prise en charge selon une première conduite à tenir, établie par le pédopsychiatre du service, suite à un entretien, en présence des parents et du bébé. Le couple mère-enfant est ensuite accompagné au cours du séjour par une infirmière référente, garante de la continuité des soins [23]. Une attention quotidienne est portée à la mère, au bébé, et à leur interaction. En pratique les patientes ainsi que leurs bébés sont accompagnés au cours de tous les soins comme le biberon, la tétée, le change, le bain, ou les temps d'éveil. Cette observation est ensuite restituée dans les transmissions écrites, en faisant émerger les modalités du lien. Nous avons donc accès dans les dossiers à des observations quotidiennes, portant sur la présence et le comportement des mères avec leurs bébés et des bébés avec leurs mères.

Ces observations sont partagées par tous les intervenants, puisque le HOME est un univers pluridisciplinaire où collaborent quotidiennement des professionnels de la mère et du bébé, à temps plein ou à temps partiel : deux pédopsychiatres, deux puéricultrices, plusieurs infirmières, un psychiatre, une psychologue du lien, une psychomotricienne, une sage-femme ainsi que la cadre de santé, une secrétaire et plusieurs agents de service hospitalier. Plus précisément ils s'appuient dans leur travail sur l'observation du nouveau-né suivant la méthode d'E.Bick de la Tavistok Clinic [24]. L'observation du nouveau-né, formulée en 1963 par cette pédopsychiatre anglaise, est une méthode d'observation pour la formation psychanalytique. Elle a trouvé des applications thérapeutiques pour le bébé au sein de sa famille à partir de travaux de pédopsychiatres comme ceux du professeur D.Houzel à Caen. Elle se destine à évaluer mais aussi soigner le lien ou l'interaction entre les parents et leur bébé. Son mécanisme thérapeutique adapté au CNP est décrit par le Dr Garret-Gloanec : « Le thérapeute observe l'unité de la relation sans choix des évènements. Il est réceptif à ce qui se déroule dans la globalité. Il se met en capacité de contenir, de recevoir et de restituer cette relation. [...] L'attention sert de contenant. [...] La régularité crée une continuité de l'existence et de la relation. » [25]. L'observation consiste alors en un état particulier de présence aux côtés de la dyade, avec une grande disponibilité au ressenti, à la fois pour constater les modalités du lien et le soigner. Elle donne lieu à une deuxième étape qui est celle de la retranscription de l'observation dans le dossier de soins, selon une description narrative détaillée, s'intéressant à la fois à la mère, au père s'il est présent, au bébé et à leurs interactions, aux paroles, aux gestes, aux regards, mais aussi à l'habillement, aux silences (les signes visibles et moins visibles et le ressenti comme les sentiments empathiques envers le nouveau-né, qui ne prononce aucun mot pour nous raconter ce qu'il vit). La restitution plus objective de cette observation réside dans la troisième étape qui est celle de l'échange interprofessionnel, visant à croiser les observations et les avis, ressentis, et sentiments de plusieurs professionnels, ainsi que les signes cliniques présentés par le bébé. Au HOME des staffs hebdomadaires regroupant l'équipe de soins autour d'une situation permettent cela, et à cette occasion, une caractérisation seconde du lien peut être effectuée en remplissant des grilles de critères comportementaux de la mère ou du bébé (grille de Steinhauer, échelle ADBB, échelle de Brazelton...). La méthode d'observation du nouveau-né est enseignée en France par l'Association pour l'Etude du Développement et de la Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEDPEA) à Larmor-Plage. Des extraits de certaines observations thérapeutiques du HOME seront repris dans notre étude.

Enfin, dans le cadre de ses missions, le HOME entretient des liens étroits avec la PMI de la région par l'intermédiaire de l'unité ambulatoire du CNP, les âges premiers, avec laquelle le CHU de Nantes a signé une convention.

1.3.3 Population et contexte d'orientation

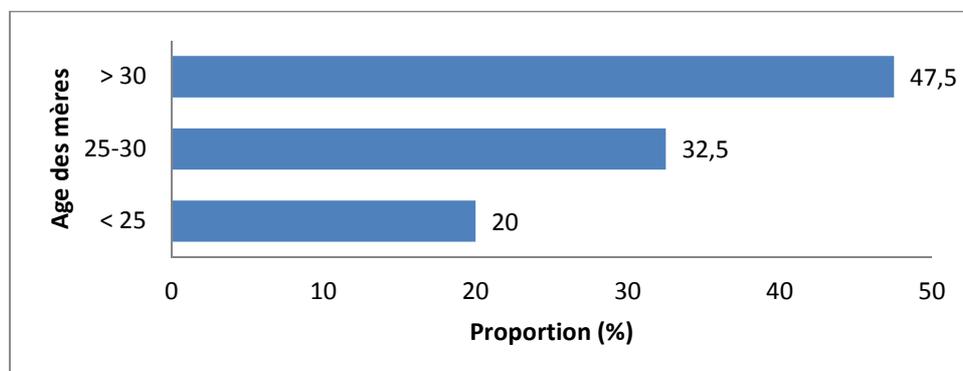
De manière à percevoir plus concrètement le fonctionnement du service, nous présentons ici les résultats d'une étude rétrospective et descriptive des dyades hospitalisées au HOME en 2012 (sorties du service entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012), qui sont au nombre de 40.

Les séjours sont plutôt longs : 60% durent plus d'un mois. Les bébés sont majoritairement jeunes au moment de l'hospitalisation : 68% ont moins de 3 mois avec pour la moitié un âge inférieur à un mois.

1.3.3.1 Les mères

1.3.3.1.1 Age maternel

Figure 1 Age des mères au premier jour de l'hospitalisation



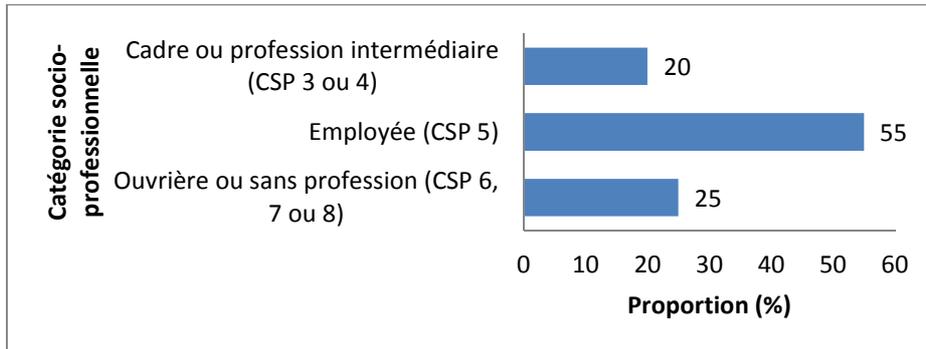
On dénombre une patiente de 15 ans, toutes les autres patientes ont 19 ans ou plus. 80% ont plus de 25 ans et presque la moitié a plus de 30 ans.

1.3.3.1.2 Parité

50% des patientes sont hospitalisées pour leur premier enfant et 37,5% pour leur deuxième enfant.

1.3.3.1.3 Catégorie socio-professionnelle

Figure 2 Catégorie socio-professionnelle des mères



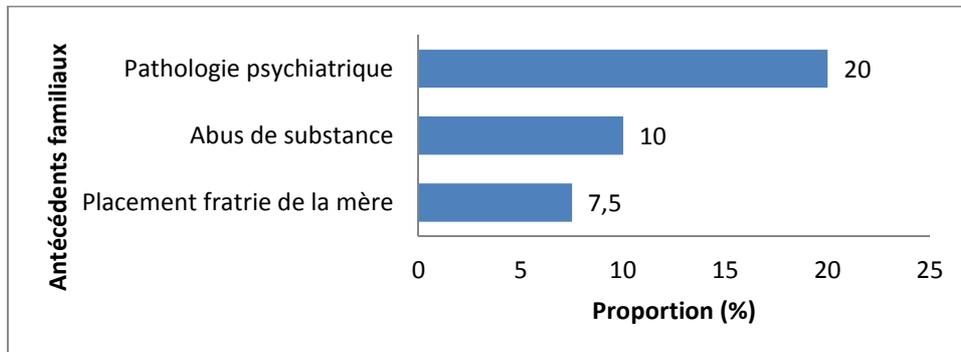
Toutes les catégories socio-professionnelles sont représentées, y compris les cadres et professions intermédiaires. Elles sont presque aussi nombreuses que les catégories socio-professionnelles précaires. La majorité des patientes appartient à la catégorie des employées.

1.3.3.1.4 Situation conjugale

Au début du séjour 80% des mères sont en couple avec le père biologique de leur bébé.

1.3.3.1.5 Antécédents psycho-sociaux familiaux

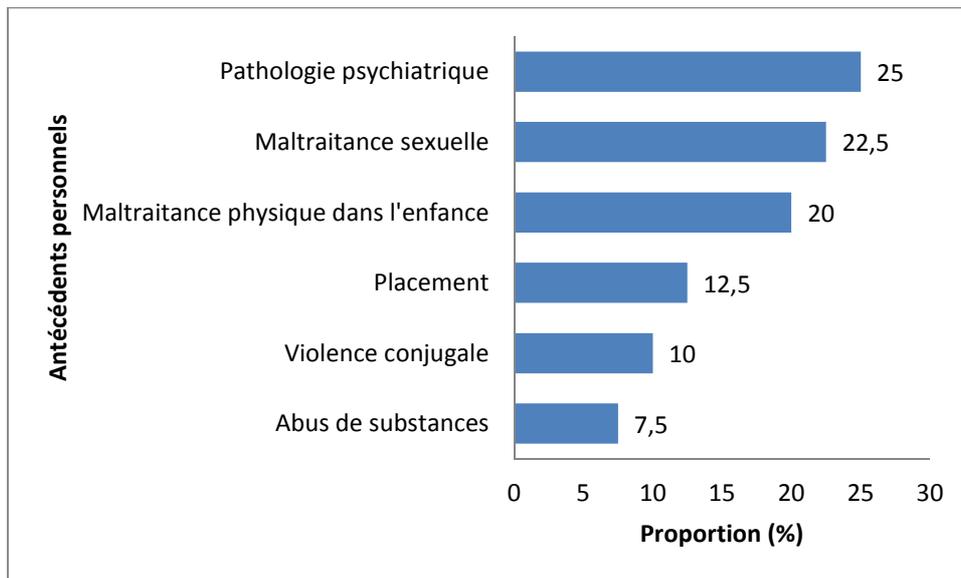
Figure 3 Antécédents psycho-sociaux familiaux de la mère



On retrouve des antécédents de pathologie psychiatrique dans la famille chez 20% des patientes.

1.3.3.1.6 Antécédents psycho-sociaux personnels

Figure 4 Antécédents psycho-sociaux personnels de la mère



Entre 20 et 25% des patientes ont présenté un trouble psychiatrique, ou ont été confrontées à la maltraitance sexuelle ou physique. En tout, 87,5% des patientes montrent un ou plusieurs facteurs de risque psycho-sociaux (antécédent de trouble psychiatrique personnel ou familial, antécédent de maltraitance sexuelle ou physique, troubles du comportement alimentaire, dépression du post-partum ou psychose puerpérale, abus de substances, isolement, précarité).

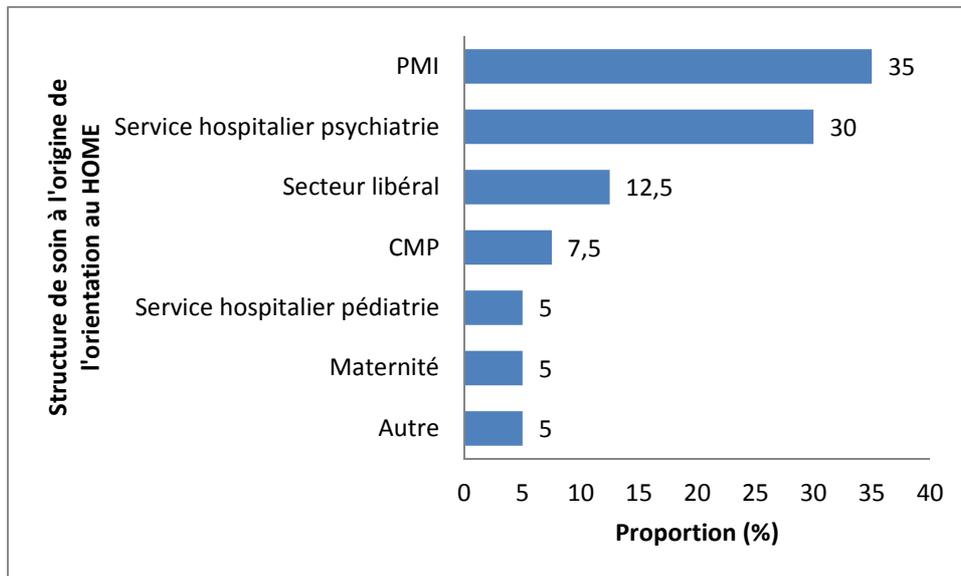
Remarque : la déficience intellectuelle qui n'est pas systématiquement étiquetée dans les dossiers n'a pas été étudiée. De même les antécédents du père ne sont pas étudiés car les données sont inconstantes dans les dossiers.

1.3.3.1.7 Maternité de suivi

Sur les 40 patientes, 60% ont accouché à Nantes et, parmi elles, la moitié a accouché au CHU. L'autre moitié des patientes nantaises a donc accouché en clinique.

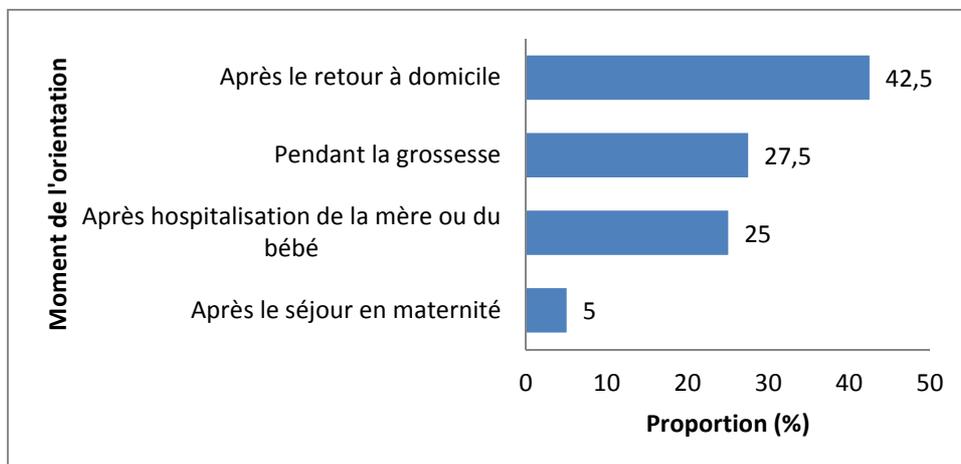
1.3.3.2 Contexte d'orientation

Figure 5 Structure de soins à l'origine de l'orientation de la dyade au HOME



Ce sont les services de psychiatrie et la PMI qui orientent le plus souvent les patientes au HOME. Il est rare que les maternités orientent directement des dyades, que ce soit pendant la grossesse ou après les suites de couche.

Figure 2 Moment de l'orientation de la dyade



42,5% des patientes sont orientées après être revenues à domicile, plus précisément selon nos données, par des professionnels de suivi ou plus spécialisés : essentiellement par les services de psychiatrie (hôpital ou CMP) et par le secteur libéral (sage-femme, médecin traitant ou psychologue), et en moindre mesure par les puéricultrices de PMI. 27,5% des patientes sont orientées pendant la grossesse, et selon nos données, principalement par les sages-femmes de

PMI ou un service spécialisé de psychiatrie (hôpital ou CMP). 5% des patientes sont orientées directement après le séjour en maternité.

Cette étude descriptive amène deux conclusions sur l'orientation des patientes au HOME :

— Premièrement, les patientes, pendant la grossesse, sont orientées soit par les sages-femmes de PMI soit par les services de psychiatrie. Ainsi, pendant la grossesse, en dehors des situations graves de décompensation (prises en charge par les psychiatres), le professionnel de référence en ce qui concerne l'orientation au HOME est la sage-femme de PMI. En post-partum, en revanche, nous ne distinguons pas de professionnel de référence : l'orientation n'est pas liée systématiquement à un type de professionnel.

— Deuxièmement, les maternités sont peu souvent impliquées dans l'orientation directe de patientes au HOME, que ce soit pendant la grossesse ou après le séjour en maternité. Or, cette étude concerne des mères à risque plus ou moins important de négligence, du fait d'un trouble du lien, et pour 87,5% d'entre elles, de facteurs de risques psycho-sociaux.

Ces résultats permettent de questionner notre problématique. Le fait que l'orientation soit opérée par des professionnels très variés, en post-partum, marque-t-il une difficulté dans le repérage concret des troubles du lien ? Ensuite comment envisager la place des maternités dans le repérage de la négligence, alors même qu'elles ont été peu impliquées dans l'orientation de ces 40 dyades au HOME ? Car, pour permettre un repérage en maternité, les conditions psycho-sociales, les troubles du lien ou les signes de souffrance du bébé se révèlent-ils suffisamment pour y être visibles ? Afin d'y réfléchir, nous nous proposons d'observer, à travers une étude qualitative, comment la maternité repère et prend en charge la négligence, pendant la grossesse et en post-partum, en nous appuyant sur les parcours de soins de deux patientes hospitalisées au HOME et ayant révélé des comportements de négligence maternelle.

2. METHODE ET RESULTATS

2.1 Etapes de travail

2.1.1 Sélection des dossiers

Notre première étape de travail a consisté à repérer des mères ayant un comportement de négligence envers leurs enfants pour ensuite analyser leurs suivis en maternité. Or la négligence n'étant pas ou peu diagnostiquée pour elle-même, nous nous sommes tournés vers le HOME _ puisque ce lieu accueille des patientes à risque et que la prise en charge y est tournée vers l'observation du lien _ afin de dégager des situations où émergeaient des composantes de négligence.

Dans les dossiers du HOME, la négligence n'est pas identifiée comme telle, ni en tant que motif d'orientation, ni au cours du séjour. Pour évaluer le risque de chaque dyade, il a donc été nécessaire de consulter chaque dossier dans sa globalité, c'est-à-dire lire les comptes rendus d'entretien, les courriers, les pages de transmissions, les bilans psychomoteurs.... Nous avons donc repris ces données et nous avons isolé un groupe de dyades effectivement concernées par la négligence parmi celles qui ont été hospitalisées au HOME en 2012 (40 dyades, sorties du service entre le 1er janvier et le 31 décembre 2012). Cette sélection s'est faite sur des critères comportementaux de la mère et du bébé répertoriés dans deux grilles d'étude standardisées, extraites du guide canadien d'évaluation des compétences parentales (adapté du guide de Steinhauer) [26]. Pour cela, nous avons considéré que le lien mère-enfant relevait de la négligence, lorsque 3 items de comportement maternel (grille des problèmes de sensibilité maternelle, [Annexe 1]) étaient présents ensemble et associés à un item comportemental du bébé (grille d'indice d'un problème d'attachement précoce du nouveau-né, [Annexe 2]). D'après l'étude du Dr Garret-Gloannec [27], ces items comportementaux sont, dans la grille, ceux qui sont le plus spécifiquement associés à la négligence. Selon cette sélection, nous avons isolé 17 dyades sur 40 concernées par la négligence, au HOME, en 2012. Parmi ces 17 dossiers, nous avons ensuite sélectionné ceux dont la mère avait accouché au CHU de Nantes, de manière à avoir accès à son dossier obstétrical pour réaliser notre étude : au total 4 dossiers. Enfin, nous avons choisi les deux dossiers les plus pertinents et les plus complémentaires, en termes de facteurs de risque maternels, de parcours de suivi, et de type de négligence. Précisons que nous avons relevé les informations des dossiers obstétricaux pour rendre compte du suivi en maternité et des dossiers du HOME pour rendre compte du type de négligence.

2.1.2 Présentation des données

Les données seront présentées sous forme de tableau de manière à comparer les deux situations. Les données strictement médicales seront résumées mais en revanche celles relevant du domaine psycho-social seront citées pour plus d'objectivité. Pour respecter l'anonymat des 2 dyades nous changerons l'initiale du nom de la mère ainsi que le prénom de l'enfant. Nous avons pris connaissance de tous les documents présents dans le dossier y compris les comptes rendus.

— Dans un premier temps nous aborderons les informations présentes dans le dossier obstétrical : celles issues du relevé des consultations (situation socio-professionnelle, antécédents, déroulement de la grossesse, accouchement) puis celles issues du suivi en suites de couche.

A l'Hôpital Mère-Enfant (HME) du CHU de Nantes, le suivi des patientes en suites de couches est notifié sur plusieurs types de feuilles. Nous ferons apparaître uniquement les feuilles dans lesquelles figurent des observations ou informations d'ordre psycho-social. La feuille de suivi journalier est légendée : à chaque cible de surveillance correspondent plusieurs lettrages suivant les états et nous retiendrons, dans le cadre de notre problématique, uniquement les cibles de l' « état psychologique maternel », l' « allaitement » et le « comportement du bébé ». La légende des lettrages sera donnée dans le tableau. Précisons que si nous nous intéresserons à l'allaitement c'est qu'il peut être le reflet de la disponibilité maternelle et du lien.

Concernant notre première situation, le couple mère-enfant a été suivi par les sages-femmes du service des suites de couches. Nous avons donc relevé nos informations sur le dossier obstétrical du service, commun à la mère et au bébé.

Concernant notre deuxième situation, le couple mère-enfant a été accompagné en Unité Kangourou. Dans ce service, la prise en charge étant effectuée par les sages-femmes et les puéricultrices, sont constitués un dossier obstétrical « maman » et un dossier pédiatrique « bébé ». Nous reprendrons donc toutes les données du dossier obstétrical et, dans le dossier « bébé », les données psycho-sociales. Celles-ci figurent uniquement sur les feuilles de transmissions ciblées, dont nous citerons des extraits. Par ailleurs le contenu du dossier « bébé » est équivalent à celui du dossier « maman » en termes de comptes rendus et ses informations médicales seront intégrées au résumé de la situation en suites de couches.

Dans ce tableau figureront toutes les notations écrites telles qu'elles figurent sur le dossier. Certaines notions seront étoffées à mesure que l'on progresse dans le parcours de soin.

— Dans un deuxième temps, pour chaque dyade, nous aborderons la prise en charge au HOME en précisant le contexte d'orientation, l'organisation immédiate du séjour, et enfin les observations faites par les infirmières ou les puéricultrices. Celles-ci seront présentées sous forme d'extraits, leur totalité représentant un nombre de pages trop conséquent. Ceux-ci nous permettront d'apprécier le type de négligence qui concerne chaque dyade. Afin de la caractériser avec le plus d'objectivité, nous présenterons des observations pendant différents moments, par différentes infirmières et relatant à la fois des comportements de négligence et des comportements d'échange adapté. Par soucis didactique, nous rappellerons en « gras » les éléments de ces observations qui sont caractéristiques de la négligence, conformément à notre définition en première partie.

2.2 Cas clinique n° 1 : Mme A et son bébé Edgard

2.2.1 Dossier obstétrical de l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes

2.2.1.1 Suivi de grossesse et accouchement

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE		
Mère (Mme A)	27 ans D'origine française Animatrice périscolaire avec un emploi Bénéficie de la sécurité sociale et d'une complémentaire santé	
Père	27 ans D'origine française Mécanicien avec un emploi	
Situation conjugale	Vie maritale, à St Sébastien sur Loire (Nantes)	
ANTECEDENTS		
Père	Bonne santé	
Mère	Antécédents familiaux	« Père non connu, parti quand elle avait 3 ans » « Mère bipolaire, suivi psy, va bien sous traitement »
	Antécédents gynécologiques	« Jamais de contraception » « Grossesse désirée et spontanée »
	Antécédents médicaux	« Dépression hospitalisation pendant 3 mois, suivi psy, n'a plus besoin de traitement, Zyprexa => prise de poids, pas de trouble alimentaire »
	Antécédents obstétricaux	0
HABITUS	IMC = 29 (1,72m, 86 kg) Violences subies : « Problème réglé »	
GROSSESSE	<ul style="list-style-type: none"> - Date de début de grossesse : 01/12/10 - Terme Prévu : 01/09/11 - Grossesse suivie par un gynécologue de ville, suivie au CHU à partir du 8è mois. - Grossesse marquée par un diabète gestationnel traité par régime. - Accouchement après déclenchement à 39 SA + 1 jour pour 	

	conditions locales favorables dans un contexte de diabète sous régime et de macrosomie.
ACCOUCHEMENT le 19/08/11 à 21h00	A 39 SA + 1 jour, naissance par voie basse d'Edgard, pesant 3775g, d'Apgar 10/10 (pH artériel 7,16) sous analgésie péridurale. Edgard a été surveillé en couveuse pour détresse respiratoire « différée » à 15 minutes de vie et récupérée après 15 minutes. Pas de transfert en néonatalogie, surveillance par puéricultrice en suites de couche, examen clinique et étiologique normal. Pas de précisions sur la présence du père, ni le comportement maternel pendant le travail ou pendant la tétée d'accueil.

Au cours des consultations du 8^e mois, du 9^e mois et du Suivi Intensif de Grossesse dans le cadre du suivi de diabète, nous ne relevons pas d'annotation particulière sur le vécu de la grossesse. Nous ne retrouvons pas de courrier de transmission du gynécologue, ni de notion d'un entretien prénatal précoce. La patiente a participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité avec une sage-femme libérale. Elle a souhaité allaiter.

2.2.1.2 Séjour en Suites de Couches – dossier obstétrical commun à la mère et au bébé

Mme A. est restée en suites de couches du 19/08/2011 au 24/08/2011, soit 4 jours complets. Au cours du séjour, la surveillance médicale maternelle n'a pas montré de pathologie. La patiente a allaité. Par ailleurs, la surveillance néonatale a été marquée par une détresse respiratoire à J1, suite à une fausse route difficilement récupérée. Edgard a donc été transféré dans le service de néonatalogie pendant 24h pour une surveillance qui s'est révélée normale. L'évolution du poids d'Edgard a été satisfaisante. Toutes les précisions concernant l'allaitement de Mme A. figurent dans le tableau qui suit.

FEUILLE DE SUIVI JOURNALIER						
		J0	J1	J2	J3	J4
Maman	Etat psychologique	F	F	F En larmes	F	F
	Allaitement	S	S	A	S	S
Bébé	Comportement		C			
Légende : F = Fatiguée, S = Soutien, A = Autonomie, C = Calme						
FEUILLES DE TRANSMISSIONS						
Maman (Totalité des transmissions rédigées par les sages-femmes en dehors des cibles médicales)	J2 Cible « Moral »	« Femme fatiguée ++ ayant les larmes aux yeux, réflexion faite cette nuit sur pleurs de bébé par personnel soignant mal prise par patiente => discussion ++ psy proposée refusée. »				
	J3 Cible « Allaitement »	« Bout de sein mais bébé déglutit bien, montée de lait ok J3. »				
	J3 Cible « Départ »	« Conseils de sortie donnés par puéricultrice en fin de journée. Parents n'écoutent pas les conseils... PMI prévenue par la puer. »				
Bébé (Totalité des transmissions rédigées par les puéricultrices en dehors des cibles médicales)	J3 Cible « Sortie »	« Conseils sortie faits mais parents peu réceptifs car « patiente a tout lu », semble « agacée ». PMI doit contacter la patiente le 24/08 pour visite à domicile ou consultation PMI. »				
	J3 Cible « Relationnel »	« Bébé dans la salle de bain porte fermée car pleure beaucoup, constaté par aide-soignante qui a donné conseils d'ouvrir la porte pour lumière et se sentir près d'eux + tétée »				
FEUILLE EXAMEN DE SORTIE						
Maman (Sage-femme)	« RAS, montée de lait RAS, pas de crevasses »					
Bébé	Examen du pédiatre relevé dans le carnet de santé : normal (dossier du HOME)					
FEUILLE MACRO-CIBLE SORTIE						
Maman (Sage-femme)	Suivi PMI pour motif : « primipare et pesée 1/semaine »					
Bébé (Puéricultrice)	Suivi PMI pour motif : « soutien mère (antécédent psy), message laissé pour visite à domicile rapide après sortie » puis « consultation le 26/08 au CMS » ajouté.					

Nous ne retrouvons pas d'information psycho-sociale sur le compte-rendu d'accouchement et le compte-rendu d'hospitalisation gynéco-obstétrique. En revanche le compte-rendu d'hospitalisation de la patiente en psychiatrie en 2010 a été récupéré et figurait dans le dossier. Nous y apprenons que la patiente a été hospitalisée à trois reprises en psychiatrie à l'âge de 17 ans, qu'elle a subi un inceste par son frère, et qu'elle a déclaré au cours de cette hospitalisation une mélancolie délirante (délire de culpabilité vis-à-vis de sa mère après lui avoir révélé l'inceste de son frère). Le contexte de naissance de la patiente est également évoqué par sa mère qui parle de difficultés conjugales pendant sa grossesse et après la naissance de sa fille, alors confrontée à une situation d'adultère de la part de son mari.

Exposé de la situation pouvant évoquer un risque de négligence et résumé de prise en charge :

⇒ **Antécédents psycho-sociaux :**

- Rupture affective à 3 ans avec le départ de son père biologique
- Antécédent familial de pathologie psychiatrique (mère bipolaire)
- Antécédent personnel d'hospitalisation pour mélancolie délirante en 2010 nécessitant suivi et traitement. Actuellement pas de traitement et pas de suivi.
- Antécédent personnel de violences sans autre notion
- Inceste frère-sœur sans notion d'âge
- 3 antécédents d'hospitalisation en psychiatrie à l'âge de 17 ans
- Contexte de difficultés conjugales pour la mère de la patiente après la naissance de sa fille et pendant la grossesse (adultère de son mari).
- Situation socio-professionnelle du couple correcte, assurance santé

⇒ **Suivi de grossesse**

- Fait par gynécologue de ville, pas de courrier de transmission dans le dossier ni d'entretien du 4^e mois transmis, suivi à la maternité du CHU à partir du 8^e mois
- A fait la démarche d'effectuer des cours de préparation à la naissance et à la parentalité avec une sage-femme libérale

⇒ **Bilan comportemental en Suites de Couches :**

- Patiente vraisemblablement en difficulté : manifestant une « fatigue » tout au long du séjour et une difficulté marquée devant les pleurs de son bébé (épisode conflictuel avec une professionnelle au sujet des pleurs, et en fin de séjour mise à distance du bébé en pleurs pouvant par ailleurs le mettre en danger).
- Patiente peu dans l'alliance : peu disposée à écouter les conseils de la puéricultrice, ne souhaite pas voire la psychologue
- Allaitement encore à soutenir à la sortie avec une progression du poids normale au cours du séjour
- Pas d'observation comportementale particulière concernant le bébé

⇒ **Prise en charge à la sortie du service :**

- Consultation PMI (CMS) prévue 4 jours après la sortie

2.2.1.3 Bilan des évènements survenus après le retour à domicile

Le 02/09/2011, Mme A consulte aux urgences gynéco-obstétriques, amenée par son conjoint qui rapporte une anxiété, des insomnies, et des propos incohérents depuis quelques jours. Il craint une décompensation maniaque comme il a pu en voir chez sa belle-mère. Au cours de l'interrogatoire, Mme A ne confie aucune difficulté avec son bébé et parle de « vrai bonheur d'avoir un enfant ». Elle se plaint en revanche des trop nombreuses et trop longues visites (famille, amis, PMI). On note un suivi PMI en place et un allaitement mixte débuté « par le mari » car les tétées sont courtes. Devant un antécédent de mélancolie délirante et une probable symptomatologie maniaque en post-partum, la patiente est orientée aux UMP, d'où elle sera transférée en psychiatrie 2 pour y être hospitalisée pour « décompensation maniaque ».

Le même jour, son bébé Edgard, alors âgé de 2 semaines, est examiné par le pédiatre car son père, lors de la consultation, a précisé qu'il mangeait moins depuis quelques jours (a perdu 190g en 1 semaine, pèse 3400g, et pesait à la naissance 3775g : à 2 semaines, Edgard a perdu 10% de son poids de naissance). Il est donc hospitalisé en pédiatrie pour « hébergement car mère hospitalisée, difficultés de prise pondérale et problème social. » Edgard reste hospitalisé 5 jours du 03/09/11 au 07/09/2011. Le compte-rendu d'hospitalisation en pédiatrie rapporte une très bonne adaptation au biberon et une bonne prise de poids (+ 280g en 5 jours), sans autre élément concernant le lien avec son père qui a pu lui rendre visite. Edgard sort alors que sa mère est toujours hospitalisée et sera donc accueilli par son père à son retour à domicile.

2.2.2 Dossier du HOME

FICHE RESUMANT L'APPEL AU SECRETARIAT DU CNP 03/09/2011
Avis de prise en charge au HOME demandé par l'interne de pédopsychiatrie du CHU de Nantes pendant qu'Edgard est hospitalisé en pédiatrie et sa mère en psychiatrie pour décompensation maniaque.
1 ^{er} ENTRETIEN AVEC LE PEDOPSYCHIATRE DU CNP pour décider de la conduite à tenir: pédopsychiatre + mère + père + bébé présents
<p>On y apprend que Mme A. vit difficilement l'hospitalisation, en général, car cela lui rappelle sa propre mère hospitalisée quand elle était enfant. Nous apprenons aussi que sa décompensation psychiatrique était annoncée par des signes maniaques depuis la fin de la grossesse (hyperactive et insomniaque) et après la naissance par des dépenses inconsidérées (a acheté plusieurs berceaux) et un amaigrissement. Mme A. décrit son séjour en maternité de la façon suivante : « est restée 5 jours enfermée, il fallait qu'elle s'occupe du bébé qui pleurait alors que son ami rentrait chez lui. Elle était fatiguée et il y a eu un incident avec la sage-femme ».</p> <p>Nous comprenons le manque d'alliance que présentait la patiente en maternité qui provient probablement de son rejet de l'univers hospitalier. Nous voyons que la gestion des pleurs de son bébé l'a marquée ainsi que le fait d'avoir à les prendre en charge dans la continuité des 5 jours d'hospitalisation.</p> <p>Conduite à tenir décidée par le pédopsychiatre du HOME: « Mère trop maniaque pour envisager une hospitalisation mère-enfant, mise en place de médiations thérapeutiques pour permettre des rencontres progressives et maintenir le lien puis hospitalisation en temps plein de Mme A. quand elle ira mieux.»</p>
Les médiations thérapeutiques, effectuées dans le service du HOME, réuniront Edgard, sa mère et une infirmière du HOME formée à l'observation, présente en tant que médiatrice. Edgard sera donc amené au HOME et reconduit du HOME par son père à chaque médiation. Elles seront mises en place du 15/09/2011, alors qu'Edgard est âgé d'à peine un mois, au 10/10/2011, à raison de 2 fois par semaine. Elles dureront d'abord 15 minutes puis seront progressivement étendues à une heure. Les

médiations thérapeutiques sont rédigées selon la méthode des observations thérapeutiques.

FEUILLES DE TRANSMISSIONS

(Rédigées par les infirmières ou les puéricultrices du service, extraits choisis parmi 51 pages, soit 102 pages recto-verso)

15/09/11 Médiation thérapeutique n°1 (15 min)	Arrivée d'Edgard pour la médiation, dans les bras de son père :
	« Je retrouve le papa et Edgard comme je les ai vus il y a deux jours, l'un contre l'autre ne faisant qu'un. Edgard a exactement la même posture avec ce tonus mou qui m'impressionne. »
	Hypotonie en portage
	Arrivée de Mme A, qui vient du service de psychiatrie 2, au HOME. Elle rejoint donc Edgard et son mari :
	« Mme A arrive... Elle paraît un peu hébétée, comme ayant du mal à garder les yeux ouverts, le regard vague. Elle s'extasie sur le doomou [sorte de transat mou]... sans paraître voir son bébé toujours endormi dessus. Elle part dans un discours décalé avec son mari s'exprimant en haussant la voix. Elle ne paraît pas dans la réalité. [...] Edgard se tourne vers sa maman, s'attarde sur son visage... et elle décide d'aller chercher son mari ! Il faut qu'ils soient tous les 3 ensemble... Elle est déjà partie... »
Mère encore dans une disposition maniaque, son traitement peut participer à modifier son attention.	
Le mari de Mme A, qui est parti pendant la médiation de 15 minutes, revient chercher Edgard :	
« Son papa arrive. [...] Rapidement le ton monte entre eux [les 2 parents] à propos de la mère de monsieur [la belle-mère de Mme A.]... de la façon dont Mme s'occupait du bébé [Mme A.]. Nous comprenons que madame [Mme A.] ne le nourrissait pas assez... qu'elle partait pour 5 minutes et revenait une heure après... »	

	<p>Mme A. présentait au domicile une difficulté à contenir ses propres besoins et à faire passer ceux d'Edgard avant les siens concernant son alimentation. (Pas de traitement à ce moment).</p>
	<p>« Elle veut aller à la cafétéria... M. dit qu'il faut qu'il s'occupe du bébé. Elle a du mal à entendre... Il est midi...elle a faim, veut aller manger... Nous nous mettons d'accord pour une prochaine médiation thérapeutique dans 5 jours, elle commente «ça va être long!» mais passe déjà à autre chose. Elle part sans dire au revoir à Edgard, c'est monsieur qui lui demande. « Tu ne l'embrasses pas !? » Elle le fait de manière enjouée, décalée et part vite sans se retourner. »</p>
	<p>Dans un état maniaque, Mme a du mal à se poser et à considérer les besoins d'Edgard.</p>
<p>Le 12/10/11 Mme A, dont l'état s'améliore, est hospitalisée en temps plein au HOME tandis que les médiations thérapeutiques sont poursuivies avec Edgard 2 fois par semaine. Le 18/10/11, Mme A est toujours hospitalisée en temps plein. Les médiations thérapeutiques d'une heure sont interrompues au profit d'une hospitalisation de jour pour Edgard qui rejoint sa maman au HOME d'abord 2 fois par semaine puis 5 fois par semaine de 12h30 à 19h00.</p>	
<p>02/11/11 Edgard : 2 mois et demi</p>	<p>Biberon</p> <p>Mme A. donne le biberon à son fils Edgard, qui, lui-même, regarde l'infirmière présente avec la dyade :</p> <p>« Edgard est accroché à mon regard, son visage est tourné vers l'extérieur, sa jambe droite est repliée sous lui. Il est comme arc-bouté, tout en buvant sans bruit et efficacement. Progressivement je vais me déplacer, pour ramener son regard, son visage vers l'intérieur. »</p> <p>Edgard est en hypertension axiale, corps arc-bouté, il ne regarde pas sa maman dans les yeux et accroche le regard de la référente.</p>
<p>02/11/11</p>	<p>Peau à peau en salle d'éveil</p> <p>« En s'adaptant aux besoins d'Edgard, un temps de bain se transforme en temps de câlin, avec une belle présence et une attention maternelle. Edgard cherche l'odeur, le sein de sa mère, il s'y endort joliment. Je laisse mère et bébé profiter de cette intimité en les laissant seuls. »</p>

		<p>Mme A. peut être parfois disponible et adaptée. Edgard se détend dans les bras maternels et cherche son contact. Cela traduit, compte-tenu des autres observations, une discontinuité du lien/de la disponibilité maternelle.</p>
03/11/11	Change	<p>« Cela devient plus compliqué pour le changement de tenue, pourtant Edgard est excessivement compliant (pas de pleurs, pas d'agitation ce qui majore le stress de Mme). Par contre il est (excessivement) tendu, bras tendu ou jambe tendue. Mme est dans le « forcing ». Edgard tolère. Elle mettra même toutes les pressions du pyjama sans avoir mis une de ses jambes dans le pyjama. La vision de Mme semble parcellaire sur ces instants. Edgard s'endort très rapidement dans les bras de Mme après le change presque instantanément (?) »</p> <p>Edgard s'adapte à sa mère en restant assez passif. Il met ses bras et ses jambes en hypertension. Il se réfugie peut-être dans le sommeil. Difficulté maternelle dans les gestes pour le rhabillage.</p>
08/11/11	Biberon	<p>« L'installation bien qu'avec le corpomed est un peu glissante, Edgard me regarde, me suit, ne va pas vers sa mère qui ne le lui demande pas. Il boit paisiblement, régule de lui-même la quantité et s'endort joliment. Mme A évoque sa grand-mère, elle-même bébé... Elle regarde avec fierté et tendresse son bébé s'endormir. »</p> <p>Edgard et sa maman ne se rencontrent pas par le regard mais Edgard tête de façon apaisée et peut s'endormir contre sa maman. Le portage maternel n'est pas contenant.</p>
09/11/11	Retrouvailles	<p>« Très jolies retrouvailles avec un sourire différent et très émouvant à la vue de sa maman qu'il ne quitte plus ensuite des yeux. Sa maman est sensible à cela et le reprend dans ses bras. Là Edgard se raconte de façon modulée et plaisante rien que pour maman, il lui adresse de jolis sourires. »</p> <p>Edgard et sa maman sont en relation, se rencontrent, par le regard, l'attention et les sourires. Disponibilité maternelle présente.</p>

23/11/11 Edgard : 3 mois	Repas maman	« Pendant le repas de la maman (heure de manger pour Edgard): même si elle a un doute elle ne se déplace pas pour aller voir si c'est Edgard qui pleure. »
		Indisponibilité maternelle : toujours une certaine discontinuité du lien maternel.
29/11/11	Tapis d'éveil	« A plat dos il est bien relâché, très disponible dans une relation rapidement souriante. Il alterne des regards appuyés sur sa maman avec de jolies vocalises et sur moi. Il montre beaucoup d'intérêt pour la girafe, la saisissant, essayant de la mettre en bouche. Sa maman lui répond de façon adaptée montrant une attention enveloppante plutôt continue. »
		Edgard est apaisé, peut s'intéresser aux objets autour de lui, peut coordonner ses gestes pour les chercher et les ramener à sa bouche. Belle relation maman-bébé.
29/11/11	Endormissement	« Maman accompagne Edgard dans un endormissement autonome avec doudou. Elle accompagne bien ce moment avec tendresse. Elle le reprendra alors qu'il se plaint un peu pour le rendormir un peu plus tard dans un joli portage. Beaucoup plus de naturel, moins de peurs, plus de plaisir pour cette maman. »
		Maman en progrès sur le lien.
14/12 Edgard : 4 mois	Biberon	« Edgard est un peu seul, il cherche beaucoup l'attention des soignants... il est parfois un peu sérieux. Sa maman s'ennuie avec lui, elle est peu dans l'empathie, par exemple quand il régurgite, sa première réaction est pour elle, lui reprochant cela même s'il ne peut le contrôler. »
		Maman interprète les régurgitations d'Edgard contre elle. Discontinuité de la disponibilité maternelle, parfois pauvreté de l'échange.
20/01	Bain	« Bébé et maman en relation, beaucoup plus de souplesse. Pendant le déshabillage Edgard regarde sa maman, Mme A anticipe verbalement auprès d'Edgard, les bras, la tête... Toujours une inquiétude chez Mme A pour le savonnage.

		Edgard s'adapte, regarde sa maman, me regarde. Pendant l'immersion, Edgard bouge pieds jambes et bras, maman lui donnant la main. »
		Mme A. adaptée pendant ce bain.
BILAN PSYCHOMOTEUR		
18/11	Premier bilan en présence de Mme A et d'une infirmière	Conclusion : « Edgard présente un tonus et une motricité adaptés compte-tenu de son âge. Le port de tête est toutefois un peu faible et Edgard a de la difficulté à tourner la tête du côté droit (défaut de mobilité et/ou attitude défensive ?) => prise en charge par séances de psychomotricité en présence de sa maman sur avis du pédopsychiatre»
13/12	4 ^{ème} séance de psychomotricité sur 6	« La mobilité de sa tête est bien meilleure même si l'amplitude du mouvement à gauche est toujours supérieure au côté droit. [...] Il existe vraiment deux manières d'être sur le plan tonique chez Edgard : spontanément il peut gigoter, se dynamiser avec plaisir, en revanche lorsque je le mobilise, il devient hypotonique, ne gesticule plus.»
		Edgard présente une difficulté à investir son corps dans son rapport à l'autre.

La prise en charge de Mme A. et d'Edgard au HOME a permis de ne pas séparer brutalement et totalement la dyade, le temps que Mme A. soit traitée pour sa décompensation maniaque. Au cours du séjour au HOME, allant du 12/09/2011 au 01/03/2012, Edgard, initialement âgé de 26 jours, a revu sa maman, de façon progressive, et en fonction de l'évolution de son état : d'abord par le biais de rencontres médiatisées (de 15 minutes puis d'une heure), puis durant deux après-midis par semaine de 12h30 à 19h00 et enfin tous les après-midi, de 12h30 à 19h00. Mme A. ayant été hospitalisée au HOME à temps plein, Edgard rentrait à domicile avec son père le soir et la nuit, et retrouvait ses 2 parents le week-end (ces temps étant également accompagnés par des visites à domicile de la PMI et des TISF [Annexe 3]). A l'issue de ces 3 mois et demi, le couple mère-enfant est sorti à domicile, après qu'un relai a été organisé avec une halte-garderie pour Edgard pendant la semaine. Au terme de l'hospitalisation au HOME, les besoins primaires d'Edgard sont relativement respectés, en dehors d'une présence

affective maternelle encore fluctuante. Edgard a progressé en mobilité. Mme A. conserve son suivi par le psychiatre du secteur 2 du CHU de Nantes.

Après avoir exposé le parcours de soins de cette dyade, nous allons aborder celui de notre deuxième situation d'étude.

2.3 Cas clinique n°2 : Mme B et son bébé Rebecca

2.3.1 Dossier obstétrical de l'hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes

2.3.1.1 Suivi de grossesse et accouchement

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE		
Mère (Mme B)	29 ans D'origine française Travaille en CAT Espaces verts (déficience intellectuelle) Bénéficie de l'AAH, de la sécurité sociale et d'une complémentaire santé	
Père	27 ans D'origine française Travaille en CAT Espaces verts (déficience intellectuelle) Bénéficie de l'AAH	
Situation conjugale	Vie maritale, à Clisson (Nantes)	
ANTECEDENTS		
Père	0	
Mère	Antécédents familiaux	« Père en bonne santé » « Mère en bonne santé » « Un frère et une sœur en bonne santé »
	Antécédents gynécologiques	« Grossesse désirée et spontanée »
	Antécédents médicaux	« Obésité suivie depuis 3 ans » (IMC= 35 : 1,71m, 102 kg)
	Antécédents chirurgicaux/AG	0
	Antécédents obstétricaux	« Une probable FCS (ne sait pas dire quand) »

HABITUS	Violences subies : « Question posée mais ne souhaite pas en parler. »
GROSSESSE : SUIVI MEDICAL	<ul style="list-style-type: none"> - Date de début de grossesse : 17/09/2011 - Terme prévu : 17/06/2012 - Grossesse suivie par son médecin traitant jusqu'au 5^e mois - Grossesse marquée par un diabète gestationnel mal équilibré, dépisté à 16 SA, traité par régime, suivi par diabétologue du SIG, diététicienne et SFAD.
GROSSESSE : SUIVI PSYCHO- SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Suivie au CHU à l'UGOMPS par une sage-femme à partir du 5^e mois (adressée par son médecin traitant) - Au cours de la grossesse diagnostic à 16 SA de micro-délétion sur chromosome 16 responsable d'un retard intellectuel variable et d'une obésité variable (probable forme familiale avec son frère concerné), probabilité que le fœtus soit atteint = ½, pas de DAN souhaité (conseil génétique demandé par son médecin traitant) - Rencontres SF PMI et SASP (service d'accompagnement et de soutien à la parentalité) demandées par sage-femme UGOMPS à la consultation du 7^e mois - Rencontre avec TISF demandée par sage-femme UGOMPS à la consultation du 8^e mois - Staff parentalité UGOMPS le 10/05/2012 (35 SA +5) [Annexe 3]
Rapport Sage-femme de PMI : suivi à domicile pendant la grossesse (envoyé au responsable du pôle AEF dans le cadre d'une information préoccupante faite par la puéricultrice de	<p>« Pendant la grossesse, il est très difficile aux parents de se situer dans le concret du bébé, ils savent qu'un bébé s'annonce mais cela ne « fait pas corps » surtout pour la maman. Présentant une pathologie, elle doit suivre les recommandations alimentaires mais elle ne le fait pas, cela semble n'avoir aucun sens pour elle. [...] Pour ce qui est des préparatifs de la venue de l'enfant, la maman n'évoque rien, c'est le papa qui en parle le plus. Le discours est plutôt mécanique. Je suis inquiète car certes cette maman a des capacités réduites, mais je ne la ressens pas présente au vécu de sa grossesse, elle est dans une discontinuité du quotidien, ce qui me fait craindre des risques pour la prise en charge d'un nouveau-né dans la continuité, avec l'adaptation que cela demande. »</p> <p>Sujets abordés en prévention : projection de la parentalité, discours sur le bébé, accessibilité au vécu, continuité du lien/de l'attention</p>

PMI le 22/06)	
STAFF PARENTALITE ORGANISE PAR UGOMPS 10/05/2012 35 SA + 5	(En présence de la sage-femme de l'UGOMPS, l'assistante sociale de l'UGOMPS, la psychologue de l'UGOMPS, la sage-femme de PMI, la puéricultrice de PMI, la chef du service du SASP) « Contexte actuel : Couple déficit intellectuel, atteinte génétique chez la mère, manque de compliance pour le suivi de grossesse. Conclusion = CAT lors de l'hospitalisation en maternité : Etayage en maternité +++, valorisation des compétences parentales, attention à ne pas mettre le papa en difficulté (pas à l'aise dans le concret), prévenir dès la naissance l'équipe de PMI et du SASP, séjour prolongé afin de réajuster l'accompagnement à la sortie, séjour en UK pour continuité de l'équipe, visites limitées, allaitement maternel souhaité, contraception approfondir +++»
ACCOUCHEMENT 31/05/2012 19h45	A 38 SA +5 accouchement rapide par voie basse et ventouse pour altération du rythme cardiaque fœtal sans analgésie péridurale. Mme B. a donné naissance à Rebecca 2930g, d'Apgar 7/10, pH artériel 7,12. La surveillance du post-partum immédiat a été normale. Bonne récupération de Rebecca après stimulation et aspiration, pas de détresse respiratoire, surveillance par puéricultrice en Unité Kangourou et examen clinique normal.

Nous ne retrouvons pas de courrier de transmission du médecin traitant. Nous pouvons supposer que c'est le médecin traitant qui a orienté la patiente à l'UGOMPS, ce dernier étant conscient d'une déficience cognitive de la patiente (et peut-être du couple) puisque c'est lui qui a fait la demande du conseil génétique réalisé en cours de grossesse. Par ailleurs les objectifs de l'entretien prénatal précoce ont été réalisés à travers le suivi PMI pendant la grossesse.

2.3.1.2 Séjour en suites de couches

Mme B est restée hospitalisée, avec son bébé Rebecca, en Unité Kangourou du 31/05/2012 au 11/06/2012, soit 11 jours et demi. Au cours du séjour, la surveillance médicale maternelle a été marquée par une anémie traitée par TB9. La patiente a d'abord allaité les deux premiers jours, puis Rebecca a été nourrie au biberon de lait 1er âge exclusivement, car Mme B ne répondait pas aux pleurs de faim de Rebecca et n'appelait que rarement l'équipe pour les mises au sein. Par ailleurs, la surveillance néonatale est restée normale tout au long du séjour pour Rebecca, ainsi que l'évolution de son poids.

FEUILLE DE SUIVI JOURNALIER (dossier obstétrical)												
		J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10
Maman	Etat psychologique	N	N	N	N	D ?	D ?	Mieux ?			N	N
	Allaitement	S	S	S	S	S	S	S				
Bébé	Comportement											
N=normal D=déprimée S=soutien												
FEUILLES DE TRANSMISSION (dossier obstétrical + dossier pédiatrique)												
Dossier obstétrical (TOTALITE des transmissions en dehors des cibles médicales, rédigées par les sages-femmes)	J0	Appel PMI + SASP + AS										
	J2	« Souhaite sortir rapidement, prévenue qu'on ne peut prévoir la date, bon lien mère-enfant mais très demandeuse, pas d'initiative et des maladresses côté bébé »										
	J3	Cible « Devenir bébé »	« Equipe très inquiète pour devenir du bébé. Grandes difficultés à l'acquisition des besoins primaires de son bébé, malgré bonne volonté => concertation = séjour 12 jours, revoir acquisition et en fonction sortie avec bébé ou non »									
	J4	Cible « Lien mère-enfant »	« Fatiguée, supporte mal les pleurs de son bébé »									
	J5	Cible « Lien mère-enfant »	« Maman agacée par pleurs de bébé, Rebecca confiée aux puéricultrices cette nuit mais la patiente dit qu'on serait venu chercher son bébé car il empêcherait les autres mamans de									

		dormir... »
	J5 Cible « Lien mère- enfant » Stagiaire psychologue	« Maman dans l'échange, séjour à l'hôpital difficile pour Mme B, a besoin de la présence de son conjoint. Peut exprimer ses difficultés dans certains soins à son bébé. Est rassurée quand il dort. »
	J7 Cible « Lien mère- enfant » Stagiaire psychologue	« Absence de Monsieur difficile => proposition qu'il dorme ce week-end à l'hôpital, acceptée. Toujours dans la crainte que Rebecca se mette à pleurer. »
	J7 Cible « Staff pluridisciplinaire »	(Organisé par l'Unité Kangourou : avec PMI + UGOMPS + 2 éducatrices du SASP, objet = prise en charge du bébé) « SASP très favorable à une sortie à domicile à l'essai 15 jours avec PMI + TISF »
	J10 Cible « Sortie »	« Sortie organisée avec ASE : éducatrice et conjoint viennent le lendemain. Légère amélioration des soins au bébé mais très inadaptée face aux pleurs, veut donner des biberons à chaque pleur... »
Dossier pédiatrique (EXTRAITS choisis parmi les 8 pages de transmissions rédigées par les puéricultrices ou infirmières ou auxiliaires de puériculture)	J0 Cible « Retard mental maman »	« Maman comprend ce qu'on lui dit mais n'adapte pas trop son comportement car difficulté semble-t-il à analyser les situations. Exemple : Rebecca pleure, Mme B. la met sur son thorax (tête en bas) mais interprète les pleurs en disant qu'elle « veut son papa, sait qu'il dort, et veut être avec lui car sent qu'elle lui manque » [expression du sentiment maternel transféré sur Rebecca ?] Maman attentive aux conseils, donnés au fur et à mesure des situations »
	J1 Cible « Relation mère-enfant »	« Maman pleure car dit que Rebecca pleure et ne sait pas quoi faire. N'a pas appelé. Mme B ne sait pas dire si Rebecca a bien bu. Maman a beaucoup de mal à identifier les besoins de son enfant. [...] Plus tard Rebecca hurle, je vais voir dans la chambre, maman est avec elle l'air hagard. Je lui propose de donner le complément car il est plein, Rebecca se jette dessus. Rebecca avale de travers, Mme B continue de donner le

		biberon alors que Rebecca cherche sa respiration. Je lui dis de l'enlever, ce qu'elle fait. »
J3	Cible « Encadrement des soins »	« Maman ne sait pas reconnaître les besoins de son bébé : par exemple quand Rebecca pleure, la maman dit qu'elle est fatiguée alors qu'elle cherche à téter. [...] Au cours du bain, après avoir montré les gestes de maintien, la tête de Rebecca lui échappe des mains plusieurs fois. »
J3	Cible « Capacité de la mère à s'occuper de son bébé »	« Change : maman pas organisée dans les gestes, ne respecte pas les explications d'hygiène pour le change. Hygiène pour elle-même non acquise non plus. [...] Tété : position réexpliquée par rapport à la tenue de la tête, ne sait pas reconnaître une tétée efficace. »
J4	Cible « Encadrement des soins » et « Allaitement »	« Incapacité à évaluer la température de Rebecca, insécurité sur le tapis change et pour le bain, règles d'hygiènes non acquises, maman désorganisée. Bébé calme pendant les soins, dort bien, bon portage. » « Pas de montée de lait. »
J5	« Lien mère-enfant »	« Est-ce que la maman sait lire sur le thermomètre ? ne sait pas rajouter 0,5... Vérifier les possibilités de lecture, écriture et calcul de Mme B » « Maman fatiguée, pleure... [...] Je propose à Mme B de prendre Rebecca en relai cette nuit car elle est épuisée : je découvre un bébé trempé d'urines (body, pyjama, lit), maman a mis son carré de soins bleu dans son lit pour la coucher. N'a plus de linge propre, dit que c'est pour ça qu'elle ne l'a pas changée. » « Rebecca a beaucoup pleuré cette nuit, inconsolable, agitée, avec la tête qui balance de droite à gauche »
J6	« Biberon et pleurs »	« Appelle car Rebecca pleure. Mme B veut que je la prenne, elle me dit : « je ne sais pas quoi faire », je l'interroge sur le retour à domicile, Mme B me répond que c'est son ami qui gèrera quand Rebecca pleurera. »
J7	« Staff pluridisciplinaire »	En présence de 5 puéricultrices/infirmières du service : Informations données par SASP : « Difficile de gérer le regard de l'autre pour Mme B., capable d'intégrer les consignes, mais

		répéter +++ et faire reformuler pour voir ce qui est compris, environnement hospitalier insécurisant, la valoriser dans ses compétences, imposer au papa de dormir à l'hôpital à partir de vendredi, attention risque de braquage avec papa si se sent dévalorisé, grand-mère maternelle personne ressource. »
J8	Cible « Relation mère-enfant »	« Maman perdue dès que Rebecca pleure, elle la secoue de façon tonique dans ses bras. » Professionnelle inquiète que ces parents soient seuls avec leur bébé.
J8	« Relation mère-enfant et sortie »	« Maman qui semble attachée à son bébé, a des gestes assez enveloppants, mais n'est pas assez dans le dialogue et la relation. Evaluation des besoins du bébé insuffisante, voire erronée. »
J9	« Biberon »	« Maman positionne Rebecca visage vers l'extérieur. »
J9	« Comportement de Rebecca »	« Quand la maman est à l'aise dans les soins, Rebecca est tranquille et s'agite, et elle pleure lorsque maman n'est pas à l'aise. Je m'inquiète du retour à domicile. »
EXAMEN DE SORTIE		
Maman	« Sortie avec PMI + TISF à domicile, Visite Post-Natale UGOMPS »	

Nous ne retrouvons pas d'information d'ordre psycho-social sur le compte-rendu d'accouchement et le compte-rendu d'hospitalisation gynéco-obstétrique. Le compte-rendu d'hospitalisation en Unité Kangourou ne présente pas d'information psycho-sociale, celui-ci déclarant pourtant comme motif d'hospitalisation « l'observation des soins effectués par les parents ».

Exposé de la situation pouvant évoquer un risque de négligence et résumé de la prise en charge :

⇒ **Antécédents psycho-sociaux :**

- Déficience intellectuelle des 2 parents, d'origine génétique pour la mère
- Antécédent de violences subies concernant la mère, sans autre notion.
- Situation sociale correcte, ont un logement

⇒ **Suivi de Grossesse :**

- Patiente adressée à l'UGOMPS par son médecin traitant. La sage-femme de l'UGOMPS met en place un suivi, pendant la grossesse, par la PMI et le SASP
- Staff de parentalité réalisé par l'UGOMPS indiquant une hospitalisation en Unité Kangourou et la conduite à tenir en maternité

⇒ **Bilan comportemental en Unité Kangourou :**

- Difficultés à répondre aux besoins primaires de Rebecca qui inquiètent l'équipe dès J3 et tout au long du séjour (peu d'initiatives, maladresses pendant les soins, difficultés de compréhension, pas d'application des règles d'hygiène) dues à des difficultés de compréhension. Pour autant Mme B montre une volonté de bien faire. Difficulté majeure à interpréter les signaux de son bébé notamment les pleurs.
- Semble dans l'alliance même si elle souhaite initialement un séjour court : elle participe à 2 entretiens avec la psychologue au cours desquels elle peut verbaliser ses difficultés et le manque de son conjoint, elle est attentive aux conseils

⇒ **Prise en charge à la sortie du service :**

- Suivi post-natal par PMI, TISF et SASP organisé au cours d'une concertation pluridisciplinaire pendant le séjour en maternité à J7. Cette prise en charge, discutée pendant le staff pluridisciplinaire du 07/06/2012, organisé par l'Unité Kangourou, non détaillée dans le dossier de la maternité, est développée dans le dossier du HOME :
 - TISF au titre de la prévention 3h/jr le matin de 9h à 12h
 - Educatrice SASP l'après-midi 5 fois par semaine
 - Accueil de Rebecca et sa maman tous les soirs, la nuit de 18h à 8h, et les week-ends, au domicile de la grand-mère maternelle. Mme B repart chez elle, la journée, accompagnée de sa mère (la grand-mère maternelle), les biberons du jour déjà préparés. Le père de Mme B (grand-père maternel) passe l'après-midi chez Mme B
 - Suivi PMI (sage-femme de PMI les 10 premiers jours puis puéricultrice de PMI) 2 fois par semaine

2.3.1.3 Bilan des évènements survenus après le retour à domicile (d'après les comptes rendus présents dans le dossier du HOME)

Le 20/06/12, au cours de la visite à domicile de la puéricultrice de PMI, Rebecca fait un malaise suite à un vomissement important pendant la prise de son biberon. Cela s'est produit pendant une pause, et n'est pas dû à la façon de donner le biberon, mais peut-être à sa préparation, puisque d'après la puéricultrice ils présentent parfois des grumeaux. S'ensuit une hypotonie, une pâleur générale et une cyanose péribuccale et orbitale. Elle récupère très lentement et la puéricultrice prévient les pompiers pour qu'elle soit transportée aux urgences pédiatriques. Dans ce contexte d'étayage parental soutenu, Rebecca est hospitalisée en néonatalogie, alors âgée de 20 jours, pour surveillance et examens complémentaires du 20/06/2012 au 26/06/2012.

Parallèlement, le 20/06/12, la sage-femme de PMI et la responsable du pôle AEF contactent le HOME pour avis de prise en charge et les parents de Rebecca iront visiter le service le jour même.

Le 22/06/12 la puéricultrice de PMI fait parvenir une information préoccupante [Annexe 4] au responsable du pôle AEF : son rapport de conclusions est accompagné de celui de la sage-femme de PMI. Leurs observations à domicile ont permis de relever des difficultés dans la satisfaction des besoins de Rebecca, sur le plan de l'alimentation (problème de préparation des biberons, et pour les donner : cela peut durer d'une demi-heure à 1h30), de l'hygiène (il reste parfois des selles dans les plis cutanés, les vêtements ne sont pas propres), et du portage (la tête n'est pas ou peu maintenue et Rebecca est peu contenue dans les bras maternels) du fait notamment d'un manque d'anticipation et de compréhension. Le lien mère-enfant observé est carencé : Mme B dispense peu de regards et de paroles à sa fille ou bien elle reprend le discours mécanique des professionnels, est présente émotionnellement à sa fille de façon discontinue, et fait preuve d'une certaine absence devant ses pleurs. En réponse à cela Rebecca est un bébé agité, qui s'arc-boute, qui pleure beaucoup à la séparation et dort beaucoup sans réclamer ses biberons, au-delà de 6h de sommeil par exemple. Tout cela malgré parfois des gestes doux de sa maman et une bonne volonté maternelle. Rebecca réclame davantage et boit plus chez sa grand-mère maternelle qui accompagne sa fille et sa petite-fille les nuits et le week-end, ce qui compense certainement les manques de la journée. La courbe de poids de Rebecca reste satisfaisante d'après la puéricultrice de PMI. Les deux professionnelles de la PMI décrivent, par exemple, deux situations de « lâchages affectifs brutaux » faisant référence à ce que nous avons vu dans notre définition de la négligence :

- « Puis très doucement yeux fermés, le bébé reprend du lait, sa tête part vers l'avant, pliée sur le biberon, la tétine se plie aussi, et j'observe que la maman est partie « dans ses rêves regardant dans le vague le mur face à elle ». Elle n'est plus avec son bébé. Je lui dis « Mme B, regardez Rebecca » et elle a alors un sursaut qui la ramène dans le présent. »
- « Malgré une application de la maman, des paroles douces, des baisers Rebecca, n'est pas contenue, la maman est perdue, elle est triste à côté de son bébé ».

Le 26/06/2012, le pédiatre de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger (UAED) de l'HME du CHU de Nantes fait parvenir à la DGAS Veille Enfance en Danger un courrier d'alerte. Le pédiatre de ce service a été sollicité par le service de néonatalogie où Rebecca est hospitalisée, du fait des difficultés parentales repérées dans le service. Sa conclusion soulève la nécessité d'un étayage plus important que celui qui est actuellement en place, à travers la proposition d'un projet de famille d'accueil thérapeutique pour Rebecca. La visite du HOME qui a été faite le 20/06/2012 par les parents est évoquée. M. et Mme B ne souhaitent pas, à ce moment, être pris en charge par la structure du HOME, même si son intérêt pour Mme B et sa fille leur a été exposé. Ils souhaitent également que les visites accordées par le service de la PMI soient diminuées mais conserver celles des TISF et du SASP. Ce courrier reprend l'histoire de la famille et les observations faites pendant l'hospitalisation de Rebecca en néonatalogie :

« L'évaluation effectuée pendant l'hospitalisation a montré des parents présents auprès de leur fille la journée. Le lien mère-enfant semble actuellement de bonne qualité avec un bon contact visuel et une enfant qui se calme bien avec sa mère. Le père de Rebecca était, lui aussi, présent en fonction de ses possibilités professionnelles et très investi auprès de sa fille. Les deux parents de Rebecca se montrent bienveillants vis-à-vis de leur fille. [...] En revanche, il existe des difficultés : les soins de maternage (changes, préparations des biberons, alimentation, bains) nécessitent le soutien des professionnels. La mère de Rebecca sollicite peu l'équipe soignante et les conseils ne sont pas toujours suivis du fait de probables difficultés de compréhension. »

On remarque que les conclusions présentées dans le service de pédiatrie sur le lien sont différentes de celles de la sage-femme et de la puéricultrice de PMI au domicile. Ce rapport est davantage alarmant concernant les soins auprès de Rebecca que sur l'expression du lien mère-enfant. Il évoque en revanche l'attitude paternelle, rarement évoquée jusque-là.

2.3.2 Dossier du HOME

1 ^{er} ENTRETIEN mère + père + éducatrice SASP (ADAPEI) + sage-femme PMI		
Avis de prise en charge par le HOME demandé par la sage-femme de PMI et la responsable du pôle AEF le 20/06/2012. Rebecca est actuellement hospitalisée en néonatalogie. Les parents visitent le service ce jour et ont un entretien avec le pédopsychiatre.		
CONCERTATION entre le pédopsychiatre du HOME et le pédiatre de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger le 28/06 (après la sortie de Rebecca du service) :		
<p>Conduite à tenir décidée par le pédopsychiatre du HOME :</p> <p>Hospitalisation mère-enfant de jour au HOME 5 fois par semaine. Accueil des parents et de Rebecca les nuits et le week-end par la grand-mère maternelle. Suivi PMI et TISF maintenus à domicile.</p> <p>« L'hospitalisation au HOME est une alternative au placement, garantit la sécurité physique de Rebecca tout en maintenant le lien mère-enfant et soutient la maman qui est fatiguée. » Nous apprenons que « Le père de Rebecca se sent mis à l'écart. On apprend qu'il a été placé en famille d'accueil dans l'enfance où il a vécu des violences mais ne veut pas en parler. Il ne veut pas la même chose pour sa fille. »</p>		
FEUILLES DE TRANSMISSION		
13/07/12 Rebecca : 2 mois et demi	Sommeil Portage Tonus	« Alors qu'elle dort depuis 5h, elle continue de somnoler comme une poupée de chiffon dans les bras de sa mère où pourtant elle est brassée en tous sens (Mme B propose le bain, je suggère le biberon). Elle pousse des cris bouche grande ouverte tout aussi subitement, le corps tendu comme un arc. Elle prend régulièrement son biberon comme cela.
		Rebecca se réfugie dans le sommeil : dort beaucoup et somnole alors qu'elle est stimulée par l'agitation maternelle. Elle « s'absente » : ne réclame pas son biberon. Elle boit de façon anarchique et désorganisée.
13/07/12	Portage	« Le portage est lâche... que Mme B ne corrige pas quand j'essaie de redire que Rebecca a peur de tomber (aux nombreux « moro » que j'observe et manœuvres d'agrippement jusqu'en arrière). Rebecca toute tendue, repousse sa mère quand elle est tout contre et s'arc-boute dans son bras au risque de tomber.
		Rebecca est en hypertension : elle s'agrippe, s'arc-boute. Elle est dans l'évitement de sa mère.

13/07/12		<p>« Mme B ne sait pas quoi proposer à son bébé après le biberon, sans penser au change, elle veut la recoucher. »</p> <p>Mme B peine à s'intéresser à Rebecca pour elle-même, manifeste des interactions pauvres, ne respecte pas son rythme de veille.</p>
14/07/12	Bain	<p>« Gestes doux parfois enveloppants et gestes rudes, enlevés, se succèdent. Rebecca est insécure, a de nombreux « Moro », régurgite, sans que sa mère ne le voit, devient marbrée, a une gestualité très hypertonique qui la fait se tenir toute droite. »</p> <p>Maman a des marques de tendresse mais cela ne suffit pas à rassurer Rebecca qui se désorganise avec des Moros. Son teint est marbré. Elle est hypertendue.</p>
17/07/12	Disponibilité maternelle	<p>« Mme B va la coucher dans le couffin à part mais Rebecca s'est réveillée, Mme B s'en va se préparer un chocolat. Je reste avec Rebecca un moment qui ne se rendort pas et vais chercher Mme B qui laisse son chocolat, est disponible et va voir Rebecca. Elle a faim, elle pleure, Mme B va lui préparer son biberon, Rebecca sous le bras droit, elle prépare le biberon du bras gauche. Je lui propose un doomou. »</p> <p>Maman est ici disponible et fait passer les besoins de Rebecca avant les siens. Mais elle la met en danger en préparant le biberon. Compte tenu des autres observations : discontinuité de la disponibilité maternelle.</p>
17/07/12	Portage	<p>« En position ventrale contre sa mère, Rebecca se jette en arrière, ou alors trop assise dans son portage en présentation [dos à sa mère] j'ai peur qu'elle tombe en avant. Très difficile, peu de possibilité de verbaliser et transformer pour cette maman. »</p> <p>Rebecca dans son tonus est soit dans l'évitement de sa maman, soit dans l'absence en se laissant glisser. Difficile pour cette maman d'avoir accès à une certaine progression de la relation et des soins.</p>
17/07/12	Biberon	<p>« Contre sa mère, elle glisse, glisse, ne se pose pas, ne s'agrippe pas et le portage peu contenant ne parvient pas à la retenir. Elle glisse donc d'un côté, de l'autre. Il y a beaucoup de discontinuité, le même scénario se répète indéfiniment (sans laisser de place au</p>

		<p>relâchement sinon par un para-sommeil, ni au plaisir de têter) Rebecca tète avec avidité, puis s'agite come si elle se sentait tomber, et lâche la tétine.»</p> <p>Le portage ne permet pas à Rebecca de profiter de ce moment. Elle n'a pas de plaisir à têter : elle tète dans l'avidité ou se « réfugie » dans le sommeil. Elle tète de façon désorganisée.</p>
17/07/12	Sommeil	<p>« Pâle, marquée, vigilante... Elle n'y trouve plus refuge comme la semaine dernière. Pourtant, parfois éveillée, elle n'appelle pas... et retombe d'elle-même soudainement dans ce qui semble être une somnolence protectrice plus qu'à un sommeil réparateur. »</p> <p>Teint pâle. Refuge dans le sommeil mais moins marqué.</p>
17/07/12	Biberon/éveil	<p>« Dès que Rebecca a bu, sa maman veut la recoucher « Fais dodo ! » et ne semble plus s'en soucier. Mme B s'ennuie, erre, joue beaucoup avec son portable qu'elle ne quitte pas. »</p> <p>Interaction pauvre.</p>
17/07/12	Biberon	<p>« Rebecca a une position curieuse toute tendue sur le côté, elle évite sa maman. Dans ses bras elle s'agite, donne de nombreux coups de tête, violents. »</p> <p>Rebecca est dans l'évitement de sa maman, dans l'hypertension et l'agitation.</p>
17/07/12	Biberon	<p>« Le discours maternel est pauvre, toujours le même et au fil du temps une grande désorganisation s'installe du fait du portage peu investi et l'attention aussi. Rebecca glisse quelle que soit la proposition maternelle, sa maman dit « Je veux un rot » mais ne s'inquiète pas de ne pas le voir venir... puis « dors Rebecca ». Mme B l'embrasse sur le visage, de façon un peu intrusive sur le nez et la bouche. »</p> <p>Forme de tendresse maternelle qui n'atteint pas le bébé dans un évitement de tout le corps.</p>
18/07/12	Appel téléphonique du chef de service SASP	<p>« Très inquiète pour Rebecca à domicile. Mme B désinvestit de manière importante son rôle de mère à domicile, du fait de la présence notamment de son compagnon et père de Rebecca qui a beaucoup d'influence sur elle. Tandis que Monsieur ne s'occupe pas de Rebecca. »</p>

18/07/12	Bain	« Rebecca est très tendue, dans l'évitement de tout son corps. Elle sourit aux mouvements de son corps, ne soutient que très peu souvent la relation. »
		Rebecca est de moins en moins en relation, y compris avec les soignants. Elle fait des sourires inadaptés qui n'ont pas de sens, et montrent trouble d'investissement du corps.
18/07/12	Biberon	« Mme B. dit à sa fille : « T'es belle ma fille ! mange ! Mais oui t'es belle ma fille ! » Difficile de dire si ces mots sont adressés, ils ne semblent pas parvenir à Rebecca. Le biberon fini, Mme B prolonge un peu ce temps ce qui est exceptionnel. Je propose à Rebecca un petit échange, Rebecca me sourit, Mme B aussi. Elle reprend Rebecca dans un face à face plus adapté. Rebecca sourit à sa maman très vite. »
		Un des rares moments d'échange où Rebecca va chercher sa maman avec un sourire.
BILAN PSYCHOMOTEUR (Echelle de Brazelton [Annexe 3])		
13/07/12		Bilan fait par la psychomotricienne en présence de Mme B, et d'une infirmière
		Sommeil : « Rebecca se rendort difficilement après une stimulation sonore. Et au contraire elle s'endort rapidement après la fin du bilan alors qu'elle est agitée, yeux grands ouverts. Transition veille-sommeil mal régulée. »
		Motricité-tonus : « Rebecca se désorganise massivement, mouvements supérieurs saccadés et amples, mouvements inférieurs constamment dans le pédalage. Son regard ne peut se poser. Sur le ventre, elle rampe énergiquement et pourrait sortir du tapis de change, l'amenant à une position de 4 pattes bras tendus ! Hypertonie en portage vertical, moins à l'horizontale où elle peut se lover. »
		Organisation des états : « Etat agité prédominant, Rebecca ne pleure à aucun moment y compris lors de manipulations désagréables. On note aussi un sourire inadapté. Rebecca est dans l'hyper-adaptation tout au long

		du bilan. La voix maternelle ne l'apaise pas et elle ne cherche pas à regarder sa maman qui l'interpelle. »
		<p>Conclusion :</p> <p>« Rebecca est hypertonique, ses mouvements sont désorganisés avec impossibilité à s'auto-apaiser. Elle a particulièrement besoin d'être contenue et peut se rassembler lorsqu'elle est portée à l'horizontale dans les bras. »</p>
		<p>En résumé : Transition veille-sommeil mal régulée, désorganisation rapide, le regard ne se pose pas, hypertension axiale (quasi 4 pattes à 1 mois et demi), hypertonie en portage vertical, agitation des membres, hyper-adaptation lors de l'examen, un sourire inadapté, ne répond pas à sa mère et ne cherche pas de soutien de la part de sa mère ou du soignant.</p>

L'hospitalisation de la dyade au HOME a été proposée comme une alternative au placement, en concertation avec le HOME, la PMI, l'ASE, et l'Unité d'accueil des enfants en danger, suite aux transmissions faites par le service de pédiatrie où Rebecca a été hospitalisée. Les parents ont accepté la prise en charge au HOME après un deuxième entretien avec la responsable de l'ASE et le pédopsychiatre du HOME, une semaine après le premier rendez-vous. Celle-ci n'a donc pas été imposée par mesure judiciaire. Cela a permis de décrire le comportement maternel et son retentissement sur Rebecca : les signes de négligence sont francs et s'aggravent au cours du séjour. Parallèlement le travail complémentaire des TISF et de la PMI, au terme de 2 concertations avec le HOME et l'ASE conduisent le 12/07/2011, à un signalement. Une ordonnance de placement provisoire est faite le 19/07/2011 : Rebecca est alors placée, à l'âge d'1 mois et demi, chez sa grand-mère maternelle en urgence en attendant qu'une famille d'accueil soit désignée. Le 1er août Rebecca est placée pour une durée provisoire de 6 mois, dans une famille d'accueil la semaine et chez sa grand-mère maternelle le week-end, ses parents pouvant continuer de voir leur fille au cours de visites médiatisées avec les TISF, 3 heures par semaine.

Dans les deux situations, dans les dossiers de maternité comme ceux du HOME, les mots « négligence » ou « négligé » n'ont jamais été employés. Le mot « carence » a été employé dans les rapports du HOME pour Rebecca.

3. DISCUSSION

Le rapport sur l'état des lieux de la situation de la périnatalité en France [28] soulève, en 2003, la nécessité d'une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance (dont les vulnérabilités, la précarité, le développement psycho-affectif de l'enfant). Dans le cadre de cette promotion des pouvoirs publics, qui sera reprise par le plan de périnatalité 2005-2007, comment la maternité prend-elle en charge la négligence _ un trouble du lien associé à diverses vulnérabilités _ ou son risque potentiel pendant la grossesse, de manière à anticiper un meilleur cadre de développement pour l'enfant ? Pour y répondre, notre travail aborde la question de la place des maternités dans la prise en charge de la négligence, à travers deux situations différentes d'accompagnement, dans une structure hospitalière donnée (l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes), et dans un réseau donné (comprenant le CNP). Car si nous partons de tous ces éléments spécifiques à nos situations d'étude, nous ne pouvons pas conclure pour autant sur les maternités en France. C'est pourquoi nous réfléchissons à la place de la maternité, dans la prise en charge de la négligence, à travers l'exemple de la maternité du CHU de Nantes. Notre réflexion comporte un autre biais : nous la basons sur ce qui a été reporté par écrit dans les dossiers. Or, ce n'est pas le reflet strict de ce qui a été fait, dit, ou vu, auprès des patientes. Car les paroles et actes d'accompagnement, notamment psycho-social, ne sont pas toujours retranscrits.

3.1 Situation clinique de Mme A et d'Edgard

3.1.1 Facteurs de risque et prise en charge pendant la grossesse

Dans notre première situation, nous avons affaire à une patiente qui présente sur le plan psychologique de nombreux facteurs de risque de négligence. Notre patiente n'a cependant pas eu de diagnostic de pathologie mentale. Sa vulnérabilité est repérable uniquement par ses antécédents, ce qui est décrit, dans la problématique de la négligence, dans l'article de l'EMC : les mères sujettes à la négligence « ne présentent pas nécessairement de pathologie mentale avérée mais une vulnérabilité affective, étant souvent « carencées » ou « borderline » [29]. » Sur le plan professionnel, cette patiente a pu obtenir un diplôme et exercer en tant qu'animatrice périscolaire. Nous avons également appris dans le dossier du HOME qu'elle a été, avant cela, guide touristique en langue anglaise et espagnole. Sur le plan conjugal, la patiente est en couple avec un homme qui exerce un emploi, et qui est présenté dans le dossier du HOME comme une personne ressource, c'est-à-dire qui s'est montré compétent et adapté pour s'occuper d'Edgard.

Enfin Mme A est primipare sans être particulièrement jeune. En résumé, Mme A présente une vulnérabilité psychologique seule, sans autres facteurs de risque social, professionnel, conjugal, ni sociodémographique. En effet, dans les études sur la négligence, il est décrit que le père ou le conjoint présente régulièrement des difficultés sociales et comportementales [30]. Par ailleurs, les mères concernées sont souvent jeunes : au Canada entre 30 et 50% des mères concernées ont eu leur premier enfant avant 20 ans [31].

La question du repérage des facteurs de risque psychologiques apparaît donc primordiale dans cette situation. Celui-ci a été relativement complet au cours de la consultation du 8^e mois même si Mme A ne souhaite pas parler de son expérience de violence subie. Les antécédents majeurs sont dégagés et le compte rendu de psychiatrie, ensuite récupéré, permet d'élargir le repérage. Cependant, nous ne savons pas si l'entretien prénatal précoce a été proposé ou réalisé et nous ne retrouvons pas de courrier de transmission à ce sujet. Face au profil vulnérable de Mme A sur le plan psychologique uniquement, nous remarquons qu'aucun accompagnement psycho-social n'a été proposé. La question du vécu de la grossesse ne semble pas avoir été abordée au cours des consultations ou tout du moins retranscrite. On note, en outre, une certaine méfiance de la patiente face à l'univers hospitalier, car il est associé aux hospitalisations psychiatriques de sa mère.

Devant cette situation de risque potentiel et d'alliance moyenne, nous pouvons nous demander si un étayage pendant la grossesse aurait permis d'amoindrir la crise maniaque en post-partum et les difficultés de Mme A dans le lien avec Edgard. L'indication de la mise en place d'un suivi psycho-social en anténatal dans une situation de risque potentiel de négligence soulève plusieurs questions.

— Premièrement, l'utilité d'un accompagnement pendant la grossesse est-elle reconnue pour soigner ce type de problématique autour du lien ? L'équivalent de la Haute autorité de santé en Angleterre (NICE) a publié en 2012 une recommandation sur le thème du « Bien-être social et affectif – les premières années » [32] : « Le suivi à domicile est préconisé dès l'anténatal par les sages-femmes avec un relais dans le postnatal direct (poursuite sur le premier mois par la sage-femme) par des visites communes avec l'infirmière. »

— Deuxièmement, dans quelles conditions un accompagnement de ces patientes pendant la grossesse peut-il trouver son efficacité ? Françoise Molénat, pédo-psychiatre, souligne la potentialité thérapeutique d'une bonne alliance au cours de la grossesse pour soigner les troubles du lien [33]. Elle soutient que « la réorganisation des traumatismes anciens grâce aux

relations fortes nouées avec les divers intervenants offre des perspectives neuves de prévention dans le domaine de la maltraitance et de la santé mentale.» Cependant, concernant spécifiquement la négligence, il est admis que l’alliance avec les foyers concernés est souvent difficile à mettre en place ; la problématique autour des liens étant globalement freinée, y compris lorsqu’il s’agit de demander du soutien : « La problématique autour des liens est globale et les foyers concernés manifestent souvent une méfiance générale à l’égard des professionnels du secteur médico-social, car ils ont souvent un passé de suivi médico-social depuis la petite enfance. » [34] C’est le cas pour notre patiente, elle-même confrontée aux hospitalisations de sa mère.

— Troisièmement, de quel droit, en tant que professionnel, intervenir dans le cadre d’un risque potentiel ? Comment prévenir sans « prédire » et stigmatiser ? L’article de l’EMC répond à cette interrogation en précisant qu’il faut se positionner d’un point de vue éthique d’une part, dans le respect de la position parentale et d’une alliance thérapeutique nécessaire, et d’autre part dans le respect du développement du bébé (c’est-à-dire de sa continuité psychique et de sa sécurité). Le centre de liaison sur l’intervention et la prévention psychosociale du Québec résume ce positionnement en proposant de respecter le principe de la prépondérance des besoins de l’enfant et le principe de nécessité de soutien parental [35]. Plus concrètement l’article de l’EMC préconise d’engager une dynamique relationnelle positive avec les parents : « Engager un dialogue constructif avec les parents, chercher à créer un climat de confiance qui s’appuierait sur la recherche du « meilleur souhaité » par eux pour leur enfant et par le fait qu’on « s’inquiète ensemble » ; s’appuyer sur une appréhension globale pour envisager l’individu dans son contexte. Ceci signifie aussi avoir une approche ouverte de notre clinique et une compréhension des mécanismes permettant de s’appuyer sur les points positifs pour entraîner la dyade dans une dynamique progrédiente. » [36].

L’étude de cette situation montre l’importance de la prise en charge globale de la grossesse et de l’entretien prénatal précoce, intégrés à un suivi continu et coordonné. Autant de préconisations soutenues par le plan de périnatalité 2005-2007. Elle soulève aussi la complexité de la transmission du contenu de l’entretien prénatal précoce si celui-ci a été fait, dans le cas d’un suivi « mixte » : par un professionnel libéral puis par la maternité. Pour quel niveau de risque transmettre un courrier à la maternité ? Comment formuler ce risque sachant qu’il faut aussi recueillir l’accord de la patiente pour le transmettre. Enfin elle soulève la problématique éthique spécifique de la négligence qui est de respecter à la fois les parents et le « futur » nouveau-né.

3.1.2 Observation comportementale et prise en charge en suites de couches

La durée de séjour en maternité correspond à une durée habituelle, respectée lorsqu'il n'y a pas de facteurs de risque particuliers. Sur la globalité du séjour, le lien mère-enfant fait l'objet d'une cible de transmission à J3. Mme A présente, à ce moment, une difficulté manifeste à gérer ses propres affects devant l'angoisse que suscitent les pleurs d'Edgard. Elle occulte transitoirement ceux de son fils quand elle l'enferme dans la salle de bain. Ceci, comme nous l'avons vu dans notre première partie, peut alerter sur un risque de négligence. Cette difficulté manifeste de la patiente ne sera, à priori, pas retenue comme signifiante et le séjour n'en sera pas prolongé. Du moins, nous n'en avons pas trace dans les transmissions écrites. On remarque que l'appréciation du lien, l'état et le comportement maternel, et l'acquisition des soins envers le bébé ne sont pas particulièrement observés et en tout cas pas notés. Les transmissions sont plutôt brèves, factuelles, sans formulation narrative : « psy refusée », « patiente n'écoute pas les conseils », « agacée », « discussion ++ ». L'échange ou la verbalisation ne sont pas retranscrits. Même s'il faut rappeler le contexte d'alliance moyenne, la prise en charge des difficultés de Mme A s'est faite de façon « indirecte » en organisant le suivi PMI à domicile.

C'est pourquoi, nous remarquons dans notre première situation, que la présence des facteurs de risque psychologiques ne suffit pas à créer un cadre de mobilisation autour de l'observation, la retranscription et l'accompagnement du lien mère-enfant et des angoisses maternelles. L'appréciation globale de la situation familiale (comportement d'Edgard, relation de la dyade, présence du père, compétences des soins de la mère et du père pendant le bain notamment) n'est pas restituée à travers les transmissions. Ainsi, lorsque l'alliance ne permet pas la verbalisation avec la psychologue, les professionnels semblent être démunis pour accompagner la dyade au sein de la maternité. Car la prise en charge des difficultés du lien a été faite à travers l'orientation de la dyade vers un suivi PMI. En outre, les recommandations de prise en charge de la négligence mettent particulièrement en valeur le suivi à domicile : « La meilleure efficacité de prise en charge est liée à des aides multidisciplinaires, multidimensionnelles, écosystémiques. Les aides à domicile sont les plus efficaces, surtout si elles sont réalisées par des professionnels formés et supervisés sur une durée suffisamment longue. Le soutien parental est indispensable, compliqué à mettre en œuvre du fait de l'absence de demande et de conscience des difficultés : non perception des besoins propres et de ceux de l'enfant. Le soin à ces parents et à ces mères en particulier porte sur leur santé mentale (dépression, pathologie borderline, psychose), la reconnaissance de leurs propres besoins émotifs et une attention à leur bien-être :

soutien à la confiance et à l'estime de soi, très faible chez ces parents qui ont souvent été eux-mêmes négligés dans l'enfance. » [37]

3.1.3 Parcours de soins après le retour à domicile

C'est le mari qui repère une évolution de la situation pour Mme A et pour Edgard, en consultant 10 jours après leur sortie. La situation de négligence s'est donc vite installée à domicile (et certainement déjà en suites de couches au moins sur le plan émotionnel), avec un retentissement sur la prise pondérale d'Edgard, dans un contexte de décompensation maniaque. La PMI, entre le 26 août et le 02 septembre, n'a bénéficié que de peu de temps pour constater la situation et orienter Edgard et la patiente à l'hôpital. Mais nous voyons ici qu'un suivi à domicile était approprié et indispensable à mettre en place, car si Monsieur n'avait pas su alerter, la situation de décompensation maniaque, de trouble du lien et de stagnation pondérale auraient été toutefois dépitée.

3.1.4 Type de négligence

Chez la maman, nous observons une disponibilité affective fluctuante, une difficulté à considérer les besoins d'Edgard en phase maniaque, une alternance marquée de moments inadaptés et adaptés : dans les regards, l'attention, la stimulation, la réceptivité, l'interprétation. Quant à Edgard, il s'arc-boute en hypertension axiale, ne regarde pas sa maman dans les yeux pendant le biberon mais la soignante, et présente une difficulté à investir son corps dans le rapport à l'autre. Cependant le développement psychomoteur d'Edgard reste globalement préservé, il présente une bonne autorégulation dans la prise des biberons, il peut regarder sa maman dans les yeux en temps d'éveil ou en retrouvailles, et il montre de l'intérêt pour le jeu. Mme A présente donc une négligence émotionnelle à travers une disponibilité fluctuante, mais les besoins primaires d'Edgard sont globalement respectés. L'étude de cette situation montre la difficulté à poser le diagnostic de négligence car il ne concerne pas tous les plans de la définition : la négligence s'inscrit dans un continuum de sévérité. Nous voyons aussi l'intérêt d'observer le comportement d'Edgard qui, face à un portrait mitigé de négligence maternelle, nous guide sur le respect de son développement.

3.2 Situation clinique de Mme B et de Rebecca

3.2.1 Facteurs de risque et prise en charge pendant la grossesse

La patiente présente une déficience intellectuelle, un facteur de risque majeur de négligence dans la mesure où il peut impliquer des cofacteurs. Dans la littérature, le lien entre le niveau intellectuel et la gravité de la négligence est établi [38]. Cependant le niveau de « compétence » parentale n'est directement lié au degré d'intelligence que si le quotient intellectuel est inférieur à 50-60 [39]. Cela permet de rappeler qu'on ne peut systématiser ce lien et qu'il s'agit de considérer la déficience intellectuelle associée aux cofacteurs qu'elle entraîne : comorbidité psychiatrique, absence de soutien social, expérience de négligence et d'abus dans l'enfance... [40]. Notre patiente est soutenue par ses parents qui seront très présents et adaptés pendant le suivi, mais elle a effectivement subi des violences dont elle ne souhaite pas parler. Mme B présente donc essentiellement ce facteur de risque, qu'il faut ajouter à la déficience de son conjoint, et à un antécédent psychologique de violences. C'est le médecin traitant de la patiente qui repère le risque pour l'établissement du futur lien mère-enfant, et oriente la patiente à l'UGOMPS de l'HME du CHU de Nantes. Cette orientation est primordiale car elle permettra ensuite d'organiser un suivi multidisciplinaire précoce, coordonné et continu par l'UGOMPS. Le staff de parentalité est une autre étape importante dans le suivi car il permet de poser le suivi du post-partum en Unité Kangourou, par un séjour long, et de baliser le suivi post-natal par des axes de prise en charge.

3.2.2 Observation comportementale et prise en charge en suites de couches

Précisons tout d'abord le contexte de prise en charge spécifique de Mme B dans l'Unité Kangourou. Cette unité est un lieu de prise en charge spécialisé : d'après sa charte de fonctionnement, cet endroit est « un lieu d'hospitalisation et de soins mère et enfants, qui accueille les nouveau-nés et leur mère nécessitant des soins dans le cadre d'une pathologie bénigne ou d'une prévention, dans des situations où, habituellement, ils sont séparés de leur mère (enfant hospitalisé en néonatalogie par exemple) ». Son rôle s'est donc étendu aussi à des situations nécessitant simplement une observation du lien approfondie, comme c'est le cas ici. Favoriser l'établissement du lien mère-enfant est un des objectifs affichés de l'Unité Kangourou, qui s'en donne les moyens de la façon suivante : « les soins au bébé sont assurés par la mère, encadrés aussi souvent que nécessaire par l'infirmière-puéricultrice. » Dans cette logique de moyens, ce lieu de prise en charge est organisé afin de permettre une plus grande disponibilité

des professionnelles : le service dispose de 6 chambres accueillant donc 6 dyades. En réalité, ce sont les puéricultrices qui bénéficient de cette organisation, les sages-femmes étant à la fois chargées du suivi de ces 6 mères et de 7 autres dyades dans le service de suites de couches de la maternité.

Dans l'étude du dossier, l'objectif de l'unité est fidèlement respecté puisque la cible « lien mère-enfant » est extrêmement reprise. Nous remarquons une étude approfondie du lien et des compétences maternelles, un accompagnement appuyé des soins au bébé et la formulation narrative des transmissions nous permettant d'apprécier tout cela. Les sages-femmes sont impliquées dans le suivi du lien, même si ce sont principalement les puéricultrices qui retranscrivent les difficultés de Mme B. Dans le cadre de cette prise en charge étayée et observatrice, l'équipe est vite alertée sur les difficultés de Mme B et coordonne, par l'intermédiaire d'une réunion multidisciplinaire la prise en charge de la famille au retour à domicile. L'équipe privilégie l'étayage : Mme B sort à domicile avec Rebecca, le couple parental bénéficiant d'un accompagnement extrêmement conséquent (le couple ne dispose presque d'aucun moment seul avec Rebecca). Le suivi de Mme B respecte les recommandations d'intervention : celle-ci est précoce, balisée, coordonnée et établie dans la continuité de l'ante au postnatal. De plus elle se place dans un positionnement éthique double puisqu'elle respecte l'autonomie parentale et les besoins de Mme B (notamment de retrouver un foyer où elle peut s'appuyer sur son conjoint) mais aussi le développement de Rebecca de par l'étayage extrêmement conséquent mis en place. Nous percevons autour de cette étude l'importance d'une orientation précoce et adéquate (par le médecin traitant dans notre cas) et la compétence de prise en charge multidisciplinaire par les unités spécialisées (l'UGOMPS pendant la grossesse et l'Unité Kangourou en suites de couches).

3.2.3 Parcours de soins après le retour à domicile

Au cours du suivi, lors d'une visite à domicile de la puéricultrice de PMI, Rebecca a malheureusement engagé son pronostic vital pendant la prise d'un biberon. Ce malaise n'est pas directement imputable à la gestion parentale mais déclenche une hospitalisation pour Rebecca, et une information préoccupante [Annexe 4] est envoyée à l'ASE (peut-être davantage du fait que Mme B avoue qu'elle n'aurait pas pensé à consulter devant le malaise de Rebecca). C'est donc la PMI qui coordonne ensuite la prise en charge en informant l'ASE, puis, conjointement avec l'ASE, le HOME.

3.2.4 Type de négligence

Les descriptions du HOME montrent une négligence totale avec ses signes infantiles les plus alarmants : Rebecca ne regarde pas dans les yeux, se réfugie dans le sommeil, ne se manifeste pas, présente une hyper-vigilance marquée, un retentissement sur son rythme veille-sommeil, et un bilan psychomoteur perturbé. Devant une situation globale trop alarmante, Rebecca est placée en famille d'accueil, après que le suivi, depuis la grossesse, a tenté le plus longtemps possible de moduler le lien par l'accompagnement et l'étayage.

3.3 Conclusion de l'étude

Réfléchir sur la place de la maternité dans la prise en charge de la négligence, en termes de repérage et d'accompagnement, c'est réfléchir sur quatre plans :

- la capacité à voir les facteurs de risque ou observer des critères comportementaux inquiétants
- la capacité à en rendre compte dans les transmissions écrites ou en concertation
- la capacité à déterminer des axes d'accompagnement
- et enfin la capacité à orienter ou avertir : PMI, CMP, CNP, ASE, information préoccupante...

On distingue, dans le cadre de nos deux situations, un dispositif binaire de prise en charge : face à un risque potentiel majeur (situation de Mme B), la maternité met en place une prise en charge spécialisée et balisée, performante, avec une observation et un accompagnement excellents du lien mère-enfant tandis que, face à un tableau strictement psychologique de difficultés (Mme A), la patiente n'entrant pas dans le circuit « spécialisé » de prise en charge (UGOMPS et Unité Kangourou), l'accompagnement proposé reste succinct, et les conditions de prise en charge en suites de couches ne permettent pas de voir, rendre compte, et accompagner le lien mère-enfant de façon aussi performante.

Nous percevons un lieu de prise en charge très compétent en cas de risque majeur de négligence, mais qui reste principalement un lieu de repérage et d'orientation pour une patiente dont le risque est moins visible. Cette différence pose la question des moyens dont le service des suites de couches dispose pour Mme A : d'une part l'observation du lien n'y est pas systématique mais fortuite, et d'autre part, le temps imparti aux professionnels pour « être » et « faire » avec les patientes ou leur conjoint, et pour verbaliser les difficultés, reste probablement insuffisant. En effet, à la maternité du CHU de Nantes, chaque sage-femme de suites de couches prend en charge 13 dyades dont les nouveau-nés ne présentent pas de risque particulier. Elles ont donc,

par rapport aux puéricultrices de l'Unité Kangourou, une charge de travail deux fois plus importante en nombre de lits et doivent également assurer le suivi maternel. La disponibilité apparaît donc essentielle pour pouvoir voir, rendre compte et accompagner le lien mère-enfant.

Notons pour finir, en ce qui concerne les deux situations, que le CNP (dont fait partie le HOME) n'est contacté qu'après l'hospitalisation de la mère ou du bébé, c'est-à-dire qu'il se révèle être considéré plutôt comme un acteur thérapeutique que préventif ou consultatif à l'intérieur du réseau. (Rappelons que le CNP peut intervenir de l'ante au postnatal, par des mesures d'aides comme la PMI, les TISF mais aussi les crèches et les haltes garderies, dans le cadre d'une coordination par un pédopsychiatre.) Nous soulignons donc le bénéfice probable à faire intervenir le dispositif plus précocement, notamment dans les cas de risque mitigé, qui ne sont pas suivis à l'UGOMPS, ni en Unité Kangourou, la capacité d'accueil de ces unités étant limitée.

D'après ces conclusions, voici les axes d'amélioration que nous pouvons proposer :

- Mettre en place des formations de sensibilisation des divers professionnels (sages-femmes, auxiliaires de puériculture, puéricultrices, psychologue) sur les expressions des troubles du lien mère-enfant et de la négligence, travaillées à partir de supports concrets (vidéos, cas cliniques), notamment pour renforcer le repérage et l'orientation.
- Avoir recours le plus possible à l'avis d'un pédopsychiatre (CNP par exemple), y compris pendant la grossesse, pour faire un bilan anticipé et intégrer la PMI à une prise en charge déjà coordonnée. Cependant la limite intuitive de risque pour laquelle un avis doit être demandé est difficile à systématiser.
- Rédiger un référentiel des intervenants médico-psycho-sociaux résumant les missions et moyens de chacun, de manière à ce que l'ensemble des professionnels dispose d'un outil de coordination (PMI, CNP, HOME, ASE, TISF, CMP, SASP, le Triangle...).
- Le développement de l'outil clinique en maternité pour la prise en charge de la négligence est une vaste question. Il peut associer l'utilisation de grilles comportementales concernant les parents et le nouveau-né, et la pratique de l'observation thérapeutique du nourrisson et de sa mère, avec une proposition de récit du lien. Cependant cela demande une certaine disponibilité, et pour faire aboutir l'approche, des temps de concertation entre professionnels.
- La question du dossier médical partagé pour assurer la continuité du suivi de la grossesse est également à débattre puisqu'il permet la coordination d'informations objectives mais celles-ci sont accessibles au patient et n'impliquent pas nécessairement une discussion entre

professionnels. Or dans ce domaine, le partage d'informations subjectives par les professionnels et, nous l'imaginons, sans que le patient ne doive tout entendre, fait partie de la démarche de soins.

3.4 Ce que la profession de sage-femme peut en retenir

En tant que sage-femme, nous pouvons retenir de ce travail la place reconnue faite à la prévention de la négligence dès la grossesse. Nous pouvons intervenir dans le repérage, et nous l'avons vu, dans l'orientation précoce et appropriée des patientes à risque de négligence, de manière à structurer leur suivi au plus tôt. Se pose à ce propos la question de la transmission des informations de l'entretien prénatal précoce lorsque le suivi de grossesse est mixte, réparti entre une sage-femme libérale et la maternité : devant quel seuil de risque faire un courrier de transmissions, quels éléments transmettre, tout en respectant l'accord de la patiente dans le cadre du secret professionnel ? Cette réflexion révèle aussi l'intérêt des cours de préparation à la naissance en groupe restreint, voire pour certaines patientes de façon individuelle, de manière à ce qu'ils soient perçus par chacune selon ses besoins.

Nous sommes également des accompagnantes dans le post-partum, en maternité, ou à domicile, et, en fonction de la disponibilité permise, nous sommes aptes, tout comme les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture, à observer, accompagner, et discuter les troubles du lien. Retenons, à cet effet, l'outil majeur qu'est l'observation du nouveau-né telle qu'elle est préconisée suivant la méthode d'E.Bick. La subjectivité du ressenti qu'E. Bick utilise, que nous pouvons percevoir comme un obstacle à l'appréhension objective des troubles, est tout autant une source de reconnaissance par sa dimension empathique. Cet outil peu habituel en gynéco-obstétrique, mais utilisé plus couramment dans les unités de psychiatrie périnatales, est intéressant à intégrer dans notre bagage thérapeutique, lorsqu'il s'agit de percevoir des troubles psychiques chez la mère ou le nouveau-né. Rappelons que son approche demeure objective du fait de la retranscription et de la reprise interprofessionnelle qui sont incluses dans le processus. F. Molénat présente, de surcroît, cet outil particulier comme organisateur dans la pratique pluridisciplinaire, dans le cadre de la reprise entre professionnels : « La communication fondée sur l'accueil et la circulation des ressentis (et non des informations objectives à manier avec précaution) donne un axe organisateur, beaucoup plus efficace que la transmission de faits ou de comportements à forte charge négative. Les cas extrêmes nécessitent bien sûr un recueil complet d'éléments objectifs, mais qui n'exclut aucunement que ce « fil de la pensée » de chacun ne se perde pas. » [41].

Enfin, nous soulignons que la question de la disponibilité dans les maternités paraît difficile à résoudre dans le contexte actuel de réduction des lits dans les établissements de santé. En revanche, elle peut être davantage envisagée dans le cadre du suivi à domicile des sorties précoces (PRADO), alliant à la fois l'objectif de prise en charge médicale, d'observation et d'accompagnement à domicile, dans une perception globale de la vie familiale.

CONCLUSION

En tant que sages-femmes, nous sommes les premiers témoins de l'émergence des mères, ou du sentiment maternel, quelle que soit sa façon de s'exprimer puisque la maternité ne doit pas toujours être pensée comme naturelle et instinctive. Plus que le sentiment maternel, ce qui s'opère au moment de la naissance est une interaction psychique autant que corporelle qui construira, à la fois la mère et son nouveau-né, et qui s'appuiera sur les ressources de chacun dans l'altérité. Mais le schéma interactif mère-enfant est parfois contraire à ce que nous envisageons comme cadre adéquat de développement pour le nouveau-né. Lorsque celui-ci grandit, ce lien parental inadéquat peut perdurer de façon chronique. Ceci est à considérer, bien sûr, du point de vue de l'enfant, car ce type de lien inadéquat est pour le parent ce qui lui permet de se maintenir psychiquement, envers et contre ses affects, et ceux de l'autre. De surcroît, ce trouble du lien peut se transmettre puisque la carence qu'il induit peut provoquer la même inadéquation à être parent chez son propre enfant. Ce trouble du lien est celui de la négligence _ un manque plus ou moins étendu d'émotions et d'actes de soin du parent envers l'enfant. Cette « absence » ou « inadéquation » parentale entraîne néanmoins des conséquences graves sur le développement global de l'enfant. Ainsi, la négligence appartient aux maltraitances, et sa prévalence, dans la littérature canadienne, approcherait les 2% [42] : elle en est la plus commune mais aussi la plus difficile à identifier. Elle trouve sa source dans des dispositions psychiques que certains vécus et certains antécédents favorisent, comme les instabilités ou ruptures du lien, les maltraitances, la précarité, la pathologie mentale, le stress, qui sont autant de vulnérabilités.

Alors, dans la mouvance de l'accompagnement global et du repérage des vulnérabilités, que défend le plan de périnatalité 2005-2007, de quelle manière la maternité, témoin de l'articulation du lien mère-enfant, s'inscrit-elle dans la prise en charge de la négligence : un trouble du lien difficile à reconnaître ? Pour envisager cette question nous avons étudié deux situations spécifiques de négligence décrites lors d'une hospitalisation au HOME, en remontant leur parcours de soins à la maternité de l'HME du CHU de Nantes. Ces deux situations ont permis de mettre en évidence une dynamique de repérage et de prise en charge, tantôt complète et performante lorsqu'elle est spécialisée dans le risque psycho-social, et tantôt succincte, moins étayée, à l'intérieur du cadre de suivi habituel. La difficulté semble donc résider dans la détermination du risque de négligence en fonction des facteurs de risque, davantage que dans le repérage, conditionnant le cadre plus ou moins spécialisé de prise en charge. Cette étude nous permet également de souligner, pour répondre à cette difficulté, la possibilité de consulter, dans notre région, le CNP afin d'aider à évaluer ce risque et compléter sa prise en charge. Enfin, nous

avons abordé à travers notre discussion les principaux axes de prise en charge de la négligence qui se révèlent être très spécifiques. Car cette prise en charge relève d'une complexité inhabituelle dans la tradition thérapeutique de l'institution hospitalière : il s'agit d'établir un portrait diagnostic, au sens multiple, à partir de plusieurs variables (sociale, financière, comportementale, intellectuelle, conjugale, potentielle) et de mesurer l'intégration du foyer à la communauté. De la même façon, pour répondre à ce diagnostic « étendu », le soin reconnu est multidimensionnel. Soigner la négligence, soigner le lien qui en résulte, c'est d'abord « réparer » non pas le corps mais l'édifice psychique parental, et sa façon d'appréhender les liens et l'interaction avec l'autre. Le dispositif de prise en charge est autant social que médical, il est systémique. Alors, en tant que structure de soins, penser la prise en charge de la négligence doit s'envisager à l'intérieur d'une toile de structures médicales, sociales, éducatives, hospitalières et non hospitalières, spécialisées ou non, mais coordonnées et menées dans un continuum grossesse/naissance/petite enfance : une dimension du soin complexe et tout aussi moderne à mettre en place. Aussi, la collaboration entre les disciplines aussi diverses que la gynéco-obstétrique, la pédiatrie et la pédopsychiatrie, en intra-hospitalier et dans la communauté, est un préalable à l'amélioration de nos réponses à ces familles. Les sages-femmes comme les gynéco-obstétriciens ont de fait un rôle à jouer, à ce stade précoce du pré et postnatal, dans l'initiation de ce travail pluridisciplinaire.

Enfin, s'il existe des facteurs de risque de négligence, la littérature reconnaît aussi des facteurs de protection. Les grilles d'évaluation montrent bien cette appréhension globale nécessaire, reconnaissant les signes de négligence et tout autant les ressources des foyers ou de l'enfant. De cette manière, notre prise en charge pourra soutenir, parfois, le processus de résilience, défini par B. Cyrulnik comme le fait de « Rester soi-même quand le milieu nous cogne et poursuivre, malgré les coups du sort, notre cheminement humain » [43].

BIBLIOGRAPHIE

1. Lacharité, C., Ethier L. S. & Nolin, P. (2005) « Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants », Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, soumis pour publication, 37 p.
2. Trocmé N. et al., *Etude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003, Données principales* [sur internet], Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2005, disponible sur http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/pdf/chilabuse_final_f.pdf
3. Gaudin J., *Child Neglect : A, Guide for Intervention*, Washington : U.S. Department of Health and Human Research, 1993 pp. 4-6
4. Centre de liaison et d'intervention sur la prévention psychosociale (CLIPP) en collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. *La négligence envers les enfants*. Montréal; 2008 p.18
5. France code civil Livre I Titre IX Chapitre Ier Section 2 article 375
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426773&dateTexte&categorieLien=cid>
6. *L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique* [sur internet], ODAS éditeur, 2001, 24p, disponible sur http://www.odas.net/IMG/PDF/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf
7. Québec Loi sur la protection de la jeunesse chapitre IV section I article 38
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html
8. Observatoire national de l'action sociale décentralisée Lettre de l'ODAS 2007 Disponible sur <http://odas.net/les-publications>
9. Trocmé N. et al., *Etude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008, Données principales* [sur internet], Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2005, disponible sur http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/fr/PHAC_ECI-2008_FR.pdf
10. Erickson MF, Egeland B. Child Neglect. In: Briere JN, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T, editors. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment, Thousand Oak*. California, London: Sage Publications; 1996.
11. Bednarek S., Absil G. et al ETAPE En semble Travaillons Autour de la Petite Rapport de recherche Les fondements d'une intervention précoce ; 2008

12. Dietrich KN, Starr RH, Weisfeld OE. Infant maltreatment: caretaker infant interaction and developmental consequences at different levels of parenting failure. *Pediatrics* 1983;72:332–40.
13. Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. *Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans*. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2013;0(0):1-11 [Article 37-208-A-85] p.3
14. Turcotte G., Pilote C. Inventaire des outils cliniques en négligence, Rapport final, 2012, p.7
15. Bednarek S., Absil G. et al *ETAPE En semble Travaillons Autour de la Petite Rapport de recherche Les fondements d'une intervention précoce* ; 2008 p.7
16. D. Stern, *Mère-Enfant, les premières relations*, 1977 p.32
17. Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. *Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans*. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2013;0(0):1-11 [Article 37-208-A-85] p.4
18. Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. *Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans*. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2013;0(0):1-11 [Article 37-208-A-85] p.5
19. Garret-Gloanec N., Pernel A.S., *Impact du haut risque psycho-social sur le bébé : la place de la pédopsychiatrie*
20. Fonagy P., *Théorie de l'attachement et psychanalyse*, 2001, trad. Fr., Toulouse, Erès, 2004
21. Bullinger A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*, Erès, 2004
22. Garret-Gloanec N., Pernel A. S., *Le Centre Nantais de la Parentalité : une organisation du soin centrée sur le bébé*
23. Delion P. *L'observation directe du bébé selon Esther Bick : son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*, éditions Erès-poche, 2004 chapitre « intérêt de l'observation directe au CNP »
24. Bick E. *International Journal of Psychoanalysis* (1964 ; 45(4) : 558-566).
25. Delion P. *L'observation directe du bébé selon Esther Bick : son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*, éditions Erès-poche, 2004 chapitre « intérêt de l'observation directe au CNP »
26. Guide d'évaluation des capacités parentales (adaptation du guide de Steinhauer) [sur internet], Centre de Jeunesse de Montréal, Institut Universitaire, 2003, disponible sur http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/evaluation/pdf/guide_compétences_parentale_s.pdf Consultation du 11/12/2007,
- Items du Q-Sorts des comportements maternels de Pederson et Moran (1990),

- Indices d'un problème d'attachement chez les enfants de 0 à 24 mois Paquette D., St-Antoine M. et Provost N. (2000). Formation sur l'attachement. Guide à l'usage du formateur. Montréal, Institut de recherche pour le développement social des jeunes.
27. Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. *Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans*. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2013;0(0):1-11 [Article 37-208-A-85] p.8
28. Bréart G, Puech F, Rozé JC. *Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale*. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ; 2003.
29. Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2013;0(0):1-11 [Article 37-208-A-85] p.3
30. Centre de liaison et d'intervention sur la prévention psychosociale (CLIPP) en collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La négligence envers les enfants. Montréal; 2008 p.20
31. Centre de liaison et d'intervention sur la prévention psychosociale (CLIPP) en collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La négligence envers les enfants. Montréal; 2008 p.19
32. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Field-work report on draft guidance: the social and emotional wellbeing of vulnerable children (early years). 2012.
33. Molénat F. Accompagnement et alliance en cours de grossesse, Paris ; 2013, Extrait du résumé
34. Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2013;0(0):1-11 [Article 37-208-A-85]
35. Perrault I, Beaudoin G. La négligence envers les enfants : bilan de connaissances. Montréal: CLIPP (Centre de Liai-son et d'Intervention sur la Prévention Psychosociale); 2008, 46p [http://www.clipp.ca/doc/fr/attachments/Bilans de connaissance/ neglignence enfants.pdf](http://www.clipp.ca/doc/fr/attachments/Bilans%20de%20connaissance/negligen%20enfants.pdf)
36. Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2013;0(0):1-11 [Article 37-208-A-85] p.10
37. Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2013;0(0):1-11 [Article 37-208-A-85] p.9

38. Nolin, P. *Les effets de la maltraitance sur le fonctionnement cognitif et neuropsychologique des enfants de 5 à 12 ans*, Rapport d'activités scientifiques 2000-2002 présenté au Fonds Québécois de la recherche sur la société et la culture, 2003, 19 p.
39. Tymchuck, A.J., Feldman, M.A. (1991). *"Parents with mental retardation and their children: Review of research relevant to professional practice."* Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 32(3), pp. 486-494.
40. Erickson, M.F. & Egeland, B. (1996) *"Child Neglect"* dans Briere, J.N., Berliner, L., Bulkley J.A., Jenny, C. et Reid, T. (éds), *The APSAC Handbook on Child*
41. Molénat F. *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*, Paris ; 2013 p.53
42. Conférence « La négligence familiale envers le bébé » Drs N.Garret-Gloanec, D.Lardière, F.Tendron, J.Mahé, V.Hue
43. Boris Cyrulnik, *Introduction aux textes du colloque de Châteauvallon « Ces enfants qui tiennent le coup »*, 1998, p. 9

Q-SORTS

Problèmes de sensibilité maternelle : enfants de 0 à 12 mois

Cochez s'il y a présence d'un indice ¹

- 1 Le parent n'est pas conscient ou est insensible aux manifestations de détresse émises par le bébé.
- 2 Le parent interprète selon ses propres désirs et ses états d'âme, les signaux du bébé
- 3 Les réponses sont tellement lentes à venir que le bébé ne peut pas faire le lien entre ce qu'il fait et la réponse du parent.
- 4 Le parent répond seulement aux signaux fréquents, prolongés et intenses émis par le bébé.
- 5 Les réponses du parent aux efforts de communication du bébé sont imprévisibles et incohérents.
- 6 Le parent taquine le bébé au-delà de ce que le bébé paraît apprécier.
- 7 Le parent est embarrassé lorsque le bébé se salit pendant qu'il se nourrit et cela devient parfois nuisible à l'alimentation.
- 8 Le parent accable le bébé de stimulations constantes et inopportunes.
- 9 Le parent est rude et intrusif lors de ses interactions avec le bébé.
- 10 Le parent paraît souvent « dans les nuages » et ne remarque pas les demandes d'attention et d'inconfort du bébé.
- 11 Le contenu et la cadence des interactions avec le bébé semblent être déterminés par le parent plutôt que par les réponses du bébé.
- 12 Pendant les interactions face-à-face, le parent décode souvent mal les signaux du bébé indiquant « doucement » « arrête ».
- 13 Le parent interprète de façon négative les comportements de son enfant²
- 14 Le parent a des attentes irréalistes par rapport à l'âge de son enfant.

¹ Items du Q-Sorts des comportements maternels de Pederson et Moran (1990)

² Centre de jeunesse de Montréal (2001). Théorie de l'attachement et ses implications cliniques. Programme de formation

Indices d'un problème d'attachement chez les enfants de 0 à 24 mois ³

Cochez si l'enfant présente un ou plusieurs des comportements suivants (comportements habituels)

1 Ne regarde pas dans les yeux.

2 Ne babille pas, ni ne gazouille. Vocalise peu.

3 Ne veut pas que sa mère lui donne le biberon, mais l'accepte d'une autre personne.

4 Se réfugie dans le sommeil (dort beaucoup) ou éprouve des difficultés à dormir.

5 Son tonus musculaire est faible (difficulté de préhension/tête ballante).

6 Se raidit lorsque sa mère le prend.

7 Sourit peu ou pas.

8 Ne rit pas dans des situations amusantes.

9 Ne s'intéresse pas spécialement à sa mère.

10 Ne la cherche pas du regard ou refuse le contact visuel.

11 Ne recherche pas à être consolé par elle.

12 Réagit à la séparation soit en ne manifestant que très peu de détresse, soit (au contraire) en se montrant complètement inconsolable.

13 Ne tend pas les bras vers la mère.

14 Pas d'accrochage.

15 Ne témoigne d'aucune réserve ou prudence face aux personnes étrangères.

16 Passivité, inhibition de l'exploration.

17 Activités motrices intenses : passe d'un jouet à l'autre, bouge beaucoup, fouille continuellement, brise les objets. Peut alors se mettre en situation de danger.

18 Instabilité, pleurs fréquents, crises de colère chez l'enfant.

19 L'enfant ne se calme pas au contact de son parent.

20 Rampe ou marche tardivement⁴

21 Autostimulation, mouvements de balancement « rocking », manies occupationnelles, tendances à se frapper la tête contre un mur.

22 Mange peu, pas du tout (anorexie du nourrisson) ou exagérément.

23 Vomissements fréquents.

24 Divers retards de développement : langage, motricité, socialisation, développement cognitif et affectifs

Document de travail, Braconnier-Humbeeck, Université de Mons-Hainaut, mai 2006

³ Paquette D., St-Antoine M. et Provost N. (2000). Formation sur l'attachement. Guide à l'usage du formateur. Montréal, Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

⁴ Pour cet item, le recours à une grille normative deviendra nécessaire afin d'évaluer plus précisément les retards de développement de l'enfant.

ANNEXE 3

TISF : Techniciens de l'intervention sociale et familiale. Professionnels de la périnatalité indépendants de l'Hôpital. Ils travaillent sous l'égide d'associations (exemple l'AAFP/CSF 44 Association d'Aide Familiale Populaire de Loire Atlantique). Ils interviennent à domicile, pendant la grossesse, ou en post-natal. Leur intervention consiste à accompagner la fonction parentale en fonction des ressources et faiblesses des familles, à la fois celles des parents et des enfants, et idéalement favoriser aussi l'intégration de la famille à la communauté. Certains intervenants disposent d'une formation spécifique sur l'observation des relations mère-bébé et certaines associations fonctionnent en partenariat avec des structures de soin spécialisées.

Staff de Parentalité de l'UGOMPS : Il se tient dans le service de l'UGOMPS tous les premiers mardi du mois. Il s'agit de concertations autour de patientes en situation de vulnérabilité ou de difficulté diverses et dont l'équipe souhaite déterminer des axes de prise en charge psycho-sociale. Y participent les intervenants du service (cadre de santé, psychologue, sage-femme, assistante sociale, gynécologue) et tous les participants extérieurs en lien avec la patiente ou le couple. Il s'agit donc d'une concertation pluridisciplinaire. La sage-femme du HOME est invitée à participer à chaque staff. Il donne lieu à la rédaction d'une fiche de liaison bleue, replacée en évidence dans le dossier de soins. Les recommandations décidées à ce staff sont ainsi accessibles tout au long du suivi en maternité.

Echelle de Brazelton :

C'est une échelle d'évaluation néonatale établie par Brazelton, conçue pour objectiver les compétences des nouveau-nés dès la naissance, jusqu'à la fin du deuxième mois de vie. Cet examen repose sur l'observation des états dans lesquels se trouve le bébé, afin de pouvoir les respecter au mieux. Il met en évidence les compétences et les vulnérabilités du bébé. Il se fait en présence des parents et participe à établir le lien entre ces derniers et leur nouveau-né. On observe par exemple sa sensibilité, son seuil de tolérance, ses efforts pour s'apaiser lui-même et se consoler, ce qui le reconforte, ses signes de fatigue, sa câlinité et sa capacité à communiquer.

ANNEXE 4

Information Préoccupante :

(Définition établie lors de la journée technique du 2 décembre 2009 par une note de réflexion commune des directions ministérielles de l'action sociale, de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'enseignement scolaire).

« Information, d'origine et de nature diverse. Elle a pour vocation à être adressée à la cellule départementale [Conseil Général] pour alerter les services de la protection de l'enfance sur l'existence possible d'un danger ou risque de danger pour un mineur _ soit que la santé, la sécurité ou la moralité soient supposées être en danger ou en risque de danger, soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient supposées être gravement compromises.

L'information préoccupante est une nouvelle mesure de signalement créée par la loi de mars 2007 sur la protection de l'enfance, dans le but de freiner la judiciarisation importante des signalements. Aujourd'hui il y a donc deux façons de « signaler » : directement au procureur par un signalement en cas de danger important et immédiat, et par une information préoccupante au conseil général en cas de danger plus pondéré. A son tour le conseil général met en place un système d'évaluation, s'il le juge nécessaire, et pourra en fonction transmettre à l'autorité judiciaire la situation d'un enfant en danger par un signalement.

ABREVIATIONS

HOME : Hospitalisation Mère Enfant

ODAS : Observatoire National de L'action Sociale Décentralisée

CNP : Centre Nantais de la Parentalité

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CMP : Centre Médico-Psychologique

HME : Hôpital Mère Enfant

IMC : Indice de Masse Corporelle

CMS : Centre Médico-Social

UMP : Urgences Médico-Psychologiques

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (souvent appelé Travailleuse Familiale)

CAT : Centre d'Aide par le Travail

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

FCS : Fausse Couche Spontanée

SIG : Suivi Intensif de Grossesse

SFAD : Sage-Femme A Domicile

UGOMPS : Unité Gynéco-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

DAN : Diagnostic Anténatal

SF PMI : Sage-Femme de PMI

SASP : Service d'Accompagnement et de Soutien à la Parentalité (qui dépend dans notre situation de l'Association Départementale des Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales ADAPEI)

CAT : Conduite à Tenir

UK : Unité Kangourou

AS : Assistante Sociale

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

Pôle AEF : Pôle d'Action Educative et Familiale

DGAS : Direction Générale Adjointe de la Solidarité

RESUME

La négligence est l'absence de gestes appropriés pour assurer la sécurité, le développement et le bien-être de l'enfant, de la part de la personne qui en a la charge. Lorsqu'elle concerne un foyer, elle est d'abord émotionnelle et se met en place dès la naissance. Sachant les conséquences graves que cela implique pour le développement global de l'enfant, nous nous sommes demandés quelle était la place de la maternité, témoin des premières articulations du lien entre la mère et son nouveau-né, dans la prise en charge de ce trouble du lien, particulièrement difficile à reconnaître. Pour répondre à cette question nous avons étudié le parcours de soins de deux couples mère-enfant concernés par ces difficultés et suivi en amont à l'HME du CHU de Nantes. Nous montrons que la maternité de notre étude met en place un accompagnement spécifique et adapté à la négligence, y compris pendant la grossesse, lorsque les facteurs de risque sont majeurs et le risque visible. En revanche, elle montre une difficulté à évaluer le risque et à le prendre en charge dans une situation moins visible. Nous retenons donc, dans la problématique de la négligence, la difficulté à déterminer, face à un continuum de risque, une prise en charge modulée. Pour y répondre, nous soulignons, entre autres, l'importance de consulter la pédopsychiatrie dès la grossesse.

MOTS CLE : Négligence, abus, maltraitance, PMI, pédopsychiatrie, maternité, lien mère-enfant, repérage, coordination, réseau de périnatalité, risque psycho-social, vulnérabilité.