



HAL
open science

Du cadre conceptuel à la mise en œuvre du repérage de la maltraitance infantile : impact de la loi du 5 mars 2007 sur les pratiques professionnelles sages-femmes. Étude prospective auprès de 166 sages-femmes hospitalières

Sarah Chaumier

► **To cite this version:**

Sarah Chaumier. Du cadre conceptuel à la mise en œuvre du repérage de la maltraitance infantile : impact de la loi du 5 mars 2007 sur les pratiques professionnelles sages-femmes. Étude prospective auprès de 166 sages-femmes hospitalières. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00671668

HAL Id: dumas-00671668

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00671668>

Submitted on 18 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**Du cadre conceptuel à la mise en œuvre du repérage de la
maltraitance infantile : impact de la loi du 5 mars 2007 sur les
pratiques professionnelles sages-femmes**

Etude prospective auprès de 166 sages-femmes hospitalières

Mémoire présenté par
Mademoiselle Chaumier Sarah
Née le 5 Aout 1985

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2010

Mes remerciements à :

Madame Defenin,
pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour ses conseils avisés

Madame Hébert,
pour sa grande disponibilité, son aide et son soutien

Madame Vadelorge-Gosset,
pour son accueil, sa passion et son énergie

Au centre maternel de Canteleu,
pour m'avoir accueillie pendant 3 semaines

Mes parents et ma famille,
pour leur soutien tout au long de mes études

Mes amies,
pour leur soutien, leur présence et leur patience

Sommaire

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	2
1. ETAT DES LIEUX CONCERNANT LA MALTRAITANCE	2
1.1. DES DEFINITIONS PLURIDIMENSIONNELLES	2
1.2. L'AMPLEUR DU PHENOMENE EN FRANCE : DES DONNEES SOUS DIMENSIONNEES	4
2. MALTRAITANCE ET OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES	7
2.1. LE SECRET PROFESSIONNEL.....	7
2.2. LE CODE DE DEONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES	8
2.3. LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES : UN PROCESSUS BIEN ETABLI A NE PAS NEGLIGER	8
3. LES MOYENS A DISPOSITIONS DES PROFESSIONNELS	10
3.1. STRUCTURE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE.....	10
3.1.1. <i>Une organisation légiférée et pyramidale au cœur du dispositif</i>	10
3.1.2. <i>Les acteurs clés du système organisationnel</i>	11
3.1.3. <i>La réforme du 5 mars 2007 fondamentale dans le renfort de la légitimité et du pouvoir des acteurs</i>	13
3.2. LES OUTILS DE LA PREVENTION	16
3.2.1. <i>Lors de la grossesse</i>	16
3.2.2. <i>Lors de la naissance</i>	19
3.2.3. <i>Au retour à domicile</i>	20
4. LE REPERAGE PAR LES PROFESSIONNELS	22
4.1. LA FORMATION DES SAGES-FEMMES, IMPLIQUEES DANS LA REFORME	22
4.2. DES FACTEURS PARENTAUX OU LIES AUX ADULTES RESPONSABLES ESSENTIELS A REPERER	23
4.3. DES FACTEURS INFANTILES, QUE LES PROFESSIONNELS DOIVENT PRENDRE EN COMPTE	25
4.4. DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX, AXES SUR DES INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES	25
4.5. UN REPERAGE PRIMORDIAL PENDANT LA GROSSESSE ET LA MATERNITE.....	26
L'ENQUETE	28
1. METHODOLOGIE	28
1.1 NOTRE PROBLEMATIQUE	28
1.2 NOS HYPOTHESES	28
1.3 DESCRIPTION DE L'ETUDE	28
1.4 POPULATION CIBLEE.....	28
1.5 LIEUX DE DISTRIBUTION	28
1.6 STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE	29
1.7 MODALITE DE L'ENQUETE	29
1.8 QUESTIONNAIRES RECOLTES.....	30
1.9 LES TESTS STATISTIQUES	30
2. LES RESULTATS	30
2.1 CONNAISSANCE DE LA POPULATION	30
2.2 LE QUIZZ	36
2.3 EXPERIENCE DES SAGES-FEMMES.....	40
DISCUSSION	48
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

Introduction

Les études épidémiologiques indiquent que, chaque semaine en France, trois enfants meurent des suites de mauvais traitements constatés par la Justice (16). Mais ceux qui meurent sous les coups ne sont que la partie émergée de l'iceberg. Bien plus nombreux sont ceux qui restent marqués à vie.

De tous les êtres humains, l'enfant est sans doute le plus attendrissant et le plus vulnérable. Alors, comment envisager que certains enfants, que nous sages-femmes aidons à mettre au monde, deviendront les souffre-douleurs de leur famille alors que d'autres seront choyés ? Cette maltraitance infantile est un problème de plus en plus reconnu et la diffusion quotidienne par les médias, de sévices graves à enfants a entraîné une certaine prise de conscience de ce douloureux problème de société. Chacun doit s'efforcer de lutter contre ce fléau inacceptable. Les sages-femmes, par leur profession, sont concernées et doivent participer à la prévention et au dépistage des dysfonctionnements intrafamiliaux pouvant aboutir à une situation de maltraitance. De plus, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, insiste sur le fait que cette prévention doit être précoce, c'est à dire lors de la grossesse et la naissance (37).

Devant l'ampleur du phénomène, nous nous sommes demandé si les sages-femmes ont les moyens de repérer les « clignotants » de la maltraitance et de reconnaître, valoriser mais aussi de soutenir les compétences parentales.

Afin de mettre en valeur les connaissances générales qui sont indispensables et sont la base même d'une bonne prise en charge de la sage-femme, nous avons tout d'abord réalisé une revue de littérature qui s'organise autour de quatre grandes parties : un état des lieux du phénomène du phénomène actuel, les obligations professionnelles, les moyens à dispositions des professionnels et le repérage de la maltraitance.

Ensuite, nous avons enquêté auprès des sages-femmes hospitalières, afin de réaliser un état des lieux de leurs connaissances, de leurs pratiques et de l'application de la loi du 5 mars 2007 sur le sujet dans le but d'émettre quelques propositions pour améliorer la prévention périnatale.

Revue de la littérature

1. Etat des lieux concernant la maltraitance

1.1. Des définitions pluridimensionnelles

La maltraitance se définit comme le résultat d'un court-circuit de la prise en compte et en charge des besoins de l'individu par une personne ayant pouvoir ou autorité sur lui. Selon Robert-Ouvray, dans toutes formes de violence faites à l'enfant, l'adulte ne reconnaît pas ses besoins de base, et il les manipule. La violence vise à chosifier l'autre et à le nier en tant que personne. L'adulte violent est dans un sentiment de toute puissance : il a tous les pouvoirs, il en use et en abuse (8). L'enfant est exposé, par sa vulnérabilité, à devenir la victime de quelqu'un qui devrait être protecteur et bienveillant. Dans cette définition, la notion d'intentionnalité est absente, contrairement à ce que propose Southall à savoir une classification des sévices par les mobiles et la gravité (21). L'auteur des faits est souvent partiellement ou totalement inconscient de la nocivité de ses actes.

La maltraitance est précisée au niveau international par différentes instances :

- L'Organisation mondiale de la santé, pour qui elle comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques ou psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. (24)
- La convention internationale des droits de l'enfant prévoit que les Etats prennent les mesures appropriées pour protéger l'enfant contre toutes formes de violence, de brutalité physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents. (31)

En France, c'est la notion de danger qui fonde la protection judiciaire des mineurs prévue à l'article 375 du Code civil. En effet, il stipule que si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou si les conditions de son éducation sont compromises, des mesures éducatives peuvent être ordonnées par la justice. (30)

Il est classique de décomposer, selon l'Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale (O.D.A.S), la maltraitance en quatre catégories (7):

- la maltraitance physique, la plus facile à diagnostiquer et la plus indiscutable car elle s'objective par des traces (hématomes, brûlures, fractures) Ce n'est pas forcément la plus grande menace encourue mais c'est la plus facilement prise en compte par les professionnels et la société (41).
- la maltraitance sexuelle la plus récemment repérée car elle a longtemps fait l'objet d'un déni du corps social. C'est la maltraitance la plus médiatisée.
- la maltraitance par carences de soins au sens large, aussi bien de soins médicaux que de nursing ou de stimulation. C'est la plus difficile à mettre en évidence car il s'agit de repérer du manque par rapport à une norme sociale. Barudy a parlé à ce propos d'une invisibilité du phénomène (1). Effectivement, elle ne se donne à voir que par des signes indirects, le plus caricatural étant le nanisme psychosocial.
- La maltraitance psychologique, faite de brimades, d'humiliations, de vexations, de dépréciations répétées mais aussi d'incohérence de soins. Selon Durning, il s'agit de rejet, dénigrement, terrorisme, isolement, confinement, indifférence face aux demandes affectives de l'enfant, exposant la victime à un chaos existentiel, affectif, relationnel et donc psychique. Pour lui, c'est la forme de maltraitance la plus grave et elle constitue le noyau central des autres formes de mauvais traitements (3). C'est la plus difficile et la plus nécessaire à repérer parce qu'elle sollicite la norme quantitative de la carence mais également la norme qualitative appelée par Winnicott des soins suffisamment bons (13). Elle peut faire l'objet d'un déni, d'un déficit de repérage ou d'une banalisation parce qu'il n'y a pas de preuve tangible (50).

L'O.D.A.S ne stipule rien quand à la personne maltraitante qui peut être :

- un parent : le code pénal prévoit une aggravation des peines quand les infractions sont commises par une ou des personnes ayant autorité sur l'enfant.
- une tierce personne (nourrice, ami de la famille...)
- une institution : les violences institutionnelles sont définies par Tomkiewicz comme « toute action commise dans ou par une institution ou toute absence d'action qui cause à l'enfant une souffrance physique et psychologique inutile »(15)

Les autres définitions généralement retenues sont celles que propose l'O.D.A.S. (55) :

- « L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ».
- L'enfant en « risque » est un mineur qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité.
- Les enfants en danger sont l'ensemble des enfants maltraités et des enfants à risque.

L'O.D.A.S distingue des notions précédentes la notion d'enfants en souffrance. Ces derniers sont des enfants aimés, soignés, mais qui souffrent de conditions d'existence qui fragilisent ou menacent leur développement et leur épanouissement personnel. (7)

1.2.L'ampleur du phénomène en France : des données sous dimensionnées

Les données épidémiologiques françaises émanent d'organismes institutionnels ou associatifs, recueillant des signalements ou des appels téléphoniques. Cela induit un biais et probablement une surreprésentation des milieux défavorisés. Les chiffres doivent être appréhendés avec prudence et les enquêtes démontrent que la fréquence de la maltraitance est largement sous-estimée. Elle concerne, selon l'O.D.A.S et le Service National l'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée (S.N.A.T.E.M), environ 1 à 2 mineurs sur 1.000 en France. Chez les tout petits, il s'agit le plus souvent de violences physiques, alors que les violences psychologiques prédominent chez les adolescents. Chez les filles, il s'agit principalement de violences psychologiques et sexuelles et chez les garçons de violences physiques. Les cas les plus graves s'observent surtout chez les enfants de moins d'un an. Selon l'American Academy of Pediatrics, l'incidence de

l'infanticide parmi les cas étiquetés «syndrome de mort subite du nourrisson inexplicé» serait comprise entre 1 et 5 %.

Chaque année 300 à 600 décès d'enfants seraient imputables à la maltraitance, parmi lesquels 10 % environ seraient des cas signalés. Et, sur 200 admissions en pédiatrie, un enfant est victime de sévices. Enfin, 80 % des enfants hospitalisés pour mauvais traitements ont moins de 3 ans et 40 % moins de 1 an (51).

En 2006, 79000 enfants sont signalés en risque et 19000 enfants sont signalés maltraités, soit un total de 98000 enfants en danger. Les enfants maltraités représentent donc moins de 20% du total des signalements. Parmi les enfants signalés maltraités, la répartition est de 4300 abus sexuels, 6300 violences physiques, 3400 violences psychologiques et 5000 négligences lourdes (53). Depuis 1998, le chiffre de l'enfance en danger n'a cessé d'augmenter, avec une hausse de 18 % en moins de dix ans. Cette augmentation est le fait des enfants dits « en risque », puisque en 8 ans, ce sont 15000 enfants supplémentaires qui sont identifiés à ce titre. Le taux de signalements en population générale augmente aussi. Cinq enfants sur mille sont concernés en 1998, pour sept sur mille en 2005 (53).

Dans son rapport de 2003, l'O.D.A.S indique que la personne incriminée dans les signalements d'enfants en danger est issue de la cellule familiale restreinte dans 71% des cas, de la famille au sens élargi dans 5% des cas, de l'entourage proche ou habituel de l'enfant dans 8,5% des cas. De plus les très jeunes enfants sont particulièrement touchés puisque 52% de la maltraitance infantile concerne des enfants de moins de 6 ans. Enfin la proportion de familles monoparentales parmi les familles d'enfants en danger est trois fois plus importante que dans la population générale (52).

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (O.N.E.D), créé en 2004, permet de mieux analyser la maltraitance des enfants. Il est consacré à l'amélioration de la connaissance chiffrée de l'enfance en danger à partir des chiffres de la Direction de la recherche et des statistiques et de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. Au 31 décembre 2006, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une mesure de protection sont de 265 913 en France, ce qui représente 1,88 % des moins de 18 ans et montre une augmentation de près de 4% en une année (58). Il existe des contrastes entre

les régions, le taux de prise en charge des mineurs, variant de 1,5 à 2,8%. Ce taux varie également au sein d'une région. Au 31 décembre 2006, il variait de 0,8% à 3,4% selon les départements (58).

En recoupant les données existantes, Tursz arrive à un taux de 1% d'enfants maltraités. Mais, elle ajoute que la réalité est sûrement plus proche des chiffres publiés dans le Lancet. « Près d'un enfant sur dix habitant dans un pays à revenus élevés subirait une forme de mauvais traitements ». Selon elle, cette approximation serait en partie due au fait que l'un des principaux lieux d'accueil des enfants victimes de mauvais traitements, les urgences hospitalières, ne produisent aucune donnée (12).

Il y a donc imprécision des données en raison :

- du silence des enfants maltraités lorsqu'ils sont en âge de parler,
- du déni des parents lorsque les sévices sont découverts ou révélés par l'enfant,
- de la difficulté des professionnels à les reconnaître et de leur réticence à en faire le signalement une fois reconnus,
- de l'absence de critères cliniques définissant le champ de la maltraitance.

Cependant aujourd'hui, il y a une augmentation du nombre de cas signalés en raison :

- d'une prise de conscience récente de la gravité des conséquences de la maltraitance,
- de l'incitation forte du nouveau dispositif législatif,
- d'une plus grande vigilance des autorités dans son application.

Par conséquent, tous les professionnels s'accordent sur le rôle primordial des sages-femmes en matière de prévention et de protection puisqu'elles ont l'avantage d'intervenir en amont dans le repérage. Mais face à l'ampleur du phénomène et à la sous-estimation des cas, nous pouvons nous interroger sur les éventuelles résistances au repérage des acteurs de soins et plus particulièrement les sages-femmes au sein des maternités.

2. Maltraitance et obligations professionnelles

En tant que professionnelles de la santé, les sages-femmes sont soumises au secret professionnel. Mais comment concilier les intérêts du patient et les obligations relatives au secret professionnel ? Trahir le secret est une infraction pénale et ne rien dire peut être également une infraction. Le secret professionnel peut-il être un frein au signalement de la maltraitance infantile, et donc un handicap pour la justice ?

2.1. Le secret professionnel

Le secret professionnel s'impose à tous ceux auxquels leur profession, fonction ou mission fait obligation de garder le secret concernant des faits dont la connaissance leur est parvenue en raison de l'exercice de leur profession. Les médecins, sages-femmes, infirmiers et tous professionnels de santé y sont tenus (art. L.1110-4 code de santé publique). Or les professionnels astreints au secret professionnel ont le devoir d'agir et de porter secours aux personnes en danger immédiat, notamment en provoquant l'intervention judiciaire, sous peine de poursuites pour non-assistance à personne en danger. Toute abstention volontaire est punie de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende (art. 223-6 du Code Pénal).

Avant la réforme, aucun partage n'était possible en droit entre les professionnels soumis au secret participant à la protection de l'enfance. Dans les faits, les départements avaient mis en place des dispositifs d'analyse des situations, notamment entre les professionnels des services départementaux, associant souvent des professionnels extérieurs. Mais ces pratiques, tolérées, étaient à la merci d'actions pénales intentées par les parents pour non-respect du secret professionnel.

Pour remédier à cela, la loi du 5 mars 2007 a introduit une exception au code pénal, en autorisant entre personnes participant à la protection de l'enfance et soumises au secret. C'est l'article L.226-2-2 du code de l'action sociale et des familles qui régit ce partage d'information (32). Le partage n'est autorisé que dans le but de permettre une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant, de déterminer et de mettre en œuvre des actions pour assurer sa protection, l'aider et aider sa famille. Les informations susceptibles d'être légalement partagées sont strictement limitées à celles qui sont

nécessaires à l'évaluation, la détermination et la mise en œuvre d'actions à des fins de protection. Aucun autre objectif ne permet le partage d'informations. Ce partage n'est possible qu'après en avoir informé les parents, mais cette exigence peut être levée lorsqu'elle est contraire à l'intérêt de l'enfant. (36)

2.2. Le code de déontologie des sages-femmes (31)

L'article 4127 316 du code de la santé publique s'impose à une sage-femme. Ainsi lorsqu'elle discerne qu'une femme ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger.

Dans le titre premier concernant les devoirs généraux, l'article 4127 303 stipule que le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. Ainsi le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris. Elle doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

La protection des intérêts de l'enfant l'emporte sur le secret médical. Le secret professionnel ne doit pas constituer une résistance au signalement d'enfant en danger. Les sages-femmes peuvent donc signaler un enfant en danger et en ont même l'obligation. Reste à savoir si elles savent de quelle manière signaler.

2.3. La transmission d'informations préoccupantes : un processus bien établi à ne pas négliger (60) (Annexe n°1)

Informé qu'un enfant est en danger ou en risque a pour but de mettre en œuvre rapidement les mesures de protection adaptées. L'efficacité de ces mesures dépend de la cohérence dans la saisine du dispositif. Il est donc nécessaire que les étapes du traitement des situations d'enfant en danger soient connues et respectées avec rigueur.

Un rapport d'information préoccupante est l'aboutissement de l'évaluation. Il doit indiquer si l'enfant est en danger ou en risque et si sa situation nécessite une mesure de protection, il apporte donc les informations nécessaires à la compréhension d'une situation en vue d'une décision. Le rapport permet la mise en œuvre du dispositif de protection de l'enfance et va alimenter, si nécessaire, le débat judiciaire. Il doit faire état

des mesures administratives déjà engagées et qui ne suffisent pas ou de l'impossibilité à mettre en place ces mesures.

Tout écrit relatif à la protection de l'enfance nécessite une formalisation. Il est recommandé de se référer au support de rédaction d'une information préoccupante et de l'accompagner d'un bordereau d'envoi. Le rapport doit être paginé, daté et comporter l'identification de l'expéditeur et du mineur concerné.

Le rapport comporte la composition et l'histoire familiale afin que le destinataire puisse situer l'enfant dans l'environnement familial. Des notions sur l'habitat et le budget familial sont nécessaires pour avoir une vision globale de la situation. Puis, il expose la situation avec un rappel de l'élément déclencheur de l'évaluation. Cela inclut les constats relatifs à l'enfant, la famille et son environnement. Il doit faire apparaître des faits concrets, des paroles énoncées avec utilisation de guillemets pour une retransmission exacte des propos sans impression, ressenti, interprétation ni jugement. L'auteur du rapport n'est pas tenu d'apporter la preuve des faits. Il n'utilise que les renseignements qui ont un lien avec la situation et doit s'exprimer le plus objectivement possible en s'efforçant de décrire les événements avec logique.

Enfin la conclusion est une synthèse brève formulant la nature du danger ou des risques encourus par l'enfant. Elle doit faire apparaître clairement la notion d'urgence si besoin. Il s'agit également d'indiquer des propositions d'action en désignant les bénéficiaires et les objectifs. Si des incertitudes demeurent, il s'agit de les mettre en évidence pour proposer des investigations complémentaires. La signature de l'écrit est indispensable, permettant d'authentifier les observations consignées. Sauf situation exceptionnelle, le rapport doit être communiqué aux parents. Il est intéressant de relever leurs observations lorsqu'ils ne partagent pas certains points de l'évaluation et il est important de noter si la famille est informée de la transmission des informations ou non (en préciser les raisons), ou de ce qui n'a pas pu lui être dit.

3. Les moyens à dispositions des professionnels

Sachant que les sages-femmes possèdent le cadre légal pour signaler un enfant maltraité ou en risque de l'être, nous voulons maintenant savoir si elles possèdent les structures et les outils nécessaires à leurs missions de repérage et de signalement.

3.1. Structure de la protection de l'enfance

3.1.1. Une organisation légiférée et pyramidale au cœur du dispositif

La protection de l'enfance en danger en France comporte deux volets, une protection judiciaire et une protection administrative. Son objectif est de prévenir les difficultés dans les milieux de vie des enfants avant qu'ils ne soient maltraités.

Son rôle est principalement :

- d'améliorer les conditions de vie et de promouvoir leur écoute
- de réduire les facteurs de risque de maltraitance
- de prévenir la violence

La protection judiciaire confiée aux instances d'État, regroupe les interventions individualisées à partir d'une décision du juge des enfants.

La protection administrative confiée aux instances départementales, regroupe l'ensemble des interventions individuelles et collectives essentiellement préventives. L'accord des personnes qui bénéficient de ces interventions est nécessaire.

- *Le cadre international*

Parmi les textes fondamentaux, il existe la Convention internationale des droits de l'enfant adoptée le 20 novembre 1989 par l'O.N.U. Ce texte a une valeur juridiquement contraignante dans chaque état qui l'a ratifié puisque l'article 19 stipule que «Les États prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toutes formes de violence» (31).

- *Le cadre national*

Le ministère de la protection de l'enfance est le ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité. Il mène la politique générale d'action sociale et a été créé, dans sa structure actuelle, par le décret du 18 mai 2007.

- *Le cadre local*

Le conseil général est responsable de la protection de l'enfance localement. Lorsque les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité

ou l'éducation des enfants et avec l'accord des parents, une action sociale préventive s'exerce auprès des familles. Le président du conseil général et ses services orchestrent les acteurs sur le terrain qui doivent :

- mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs
- mener des actions de prévention des mauvais traitements
- organiser le recueil d'informations relatives aux mineurs maltraités
- participer à la protection des mineurs

3.1.2. Les acteurs clés du système organisationnel

L'aide sociale à l'enfance (A.S.E), service administratif sous l'autorité du conseil général a deux actions principales :

- La prévention (aides financières, actions éducatives en milieu ouvert).
- Le recueil d'enfants placés hors du domicile familial à la demande de la famille, ou dans le cadre d'une mesure de placement ordonnée par le juge des enfants

L'ASE mène donc des actions de protection en faveur des mineurs maltraités et de prévention des mauvais traitements.

La protection maternelle et infantile (P.M.I), est un service de santé publique, sous l'autorité du conseil général, ouvert à tous, dont l'objectif est la protection et la promotion de la santé. Des pédiatres, gynécologues, puéricultrices, sages-femmes, psychologues, conseillères conjugales y travaillent en équipe pluridisciplinaire. Ses missions consistent en la surveillance prénatale et postnatale, l'information et les conseils aux parents et futurs parents dans le domaine de la maternité et de l'enfance. En outre, le service doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités dans les conditions prévues dans les articles 40, 66 et 72 du Code de la Famille et de l'Aide sociale (33). Les sages-femmes y ont comme mission la surveillance des grossesses à haut risque médical ou social. Leur action permet le suivi médical des grossesses qui sans elles, auraient échappé à toute surveillance, l'évaluation précoce des difficultés psychosociales et la mise en place anténatale d'une prise en charge. Leur collaboration avec les maternités est essentielle.

Le service social départemental, est un service public chargé d'actions polyvalentes et spécialisées menées par des assistants de service social qui aident les familles

connaissant des difficultés sociales, à restaurer leur autonomie et leur insertion. Ce service participe aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités dans les conditions prévues dans les articles 40, 66 et 72 du Code de la Famille et de l'Aide sociale (33).

Un autre partenaire de la protection de l'enfance est le réseau associatif. Il assume une partie de la mission du service public via un agrément, et est le plus souvent financé par le conseil général.

L'hôpital a aussi à jouer un rôle clé, car c'est un lieu privilégié d'observation et de prévention à l'égard des enfants. Lieu de passage de pratiquement toutes les mères, les maternités constituent un lieu propice au dépistage des relations pathogènes. L'observation de l'enfant et de la dynamique familiale est importante. Elle nécessite un travail institutionnel pour permettre aux membres de l'équipe de prendre du recul par rapport aux mécanismes d'identification et aux bouleversements émotionnels que ces situations peuvent susciter. Cette observation est nécessaire à l'évaluation qui a pour but d'analyser la notion de danger encouru par l'enfant et le type de prise en charge qui semble nécessaire. Elle repose sur une analyse multidisciplinaire de chaque cas. La transmission d'information préoccupante est la conséquence directe de l'évaluation.

Le défenseur des enfants, crée en 2000, est chargé de défendre et promouvoir les droits de l'enfant. C'est une institution de l'Etat, qui a le statut d'autorité indépendante afin d'intervenir de façon impartiale en faveur des enfants dont les droits ne seraient pas respectés. Il reçoit et traite des réclamations individuelles, fait des propositions de modification des lois, met en place des actions de formation et d'information, au moyen d'une équipe de 32 ambassadeurs et 55 correspondants territoriaux. Il est nommé pour six ans par décret en conseil des ministres. Un projet de loi, présenté en septembre 2009 vise à fonder les attributions du défenseur des enfants dans celles d'un futur défenseur des droits, aux compétences plus larges. Une pétition pour son maintien comme "institution indépendante" a recueilli 40871 signatures au premier novembre 2009.

3.1.3. *La réforme du 5 mars 2007 fondamentale dans le renfort de la légitimité et du pouvoir des acteurs (29) (58)*

Elle a été précédée de nombreux rapports qui ont mis en évidence la nécessité de modifier le dispositif. Cette réforme était appelée par des personnalités, et se situe dans une période de drames de la maltraitance fortement médiatisés telles les affaires d'Angers et d'Outreau. Le projet s'est construit dans la concertation avec les professionnels de la protection de l'enfance, élus, ministères et associations. Dès fin 2005, une consultation est organisée au niveau national, des débats sont organisés dans les départements et un comité national de la réforme se réunit. La loi a été promulguée le 5 mars 2007 et publiée au Journal officiel du 6 mars 2007.

- *Clarification des missions*

La réforme maintient la protection de l'enfance dans le cadre de l'autorité des parents, ceux-ci étant les premiers en charge de protéger leur enfant. Une nouvelle articulation des réponses donne la priorité à la protection sociale en première intention, la protection judiciaire ne devant être mobilisée que lorsque les actions menées par les services sociaux n'ont pas permis de remédier à la situation, en cas d'impossibilité de collaboration avec la famille, de refus, ou d'impossibilité d'évaluer la situation.

La loi a redéfini le champ de la protection de l'enfance, élargissant la notion de maltraitance à celle d'enfance en danger. La notion d'enfants « victimes de mauvais traitements » est recouverte par celle d'enfants « en danger ou en risque de l'être », ce qui permet de clarifier la marche à suivre.

- *Développement de la prévention*

La réforme renforce le volet prévention de la politique de protection de l'enfance en développant le rôle médico-social de la P.M.I. La loi confie l'organisation des missions de P.M.I au président du Conseil Général, même si le service continue à être dirigé par un médecin. La loi renforce, en leur donnant une base légale, des actions de prévention primaire s'adressant à toute la population et prenant la forme suivante :

- la mise en place d'un entretien au 4ème mois de grossesse.
- l'organisation par la P.M.I de suivi à domicile ou de consultation pour les parents en période post-natale. La loi met donc l'accent sur une prévention précoce.
- l'instauration d'un bilan de santé pour les enfants de trois à quatre ans à la maternelle et des actions de prévention et de dépistage pour les enfants de moins de 6 ans.

▪ l'instauration de rendez-vous médicaux lors de la 9ème, 12ème et 15ème année au cours desquels doit être réalisé un bilan de santé physique et psychologique afin de détecter le plus tôt possible les souffrances psychiques ou comportements à risque.

● *L'enfant au cœur du dispositif*

La loi définit trois axes pour guider les décisions concernant l'enfant, à savoir son intérêt, la prise en compte de ses besoins fondamentaux (physiques, intellectuels, sociaux et affectifs) et le respect de ses droits à être informé et entendu.

● *Une prise en charge adaptée et diversifiée*

La réforme introduit des possibilités nouvelles d'action par la création de nouvelles prestations permettant des solutions variées et souples:

- mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale
- mesure d'aide à la gestion du budget familial
- possibilité d'accueil en urgence de mineurs pendant trois jours sans l'accord des parents sous réserve de les informer ou d'en informer le procureur de la République.
- accueil de jour
- accueil périodique dans le cadre d'une mesure administrative d'accueil provisoire

L'article L 223-1 précise que l'attribution d'une ou plusieurs prestations doit être précédée d'une évaluation de la situation prenant en compte l'état du mineur, la situation familiale et les aides mobilisables dans son environnement. Cette évaluation permet d'établir un « projet pour l'enfant » pour faire avec les parents l'état des lieux de leur situation et définir les actions qui seront menées par le service et leur contribution.

● *Renforcement des obligations de formation*

La loi prévoit une obligation de formation initiale et continue pour les professionnels concernés par l'enfance en danger, qu'ils y consacrent ou non l'essentiel de leur travail. Il s'agit des personnels médicaux dont les sages-femmes et paramédicaux, des travailleurs sociaux, magistrats, enseignants, animateurs, police...

● *Une organisation du signalement (Annexe n°2)*

La création d'une cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes a pour but de clarifier l'entrée dans le dispositif et éviter l'engorgement des Parquets qui étaient saisis dès qu'une inquiétude existait, sans évaluation. Il s'agit de centraliser le recueil des informations et d'organiser un circuit unique, facilement repérable. Une information préoccupante est une information, écrite

ou orale, indiquant qu'un mineur se trouve en danger ou en risque de danger et qu'il doit faire l'objet d'une évaluation.

La cellule est donc une interface entre les services départementaux et le parquet dont elle est l'interlocuteur privilégié. Elle travaille avec les professionnels de l'Éducation Nationale, services sociaux, hôpitaux, médecins libéraux, associations, services de police et gendarmerie et doit être en liaison avec le Service National l'Accueil Téléphonique. Toute personne peut s'adresser à elle lorsqu'elle est dans le questionnement et le doute à propos d'une situation.

Le terme de signalement est réservé à la transmission au Procureur de la République, appelant donc un traitement judiciaire. En effet l'article L 226-4, maintient une faculté exceptionnelle d'aviser directement le Procureur pour les services publics, en cas de gravité de la situation et une copie doit être adressée au conseil général. Le Procureur, ensuite, transmet au conseil général les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Concernant l'évaluation des situations individuelles et familiales, la réforme prend en compte son caractère pluridisciplinaire et pluri institutionnel en organisant le partage d'informations à caractère secret dans le but de mieux protéger les professionnels (art. L 226-2-2)

Enfin la loi invite les acteurs à formaliser les procédures de recueil par des protocoles établis entre le président du conseil général, les partenaires institutionnels et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein de la cellule. La cellule doit également veiller à ce que les personnes ayant transmis des informations soient destinataires d'un accusé de réception attestant de leur prise en compte et de leur instruction et soient informées de l'issue du traitement.

3.2. Les outils de la prévention (50)

Il existe plusieurs catégories de prévention (59):

La prévention primaire vise à agir en amont de la maltraitance, pour éviter que le risque ne s'installe. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle et collective; ces moyens, situés en amont du risque hypothétique, sont peu spécifiques et concernent une large part de la population (par exemple : conseils de puériculture).

La prévention secondaire vise à accompagner un risque reconnu comme pouvant favoriser la survenue de maltraitance. Celle-ci n'est pas encore là, mais des indices sont inquiétants, nécessitant la mise en place autour de cette parentalité fragile et de l'enfant d'étayages multiples. Cette prévention ne peut se mettre en place qu'avec la collaboration de la famille, elle cible les enfants dits « en risque ».

La prévention tertiaire s'effectue en cas de non-collaboration de la famille à l'accompagnement proposé. Ce stade comporte également les situations de maltraitance avérée. Dans ces cas, il y a eu saisine de l'autorité administrative et/ou de l'autorité judiciaire, dans le but de punir l'acte maltraitant mais surtout, de protéger l'enfant.

La grossesse est bien suivie sur le plan médical si les femmes s'y soumettent. A présent, la prévention se développe pour prendre en compte le contexte social, économique et appréhender le vécu psychologique. La perspective de devenir parents peut susciter appréhension, inquiétude, et parfois détresse qui ne trouvent pas réponse dans l'environnement. Avoir accès aux informations utiles, au bon moment peut suffire à répondre aux interrogations. Parfois, les difficultés nécessitent un accompagnement. Il est donc nécessaire de les entendre, les comprendre et les identifier. Les sages-femmes intervenant en amont dans le repérage, sont susceptibles d'identifier les signaux d'alerte pendant la grossesse, permettant une prévention large et ciblée.

3.2.1. *Lors de la grossesse*

- *Les consultations prénatales*

Elles peuvent être assurées par une sage-femme et doivent être un moment d'écoute de la future mère qui se trouve dans un état psychique particulier. Un climat de confiance permet d'évaluer les données psychologiques qui entourent la grossesse grâce à un interrogatoire personnalisé. La consultation doit donc permettre de repérer les « signes d'alarmes » des pathologies familiales et affectives et la sage-femme doit

pouvoir discerner dans quel contexte l'enfant va être accueilli. Ainsi les futurs parents doivent pouvoir verbaliser leurs inquiétudes, poser des questions et être rassurés.

- *L'Entretien prénatal précoce*

Il se déroule vers le 4^e mois de grossesse et est dissocié de la consultation de suivi. Il est assuré par une sage-femme ou un médecin hospitalier, libéral, ou de P.M.I. Il permet un suivi social et le repérage précoce de difficultés pouvant perturber l'établissement du lien parents/enfant. Il s'agit de repérer les situations de vulnérabilité, informer les femmes et les accompagner. Cet entretien a donc quatre objectifs majeurs concernant le dispositif de protection de l'enfance:

- donner la parole aux femmes en favorisant leur rôle actif dans le déroulement de la naissance et l'accueil du bébé
- permettre un meilleur ajustement des interventions médicales, sociales et psychologiques. C'est l'occasion d'appréhender tout problème psycho-social et envisager une orientation vers un psychologue.
- améliorer le déroulement obstétrical par la prise en compte précoce des facteurs de stress et leur traitement.
- organiser un réseau de soin personnalisé lorsqu'il est nécessaire.

- *Des actions d'accompagnement en cas de difficulté lors de la grossesse.*

Des actions d'accompagnement peuvent être assurées à domicile par la P.M.I suite à l'entretien et sont assurées par une sage-femme qui renforce la surveillance médicale et assure un suivi.

Des actions de prévention médico-sociale, prévues antérieurement à la réforme, peuvent être assurées par la P.M.I, en relation avec médecin traitant ou maternité. Elles sont mises en place à la suite d'informations issues des déclarations de grossesse ou à la demande du professionnel suivant la grossesse, ou des futurs parents.

L'accompagnement psychologique visant à préparer l'établissement de la relation parent-enfant, suivre et appréhender la souffrance psychologique, proposer un accompagnement, prévenir la survenue de maltraitance.

- *La préparation à la naissance et à la parentalité (P.N.P) (46)*

Elle permet d'accompagner les parents tout au long de la grossesse, et permet à la future mère d'exprimer ses inquiétudes et ses angoisses. Elle est proposé pour:

- favoriser la participation active des futurs parents dans leur projet de naissance
- améliorer les connaissances et les compétences pratiques

- stimuler la confiance des femmes enceintes dans leur capacité à devenir mère, à accoucher et à prendre soin d'elles-mêmes et de leur bébé.

Une articulation est souhaitable entre le professionnel qui a effectué l'entretien prénatal et celui qui assure la P.N.P contribuant à la cohérence du dispositif préventif et garantissant la prise en compte des difficultés décelées lors de l'entretien.

Les professionnels de l'enfance maltraitée insistent sur le rôle essentiel des sages-femmes lors de la préparation. Elles peuvent expliquer qu'il est normal de perdre patience quand un enfant pleure longtemps, surtout si les parents accumulent d'autres difficultés explique Hochart. Ainsi ils auront moins peur d'être jugés, pourront se confier et éviter de passer à l'acte. Les mères sont plus réceptives pendant leur grossesse, car elles sont ensuite noyées d'informations en suites de couches (20).

- *Des staffs de parentalité.*

Ils concernent les futures mères fragilisées psychologiquement. Ils réunissent obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, pédopsychiatrie, P.M.I, service social, A.S.E. Ils évaluent, dès le stade anténatal, les situations présentant des facteurs de risque, et proposent, après concertation, une orientation et un soutien adapté. Cela suppose l'adhésion des parents à ce type d'aide qui met en partage des informations confidentielles au titre de la prévention. Il s'agit de soutenir les parents avant la survenue d'un risque éventuel Ces staffs ont été mis en place dans certaines maternités.

- *Des centres maternels*

Il en existe dans chaque département pour héberger des femmes enceintes, isolées et exposées à une grande précarité ou à la violence. Les centres maternels accueillent des femmes majeures ou non, enceintes et / ou avec un enfant de moins de 3 ans, ou deux enfants dont l'aîné doit avoir moins de 6 ans. L'hébergement se fait en internat ou en externat. La durée du séjour est personnalisée. L'objectif est de favoriser le développement de la relation mère-enfant et de créer un accompagnement vers une intégration sociale. L'admission s'effectue après accord de l'A.S.E et évaluation de l'équipe éducative. De plus, il existe des Centres d'Accueil d'Urgence de Courte durée qui héberge en urgence pour des courts séjours des femmes enceintes, des mères et leurs enfants en difficultés conjugales, familiales ou en crise économique.(26)

- Des points de contact avec les femmes enceintes

Certaines grossesses présentent des risques importants pour l'enfant à naître (grossesses non déclarées ou tardivement, peu suivies, femmes dépourvues de droits). Des dispositifs permettent d'entrer en contact avec de futures mères isolées, en détresse et d'assurer leur prise en charge : Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S), les permanences d'aide d'accès aux soins de santé (P.A.S.S) Mais certaines femmes ne viendront pas dans ces lieux qui sont surtout sanitaires. D'autres points de contacts doivent être trouvés avec les associations, les services sociaux, la P.M.I. et un suivi doit être assuré en liaison avec les professionnels du soin, les lieux d'accueil. L'accompagnement personnalisé, la mise en place de dispositifs précoces, la variété des intervenants pour les femmes vulnérables justifient un travail en réseau. Le développement des réseaux périnataux de proximité est indispensable en raison de la complexité des situations et de l'intrication avec le suivi de la grossesse.

Ainsi, diverses actions préventives peuvent être proposées pendant la grossesse, à domicile et hors du domicile. Dans tous les cas, il importe, avant toute mise en œuvre, de rencontrer les femmes enceintes, d'évaluer la situation et l'importance des difficultés pour répondre au mieux à leur besoin. Il s'agit ensuite de s'assurer que les actions d'accompagnement sont bien effectuées. Toutes ces actions sont à visée préventive.

3.2.2. *Lors de la naissance*

Le moment qui précède et suit la naissance est déterminant pour l'installation du lien mère-père-enfant et demande donc l'attention des professionnels. Ce moment clé se concentre sur un temps court, intense où s'entremêlent les aspects médicaux, pratiques, et parfois psychologiques. Cela justifie un accompagnement pluridisciplinaire en cas de difficulté. Tout en assurant la surveillance médicale, il s'agit d'accueillir le bébé, être attentif à la relation qui s'installe, répondre aux questions, rassurer, accorder une présence particulière en cas de difficulté et préparer le retour à domicile. C'est une équipe pluridisciplinaire qui se mobilise, au centre de laquelle se trouve la sage-femme.

Ainsi la sage-femme aide la femme à vivre le mieux possible son travail et son accouchement. Puis en suites de couches, sa mission est de guider chaque mère vers l'établissement d'une bonne relation avec son enfant. Ainsi, les femmes sont accompagnées dans l'apprentissage des notions de maternage. C'est au cours du séjour que la mère apprend à respecter les rythmes de son enfant et à ajuster ses

comportements. Si la mère a fait le choix d'allaiter, l'accompagnement est très important. Enfin, en vue d'une éducation sanitaire et sociale, des séances d'information en matière de puériculture et de contraception sont organisées par les sages-femmes.

En cas de repérage d'insuffisance de compétence ou de difficultés, il peut être mis en place une hospitalisation à domicile. Le concours d'un psychologue de la maternité peut être essentiel dans le repérage et la prise en charge précoce des situations dont les difficultés risquent de compromettre la qualité du lien parent-enfant.

Afin de préparer le retour à domicile, il importe qu'une articulation soit faite entre la maternité et la P.M.I si nécessaire. La réforme prévoit une mise en contact à la maternité des professionnels de la P.M.I avec les parents afin qu'ils puissent se présenter, expliquer leurs missions, le rôle et l'organisation du service, proposer leurs services ou annoncer la visite à domicile de la puéricultrice si elle est prévue.

Pour les cas les plus aigus, une transmission d'information préoccupante peut être envisagée. Certains hôpitaux ont mis en place un référent dédié à la prévention de la maltraitance ou un staff de parentalité. L'étayage auprès d'un psychologue ou d'une assistante sociale n'est pas toujours assuré, surtout lors d'une hospitalisation courte. Marc conseille de noter prudemment les informations recueillies dans le dossier, par exemple : « se plaint de ne pas être encouragée par son mari » ou « réaction anxio-dépressive. »

En outre, les parents doivent être sensibilisés à certains risques auxquels peut être exposé le nourrisson dont les accidents domestiques. Une information aux gestes ou manipulations inadaptés doit être assurée, et particulièrement sur le cas le plus extrême du bébé secoué. Pour diffuser ces informations, tous les moyens doivent être utilisés pour atteindre les parents : le carnet de santé, les maternités, les structures médicales, les pharmacies, les crèches, les centres médico-sociaux, les mairies, l'école...

3.2.3. Au retour à domicile

Le temps qui suit le retour à domicile nécessite l'attention soutenue des parents sur la santé du nourrisson, son développement, et son bien-être. Ce peut être un moment de fragilité et de questionnement. Le séjour à la maternité ne permet pas toujours un temps suffisant pour répondre aux questions. Les parents peuvent faire appel à la P.M.I

qui joue un rôle pivot dans le suivi du nourrisson et en matière de prévention, mais aussi au pédiatre, à une sage-femme, au médecin traitant, aux permanences de soins.

- *Des interventions à domicile*

Des actions médico-sociales et de suivi peuvent être assurées par la P.M.I à domicile, ou lors de consultation. Cela doit intervenir dans les jours suivant le retour, au moment où les parents en ont le plus besoin, dans un but de prévention précoce. Assurée par une puéricultrice, la visite a pour objet de conseiller, orienter les parents en fonction de leurs besoins (puériculture, allaitement, sécurité domestique) et de prévenir des dysfonctionnements de la relation parent-enfant.

- *Des actions médicales-éducatives et de suivi*

La loi prévoit que la P.M.I assure des actions médico-sociales et un suivi en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers. L'articulation entre la médecine pédiatrique, la médecine de ville, l'hôpital, le service de P.M.I est un facteur favorable au suivi pertinent du nouveau-né et à une prévention précoce et cohérente.

- *Des actions médico-sociales spécifiques pour les mères en grande difficulté*

Les difficultés psychologiques liées à la naissance, notamment la dépression sévère du postpartum, doivent être abordées le plus précocement. Un accompagnement adapté, dès les premiers jours doit pouvoir être proposé à la mère. Les maternités participent à un travail de prévention en confortant les relations mère-père-bébé, les centres périnataux de proximité permettent un accueil et une orientation des mères en difficulté. Les lieux de soins tels le centre d'accueil thérapeutique spécialisé, ou l'unité d'hospitalisation mère-bébé permet de soigner la jeune mère tout en préservant leur relation.

- *Un numéro vert national : Allo parents bébé (22)*

« Aider un parent peut sauver un enfant », c'est cette idée qui a conduit Enfance et Partage, association de défense des droits de l'enfant, à lancer "Allo parents bébé". L'association précise qu'à l'heure où les séjours en maternité sont courts, où la vie professionnelle s'intensifie ou devient incertaine, où les grands-parents ne sont pas disponibles, les jeunes parents sont parfois dépassés à l'arrivée d'un bébé, même lorsqu'il est désiré. Les objectifs sont donc d'écouter, soutenir les parents, prévenir la maltraitance notamment en les orientant vers les structures ou professionnels adaptés.

Le **0800 00 3 4 5 6** est un numéro vert national, gratuit, anonyme, bénéficiant de l'appui de l'Assistance publique, ouvert du lundi au vendredi, de 10h à 15h et de 17h à

21h. Les écoutants sont des professionnels de la santé et de la petite enfance. Le numéro est un trait d'union avec les jeunes mamans qui ont besoin d'être rassurées sur leur compétence, mais il peut permettre aussi de sauver un enfant avant un geste fatal selon Francillon, sage-femme Poissy. Nisand et Frydman, membres du comité scientifique, insistent sur le rôle préventif de ce numéro d'écoute.

4. Le repérage par les professionnels

Finalement, pour que les sages-femmes puissent repérer les situations de risque de maltraitance, une formation notamment sur les facteurs de risque de maltraitance est nécessaire.

4.1. La formation des sages-femmes, impliquées dans la réforme

Lors de la première phase des études de sage-femme est prévu un enseignement dans le cadre des actions de préventions dans le domaine de la santé de l'enfant intitulé « Maltraitance et enfance en danger » Cet enseignement est décrit au programme des études de sage-femme datant du 11 décembre 2001. Il est obligatoire mais prend une forme inévitablement différente d'une école à l'autre.

La formation médicale continue est une obligation déontologique, elle doit permettre à toute sage-femme d'entretenir et de compléter sa formation initiale afin d'assurer « des soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né » (art. 25, du Code de déontologie). La sage-femme a donc le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances (art. 4 du Code de déontologie) (36).

Le référentiel métier et compétences des sages femmes datant d'octobre 2007, réalisé par le conseil national de l'ordre des sages-femmes et le collectif associatif et syndical des sages-femmes, aborde ce thème. En effet, concernant les sciences humaines appliquées à la maternité et la parentalité, la prévention de la maltraitance et des situations de vulnérabilité des femmes et des enfants doit faire partie des savoirs scientifiques et techniques validés des sages-femmes. De plus, concernant les savoirs et savoir-faire de coopération, le référentiel indique qu'une sage-femme doit être capable d'identifier son rôle dans les situations d'urgence au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, y compris dans la prévention de la maltraitance.

Enfin, le référentiel indique que lors d'une consultation prénatale, une sage femme doit en évaluer le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse en diagnostiquant les conduites/comportements à risque (addictions, conditions de travail, conditions de vie domestique, maltraitements, ...) et en identifiant les signes qui nécessitent d'orienter la femme vers un autre professionnel (psychologue, obstétricien, travailleurs sociaux)(42).

La recherche a mis en avant des facteurs de risque. Les enfants vivant dans des familles où ces facteurs sont présents ont une plus grande probabilité d'être exposés à la maltraitance. Une meilleure compréhension de ces facteurs aide les professionnels à identifier les situations de maltraitance ou à haut risque, afin d'intervenir de façon appropriée. Toutefois l'existence de facteurs dans les familles maltraitantes ne débouche pas forcément sur de la maltraitance. Néanmoins certaines maternités ont listé des clignotants à déceler permettant de dépister davantage de situations à risque (20) ;

4.2. Des facteurs parentaux ou liés aux adultes responsables essentiels à repérer

- *Caractéristiques de la personnalité*

Aucun recensement des traits de personnalité n'a pu être établi pour définir un profil du parent maltraitant mais certaines caractéristiques ont été identifiées : la mauvaise estime de soi, la croyance selon laquelle les événements sont déterminés par la chance ou des forces extérieures, le faible contrôle des impulsions, la dépression, l'anxiété et le comportement antisocial. Les antécédents psychiatriques tels que l'anorexie, la boulimie, les bouffées délirantes et les tentatives de suicides sont des situations à risque. Dans le rapport 2006 de l'O.D.A.S, les problèmes psycho-pathologiques se trouvent à l'origine du danger pour 11 % des enfants signalés (53).

- *Passé de maltraitance*

Bien que les estimations varient, la littérature indique que certains parents ont été eux-mêmes victimes de maltraitance infantile. Des études suggèrent qu'environ un tiers des individus maltraités durant leur enfance infligeront de mauvais traitements à leurs enfants, contribuant ainsi à la perpétuation du cycle de la maltraitance. (14)

- *Comportement addictif*

L'abus de substances illicites pourrait être un facteur contribuant à un ou deux tiers des cas de maltraitance infantile(19). L'alcoolisme tient une place privilégiée par la

levée de l'inhibition qui permet des passages à l'acte où la violence impulsive est dominante (2). La femme éthylique est maltraitante par le risque malformatif qu'elle fait courir au fœtus et est responsable de carences et de manque de vigilance (9). L'O.D.A.S en 2006, récénces 11200 enfants dont la problématique à l'origine du danger est la dépendance à l'alcool ou la drogue de leurs parents, soit 11% des enfants signalés (53).

- *Approches de l'éducation familiale*

Des attitudes négatives à propos du comportement d'un enfant et une connaissance erronée de son développement peuvent jouer un rôle. Des études ont montré que les mères maltraitantes ont plus d'attitudes négatives vis-à-vis des enfants et des attentes très élevées.(17) Cela s'accompagne d'une mauvaise compréhension des normes en matière de développement qui peut avoir comme conséquence des attentes non réalistes, des punitions inappropriées. Des difficultés intra-familiales se trouvent trois fois sur quatre à l'origine du signalement selon l'O.D.A.S en 2006 et parmi celles-ci, les carences éducatives parentales sont citées dans plus de la moitié des situations (absence de repère, immaturité, incidence du mode de vie) (53).

- *Parents adolescents*

Les mères adolescentes présentaient des taux élevés de maltraitance physique(15). Dans 35% des cas, la première grossesse des mères maltraitantes s'est déroulée avant 18 ans et dans des conditions très difficiles (10).

- *Structure Familiale*

Certains enfants vivant avec un seul parent courent un risque plus élevé d'être confrontés à la maltraitance, en regard des enfants vivant avec leurs deux parents (44). Les revenus plus faibles, l'augmentation du stress, le poids global des responsabilités familiales, et les soutiens réduits, favorisent le risque de maltraitance infantile. En effet, les familles connaissant des cas de négligence enregistrent beaucoup de stress dans la vie quotidienne(18). Mais il n'est pas clair de savoir s'ils sont réellement confrontés à plus de stress ou s'ils perçoivent les événements comme plus stressants, le stress réduisant le seuil de tolérance des parents aux difficultés et augmentant les risques de passage à l'acte. Des situations stressantes (chômage, maladie, déménagement, décès) peuvent intensifier hostilité, anxiété, ou dépression.

- *Violence domestique*

Les recherches démontrent que dans 30 à 60 % des familles où existe de la violence maritale, survient également de la maltraitance infantile. Marc, responsable des urgences

médico-judiciaires à Caen, a recensé 5 % de femmes enceintes parmi les victimes ayant porté plainte dans son service. Un chiffre sous estimé puisque une plainte n'est déposée qu'au bout de la septième agression en moyenne(20). De plus, l'O.D.A.S indique en 2006 que, parmi 98000 enfants signalés en danger, les conflits de couple et séparations conflictuelles touchent 21700 enfants et 10400 sont concernés par les violences conjugales soit 11% des enfants signalés. Un chiffre préoccupant confirmant que ces violences ont des répercussions, parfois graves, sur les enfants(53).

4.3. Des facteurs infantiles, que les professionnels doivent prendre en compte

- *Age*

Le pourcentage de cas est plus élevé parmi les enfants, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans et décline au fur et à mesure que l'enfant grandit. Les nouveau-nés et jeunes enfants, vu leur taille, leurs besoins constants sont particulièrement vulnérables à certaines formes de maltraitance, comme le syndrome du traumatisme par secouement et la négligence (5).

- *Handicaps*

Les enfants présentant des handicaps physiques, cognitifs et psychiques ont 1,7 plus de risque d'être confrontés à la maltraitance que les enfants sans handicap. Les enfants perçus comme différents par leurs parents, qui ont des besoins spéciaux, des maladies chroniques ou un tempérament difficile sont plus exposés. Les soins peuvent être lourds, des ruptures dans le processus de lien ou d'attachement peuvent survenir, notamment chez les enfants ne répondant pas aux marques d'affection ou qui ont été séparés des parents par des hospitalisations fréquentes (5).

4.4. Des facteurs environnementaux, axés sur des indicateurs socio-économiques

- *Pauvreté et chômage*

Bien que la grande majorité des personnes en état de pauvreté ne maltraitent pas leurs enfants, la pauvreté induit des probabilités de maltraitance, surtout lorsqu'elle interagit avec d'autres facteurs comme la dépression, l'addiction, et l'isolement. Selon l'O.D.A.S, les difficultés financières n'interviennent que dans 16% des signalements mais est en constante augmentation puisque le nombre d'enfants concernés passe de 12 600 à 16 100 entre 2005 et 2006. (53)

- *Isolement social*

En comparaison à d'autres parents, les parents maltraitants disent subir un grand isolement, solitude et manque de soutien. L'absence de réseau communautaire est un handicap social (17).

- *Violence dans les communautés*

Les enfants qui vivent dans des quartiers dangereux seraient soumis à un risque plus élevé. De plus, certaines attitudes sociétales et la promotion de la violence comme étant la norme culturelle et dans les médias, ont été épinglées comme des facteurs de risque dans la maltraitance physique (4).

4.5. Un repérage primordial pendant la grossesse et la maternité

Une grossesse non ou peu suivie, déclarée tardivement, une non compliance aux examens ou traitements ainsi qu'une plainte somatique importante, persistante et résistante aux traitements doit alerter la sage femme. De même, une grossesse non désirée, un souhait initial d'interruption de grossesse sont des facteurs de risque.

D'autre part, l'absence de verbalisation de l'enfant à naître, la non préparation de sa venue, l'indifférence aux objectivations de l'enfant (pouls fœtal, échographies) sont de signes à repérer.

Les antécédents obstétrico-gynécologiques tels les interruptions volontaires de grossesse répétées, des fausses couches, une interruption thérapeutique de grossesse, une mort fœtale in utéro, un accouchement sous le secret en font partie également. Ils peuvent placer l'enfant à naître dans une situation de remplacement.

Concernant les problèmes médicaux de la grossesse, une multitude de situations sont répertoriées. Des études estiment que 20% des enfants maltraités sont nés prématurément. Le bébé inachevé est différent de l'enfant fantasmé, la mère culpabilise de ne pas avoir mené sa grossesse à terme et vit la prise en charge du bébé par l'hôpital comme témoin de son incapacité (10). L'absence de préparation à la parentalité, le manque de soutien du conjoint et de l'entourage fragilisent encore plus la situation. Un syndrome vasculo-rénal, retard de croissance ou diabète sont source d'hospitalisations longues de la femme ou du bébé et peuvent donc entraver leur relation.

Enfin, une grossesse multiple peut être source d'un stress important suite à l'épuisement, la déformation corporelle. De plus, la naissance des jumeaux est souvent prématurée. L'existence de mauvais traitements à l'égard d'un des deux jumeaux est

fréquente (8). Les aides à la procréation médicale, les stérilités inexplicables sont aussi décrites comme à risque de dégénérer vers une situation de maltraitance.

Certains comportements maternels en salle d'accouchement peuvent faire craindre un dysfonctionnement relationnel. Le désintérêt de la femme par rapport aux gestes techniques, au bien être fœtal, au déroulement du travail ou aux premiers soins du bébé peuvent témoigner du non investissement de la grossesse. Il en est de même en cas d'absence de contact à la naissance, surtout dans les deux premières heures (10).

En suites de couches, certains signes maternels peuvent alerter comme un comportement empreint d'hyperactivité, agressivité, ou une fatigue importante, des insomnies. L'observation du comportement et de l'établissement de la relation mère-enfant est capitale. La difficulté à établir un lien affectif avec le nouveau-né suite à un accouchement difficile, des complications ou la déception car le bébé ne répond pas aux attentes (en raison de son sexe, son apparence, son tempérament) sont des signaux. Il en est de même des commentaires dévalorisant de la mère à propos de son bébé, ou un refus d'effectuer les soins auprès de son enfant. Elle peut aussi ne recevoir aucune visite du père ou de l'entourage et sortir contre avis médical. Les sages-femmes diagnostiquent rarement des violences avérées sur le nourrisson mais elles peuvent être conduites à rencontrer un bébé secoué ou victime de carence de soins. Elles sont aussi les observatrices privilégiées de l'enfant et de sa fratrie en suites de couches.

Finalement nous avons vu que les sages-femmes peuvent légalement signaler un enfant en danger ou en risque de l'être. De plus, elles disposent de moyens à disposition et d'outils. Le repérage qu'il soit médical, social ou psychologique reste l'essence même de la profession de sage-femme. Elles sont donc censées repérer les facteurs de risque de maltraitance. Mais face à ce phénomène de grande ampleur, nous avons voulu savoir ce qu'il en est réellement ?

L'enquête

1. Méthodologie

1.1 Notre problématique

La prévention de la maltraitance infantile selon la loi du 5 mars 2007 doit être précoce, c'est à dire lors de la grossesse et la naissance. Les sages-femmes sont les professionnels privilégiés de ces 2 moments phares. Mais, avec la multiplicité et la technicité des tâches, les sages-femmes n'ont pas les moyens de repérer les « clignotants », ni de reconnaître, valoriser et soutenir les compétences parentales.

1.2 Nos Hypothèses

→ Les sages-femmes connaissent les nouvelles dispositions prises par la loi du 5 mars 2007.

→ Les sages-femmes appliquent la conduite à tenir en cas de repérage d'une situation à risque.

1.3 Description de l'étude

Notre étude est prospective et multicentrique. Elle est constituée de questionnaires dont la distribution s'est effectuée du quinze décembre 2009 au 8 janvier 2010.

1.4 Population ciblée

L'enquête a été menée auprès des sages femmes exerçant en milieu hospitalier, leur intervention précoce dans la relation mère enfant étant privilégiée. Aucun critère d'exclusion n'était retenu.

1.5 Lieux de distribution

L'enquête s'est déroulée dans 17 établissements de santé français au total. Toutes les unités de maternité étaient concernées. Nous avons volontairement choisi des maternités autant publiques que privées, urbaines et rurales afin d'élargir l'étude. Nous avons interrogés les sages-femmes de plusieurs départements car même si la protection de l'enfance est sous la responsabilité de chaque président du conseil général, les grandes dispositions législatives restent les mêmes.

1.6 Structure du questionnaire (Annexe n°3)

Le questionnaire, avant tout anonyme, comprenait 22 questions avec essentiellement des questions à choix multiples ou linéaire (oui/non). Certaines permettent un complément de réponses.

Il se divisait en trois parties.

Dans une première partie, les questions 1 à 5 abordent le profil des sages-femmes interrogées: notamment leur âge, année de diplôme, parcours professionnel. Les questions 6 et 7 s'intéressent à la formation sur ce sujet, que ce soit par formation initiale ou continue. Puis les questions 8 et 9 abordent leur connaissance à propos de la législation récente concernant la protection de l'enfance d'après la loi du 5 mars 2007. Enfin nous voulions savoir par la question 10, si elles estiment avoir un rôle dans la prévention de la maltraitance infantile.

La seconde partie du questionnaire aborde plus précisément les connaissances des sages-femmes à propos de la maltraitance infantile de la question 11 à 16 à savoir les définitions, l'incidence en France, les facteurs de risque, ceci au moyen de questions à choix multiples comprenant de bonnes et de fausses réponses. Ces facteurs de risque ont été regroupés en différents groupes, c'est à dire ceux concernant les critères de vulnérabilité d'une part, les facteurs liés à la grossesse et au post-partum, d'autre part.

La troisième partie abordait la réalité professionnelle de la question 17 à 22. Nous cherchons à savoir si elles ont été confrontées à une situation à risque, si elles ont des outils à leurs dispositions et si ce repérage ne se fait pas, pour quelle raison. De plus nous avons abordé la manière dont elles exercent la prévention, c'est-à-dire que nous voulions vérifier l'application des conduites à tenir et du travail multidisciplinaire.

Une grille d'analyse du questionnaire a été bâtie parallèlement à la construction du questionnaire. (Annexe n°4)

1.7 Modalité de l'enquête

Toutes les sages femmes ont été enquêtées sur leur lieu de travail. Dans un premiers temps nous avons contacté et obtenus l'accord des cadres sages-femmes de chaque maternité par entretien téléphonique emails. Les autorisations de diffusions ont toutes été délivrées avant le 10 décembre 2009. Puis nous avons laissé des questionnaires au sein des maternités en relançant régulièrement les sages-femmes et nous avons utilisé les mails professionnels des sages-femmes dans certaines maternités.

Les questionnaires ont été récupérés par nos propres moyens, par envoi postal grâce aux enveloppes timbrées laissées dans les maternités ou bien par le biais d'étudiants.

1.8 Questionnaires récoltés

Sur 320 questionnaires distribués, 166 ont été récupérés. Le taux de retour est donc de 51,9%. Le taux de récupération des structures employant moins de 10 sages-femmes avoisine les 100% lorsque la cadre s'est elle-même chargée de les faire remplir et de les renvoyer.

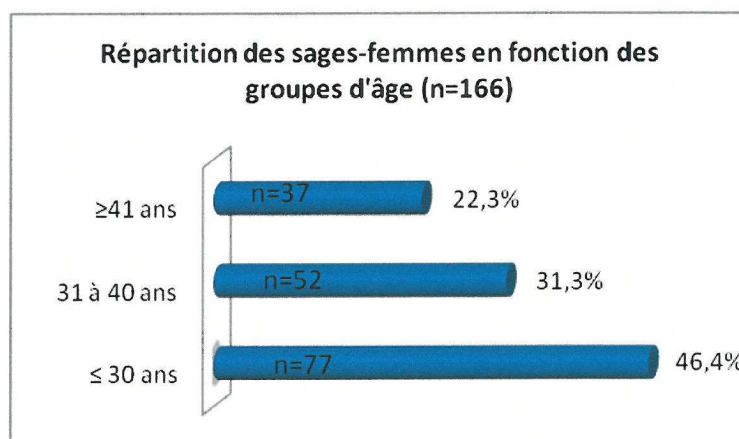
1.9 Les tests statistiques

Les statistiques ont été réalisées avec les logiciels Microsoft Office Excel 2007 et Stata version 7.0. Nous avons eu recours au test statistique du khi-deux pour l'analyse des comparaisons quantitatives. Les résultats sont significatifs pour « p » inférieur à 0,05. La représentation graphique des résultats a été réalisée par le logiciel Microsoft Office Excel 2007.

2. Les résultats

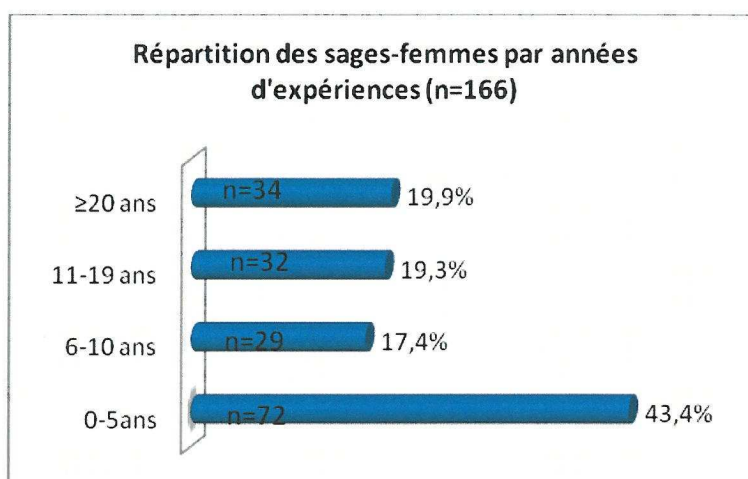
2.1 Connaissance de la population

- *Age*

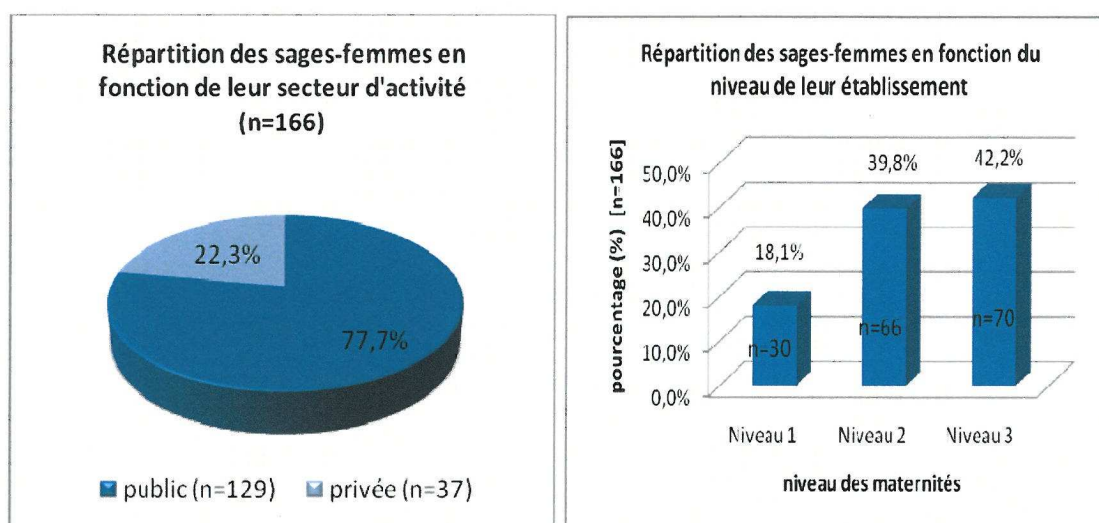


Sur la répartition des sages-femmes en fonction des groupes d'âge, nous constatons que le groupe le plus représenté (46,4%) est celui des ≤ 30 ans.

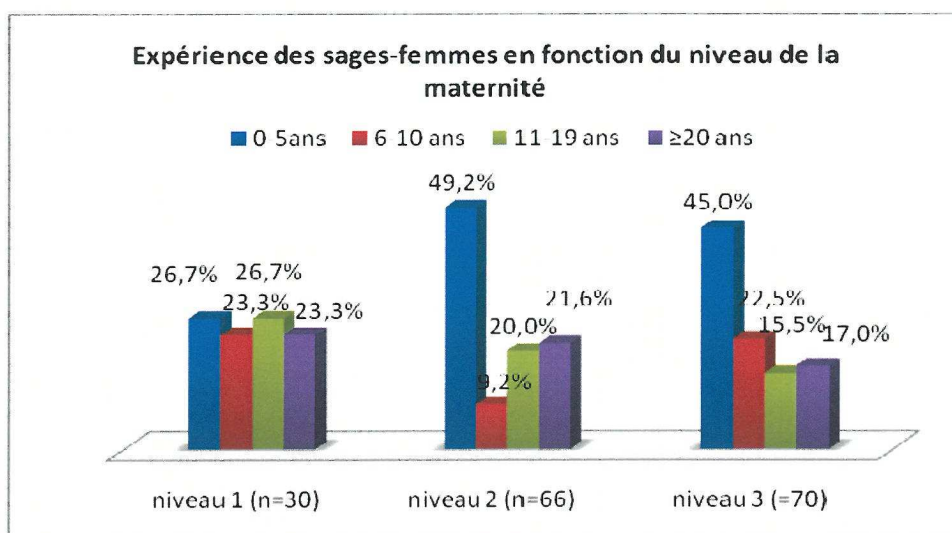
- *Durée d'exercice*



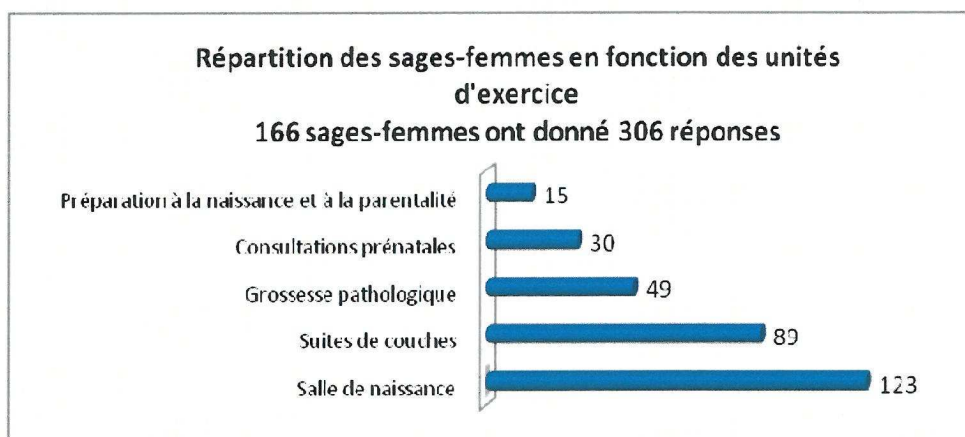
A propos de l'expérience professionnelle des sages-femmes (jugée par le nombre d'années d'exercice), nous constatons que 60,8% (n=101) des sages-femmes ont moins de 10 années d'exercice dont 71,3% ont moins de 5 ans d'expérience.



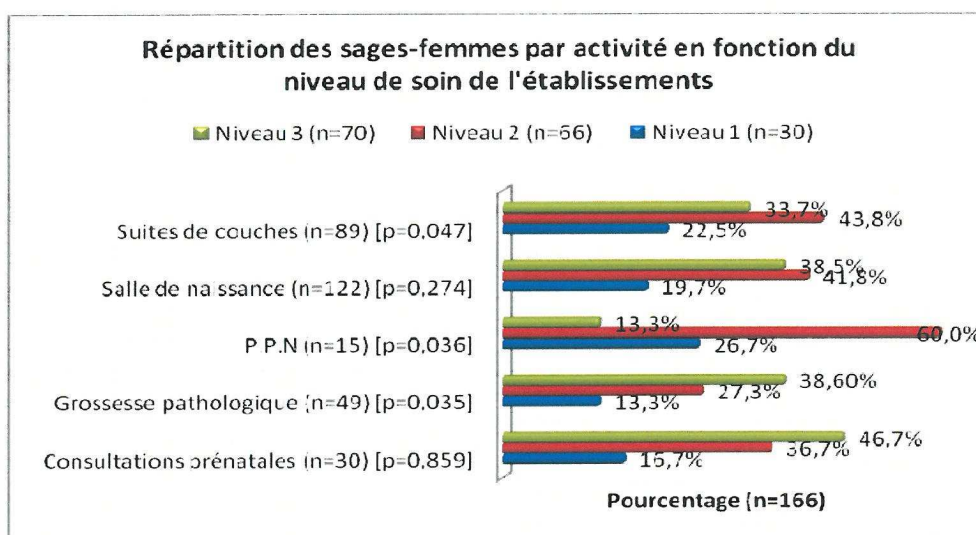
Lorsque nous nous intéressons à l'établissement d'exercice des sages-femmes, nous constatons que les sages-femmes de maternités publiques (78,3%, n=130) et celles de niveau III (42,2% ; n=71) sont les plus représentées.



En comparant l'expérience des sages-femmes avec le niveau des maternités, nous observons une homogénéité au sein des maternités de niveau I, et une prépondérance des jeunes sages-femmes au sein des maternités de niveau II et III. Mais ces résultats ne sont pas significatifs ($p=0.29973$)

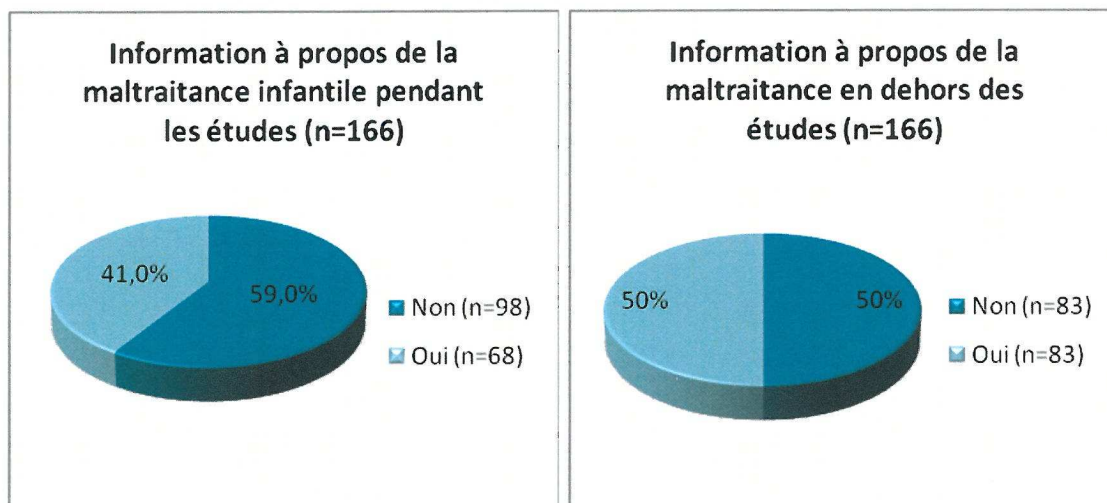


Lorsque nous nous intéressons aux unités d'exercice des sages-femmes interrogées, nous remarquons que la majorité d'entre elles travaillent en salle de naissance ($n=123$ soit 74,1%) et en suites de couches ($n=89$ soit 53,6%) Seulement 30 sages-femmes pratiquent des consultations prénatales soit 18,1%. Nous dénombrons de plus, 34 sages-femmes qui pratiquent l'entretien prénatal précoce soit 24,5% des sages-femmes.



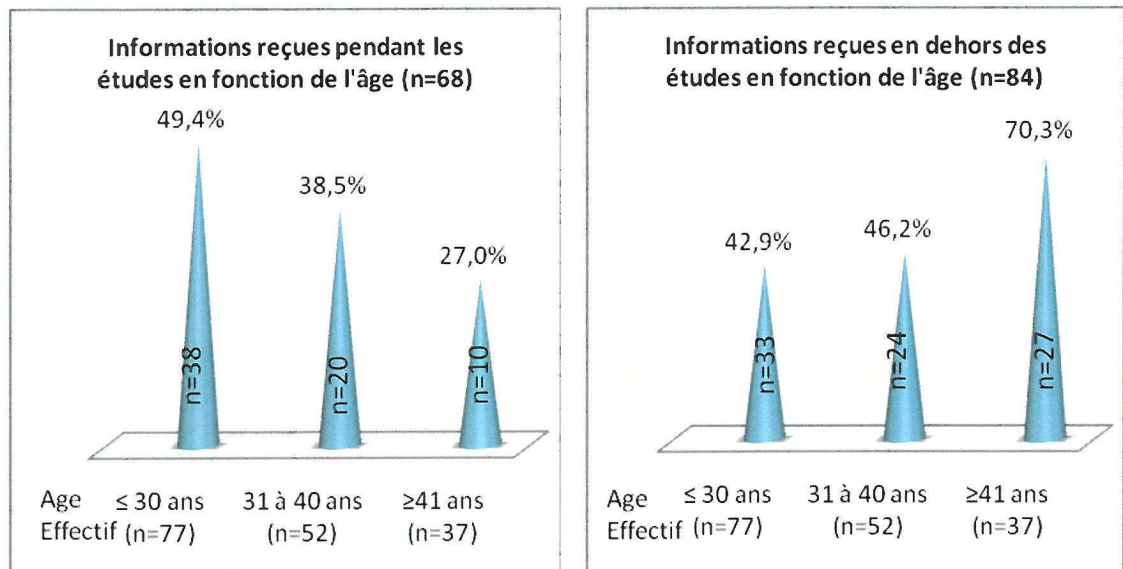
Dans les maternités de niveau III, les sages-femmes, de manière non significative ($p=0,859$), font plus de consultations prénatales que dans les autres structures. Et dans les établissements de niveau III, l'activité en unité de grossesses pathologiques est représentée de manière significative ($p<0,001$).

- *L'information à propos de la maltraitance infantile*



Puis nous avons croisé les deux questions précédentes, et nous constatons que 30,7% des sages-femmes n'ont reçu aucune information à propos de la maltraitance infantile. Mais ces résultats ne sont pas significatifs ($p=0,52783$)

Répartition des sages-femmes en fonction de l'information reçue		
	Effectif (n=166)	Pourcentage (%)
Aucune information	n=51	30,7%
Information pendant et en dehors des études	n=36	21,7%
Information seulement pendant les études	n=32	19,3%
Information seulement en dehors des études	n=47	28,3%

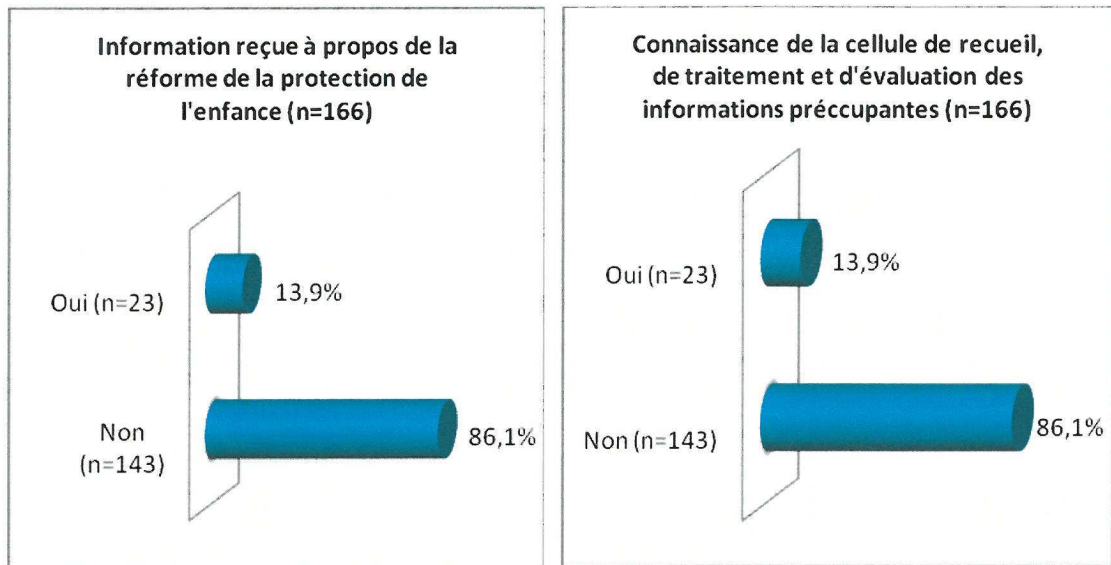


Lorsque nous comparons les informations reçues en fonction de l'âge des sages-femmes, nous constatons que les plus jeunes sages-femmes ont reçu significativement plus d'informations au cours de leur formation ($p=0,00438$). A l'inverse, ce sont les sages-femmes les plus âgées qui ont reçu le plus d'informations en dehors de leurs études et de façon significative ($p=0,00795$).

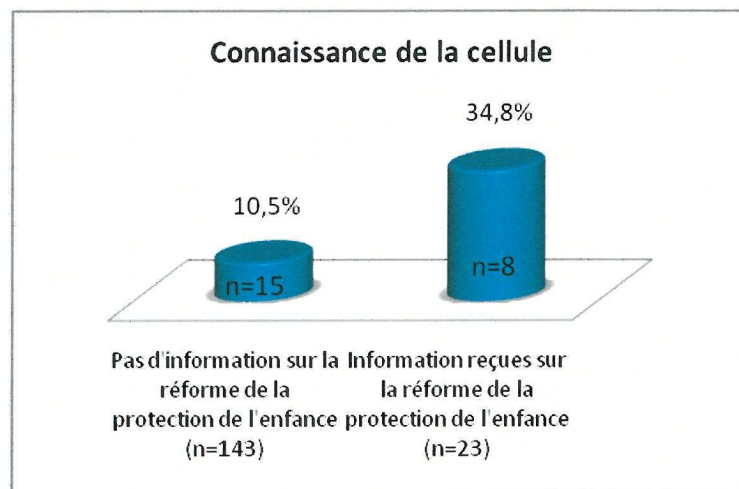
Pour les sages-femmes ayant reçu une information en dehors de leur étude (n=83)	
Formation continue n=21	Information personnelle : 77 sages-femmes ont donné 120 réponses
A votre demande n=13	Conférence n=15
Imposé par l'institution n=0	Littérature n=48
Proposé par l'institution n=8	Médias n=53
	Autres n=4
	→ revue professionnelle n=2
	→ stage dans un centre maternel n=1
	→ métiers d'un parent n=1

Nous constatons que seule 15 sages-femmes ont à la fois effectué une formation continue et eu une information personnelle. Pour les sages-femmes ayant eu une information à propos de la maltraitance infantile en dehors des études, il s'agit majoritairement d'information personnelle de façon significative ($p=0,01380$). Nous remarquons que ce sont les médias qui ont transmis le plus d'informations. Pour les 21 sages-femmes (soit 12,7% de la population) ayant effectué une formation continue sur ce sujet, c'est en majorité à leur demande (n=13 soit 62,0%).

- Réforme du 5 mars 2007



Nous remarquons des chiffres identiques pour ces deux questions, nous nous sommes donc demandé s'il s'agissait des mêmes sages-femmes. Nous avons donc comparé la connaissance de la cellule en fonction des informations reçues sur cette loi.



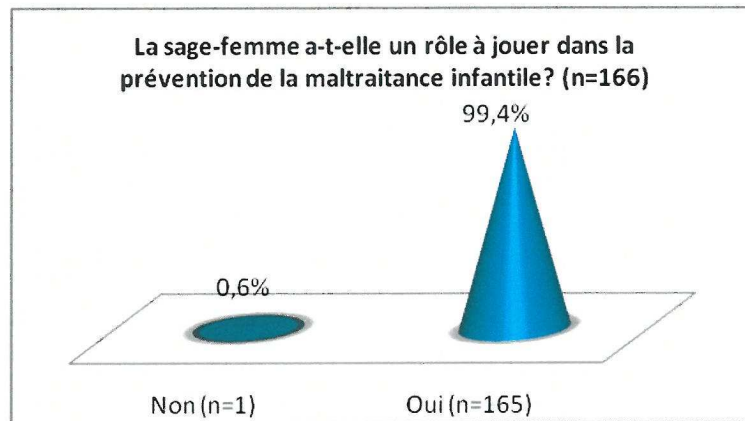
Nous remarquons que ce ne sont pas les mêmes sages-femmes mais les sages-femmes ayant reçues une information sur la réforme de 2007 connaissent davantage la cellule (34,8% vs 10,5%) et de façon significative. (p=0,00503)

Puis, pour les 23 sages-femmes affirmant connaître cette cellule, nous avons voulu en savoir d'avantage :

	Non	Oui
Connaissez-vous son rôle précis?	78,2% (n=18)	21,8% (n=5)
Connaissez-vous ses coordonnées?	87,0% (n=20)	13,0% (n=3)

Nous remarquons donc que la majorité des sages femmes affirmant connaître la cellule de recueil de traitement et d'évaluations des informations préoccupantes ne connaissent ni son rôle précis, ni ses coordonnées.

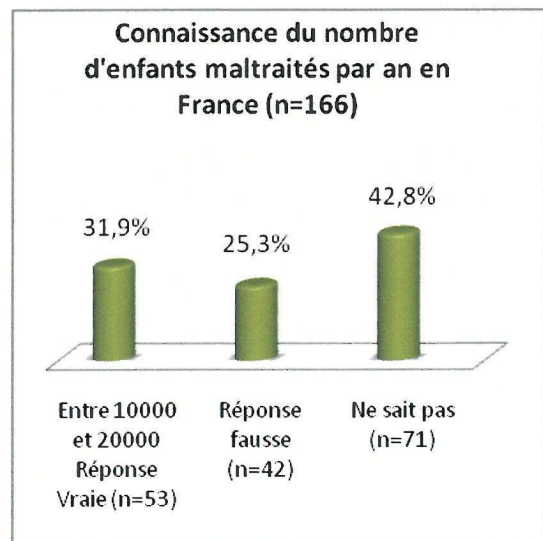
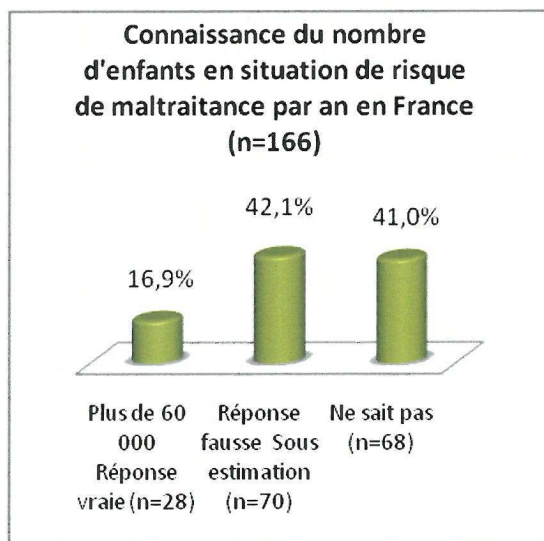
- *Rôle de la sage-femme*



2.2 Le quizz

- *Les chiffres de la maltraitance*

Pour les deux questions abordant les chiffres de la maltraitance, nous avons demandé le nombre d'enfants en situation de risque de maltraitance et le nombre d'enfants maltraités par an en France. Nous avons proposé trois réponses par question ainsi que l'item « je ne sais pas ». Ici nous avons regroupé les sages femmes ayant répondu la bonne réponse, celle ayant donné les réponses fausses et celle ne sachant pas.



Nous avons ensuite regroupé les réponses des sages-femmes sur ces deux précédentes questions.

Connaissance des chiffres de la maltraitance		
	Effectif (n=166)	Pourcentage
"ne sais pas" par deux fois	60	36,1%
Deux réponses fausses	59	35,5%
Une réponse vraie sur deux	36	21,7%
Deux bonnes réponses	11	6,6%

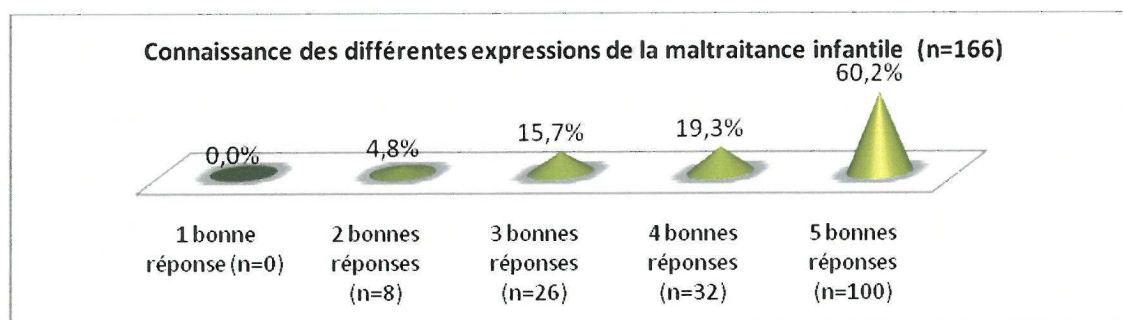
Ainsi lorsque nous interrogeons les sages-femmes sur les chiffres de la maltraitance infantile en France, nous remarquons que 83.1% (soit n=138) des sages-femmes ne connaissent pas le nombre d'enfants en situation de risque chaque année, et 68.1% (soit n=113) ne connaissent pas le nombre d'enfants maltraités chaque année. En s'intéressant aux deux réponses à la fois, nous constatons qu'une minorité des sages-femmes répond correctement par deux fois, soit 11 sages-femmes (6,6%).

- *Expression de la maltraitance*

Nous avons voulu savoir si les sages-femmes connaissaient les différentes expressions de la maltraitance infantile. Pour cela nous leur avons proposé 5 expressions et leur avons demandé de choisir celles qu'elles considéraient vraies. Ainsi les 166 sages femmes ont donné 730 réponses.

	Effectif	Pourcentage de réponses [n=730]	Pourcentage de sages-femmes [n=166]
Violence physique	164	22,5%	98,8%
Abus sexuels	156	21,4%	96,4%
Manque de soins	150	20,5%	94,0%
Manque affectif	127	17,4%	76,5%
Manque d'attention	115	15,8%	71,1%
Autre	18	2,4%	69,3%

Tous les items proposés étant exacts, nous avons ainsi à chercher à savoir le pourcentage de sages-femmes ayant donné toutes les bonnes réponses.



Ainsi, lorsque nous interrogeons les sages-femmes sur leur connaissance des expressions de la maltraitance infantile, nous remarquons qu'une majorité d'entre elles donnent les 5 bonnes réponses (n=100 soit 60.2%)

Cette question laissant la possibilité d'ajouter des expressions de la maltraitance infantile non proposées, 18 sages-femmes ont donné 21 réponses.

Autres expressions de la maltraitance infantile						
Violence verbale	Violence psychologique	Harcèlement moral	Refus de faire suivre sa grossesse	Manque de communication	Humiliation	Malnutrition
10	5	2	1	1	1	1

- *Critères de vulnérabilité*

Pour les questions suivantes, l'énoncé du questionnaire autorisait trois réponses au maximum pour chaque sage-femme. Les 166 sages-femmes interrogées ont répondu.

A propos des facteurs de risque de maltraitance infantile concernant les parents et la famille, nous remarquons que le comportement addictif est cité 117 fois (soit 70,5% des sages-femmes). L'enfance des parents perturbée et les antécédents psychiatriques viennent ensuite en deuxième et troisième position.

	Effectif	Pourcentage de réponses (n=478)	Pourcentage de sages-femmes (n=166)
Comportement addictif	117	24,6%	70,5%
Enfance des parents perturbée	100	20,9%	60,2%
Antécédents psychiatriques	84	17,6%	50,7%
Antécédent d'enfant placé	68	14,2%	41,0%
Difficulté conjugale	58	12,1%	35,0%
Mère adolescente	25	5,2%	15,1%
Vision idéalisée du rôle parental	16	3,3%	0,6%
Femme célibataire	9	1,9%	5,4%
Famille nombreuse	1	0,2%	0,6%
Grande différence d'âge entre les parents	0	0,0%	0,0%
Parent homosexuel	0	0,0%	0,0%
Grossesse chez une femme > 40 ans	0	0,0%	0,0%

Nous avons différencié 3 groupes :

- Groupe 0 = Sages-femmes n'ayant eu aucune information (n=51 ; 30,7%)
- Groupe 1 = Sages-femmes ayant eu un seul type d'information (n= 79 ; 47,6%)
- Groupe 2 = Sages-femmes ayant eu une information à propos de la maltraitance infantile pendant leur étude et en dehors (n=36 ; 21,7%)

Et nous avons comparé les trois premières réponses obtenues dans chacun groupes :

Groupe 0 (n=50)		Groupe 1 (n=80)		Groupe 2 (n=36)	
Comportement addictif	72,5%	Comportement addictif	73,4%	Enfance des parents perturbée	69,4%
Antécédents psychiatriques	51,0%	Enfance des parents perturbée	63,3%	Comportement addictif	61,1%
Enfance des parents perturbée	49,0%	Antécédents psychiatriques	54,4%	Antécédents psychiatriques	41,7%
Antécédent d'enfant placé	49,0%	Antécédent d'enfant placé	36,7%	Antécédent d'enfant placé	38,9%

Pour les facteurs de risque environnementaux, c'est l'isolement et la précarité financière qui sont cités majoritairement puisque respectivement par 129 et 114 sages-femmes.

	Effectif	Pourcentage de réponses (n=386)	Pourcentage de sages-femmes (n=166)
Isolement	129	33,4%	77,8%
Précarité financière	114	29,6%	68,7%
Logement précaire	76	19,7%	45,8%
Chômage	46	11,9%	27,8%
Haut revenu	11	2,8%	6,6%
Entourage surprotecteur	8	2,1%	4,8%
Parent d'origine étrangère	2	0,5%	1,2%

Concernant les facteurs de risque de la maltraitance infantile spécifiques à la grossesse, c'est une grossesse peu suivie qui est citée par une grande majorité des sages-femmes interrogées (142 soit 85,5%).

	Effectif	Pourcentage de réponses (n=472)	Pourcentage de sages-femmes (n=166)
Grossesse peu suivie	142	30,1%	85,5%
Grossesse déclaré tardivement	105	22,2%	63,3%
Rupture avec le conjoint	8	20,9%	59,0%
Grossesse sous contraception	53	11,2%	32,0%
Prématurité	51	10,8%	30,8%
Grossesse multiple	12	2,5%	7,2%
Hospitalisation prénatale longue	11	2,3%	6,6%

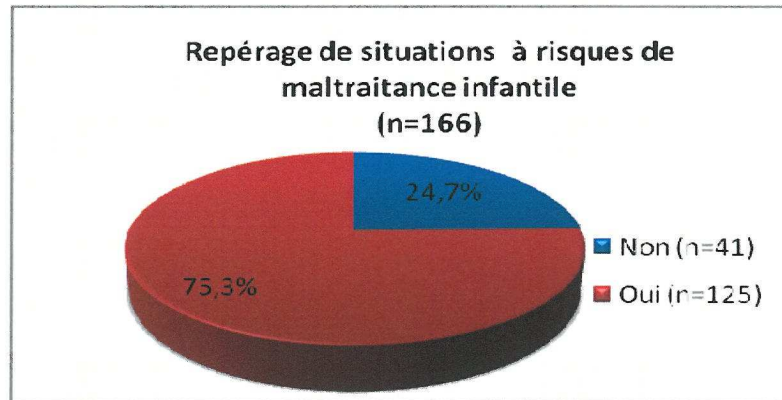
Concernant les facteurs de risque de la maltraitance infantile en suites de couches, les sages-femmes ont cité en majorité les commentaires dévalorisant l'enfant par sa mère, et une mère indifférente.

	Effectif	Pourcentage de réponses (n=490)	Pourcentage de sages-femmes (n=166)
Commentaires dévalorisant l'enfant	135	27,6%	81,3%
Mère indifférente	134	27,3%	80,1%
Mère ne participant pas aux soins	95	19,3%	57,2%
Mère agressive	85	17,3%	51,2%
Longue période à la crèche	14	2,9%	8,4%
Aucune visite de l'entourage	14	2,9%	8,4%
Mère hyperactive	13	2,7%	7,8%

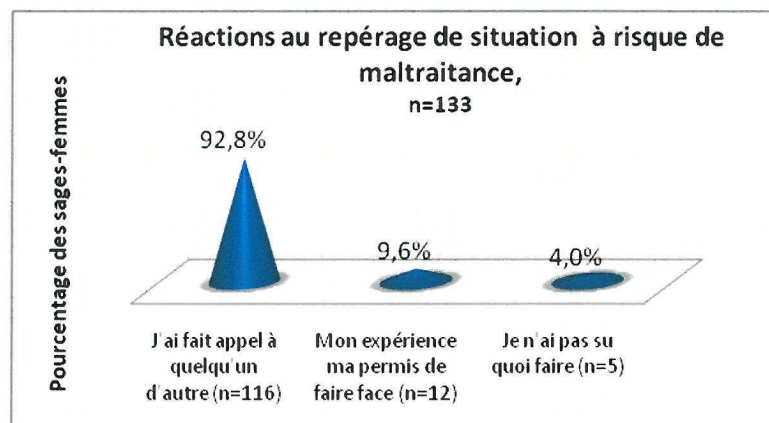
2.3 Expérience des sages-femmes

- *Le repérage*

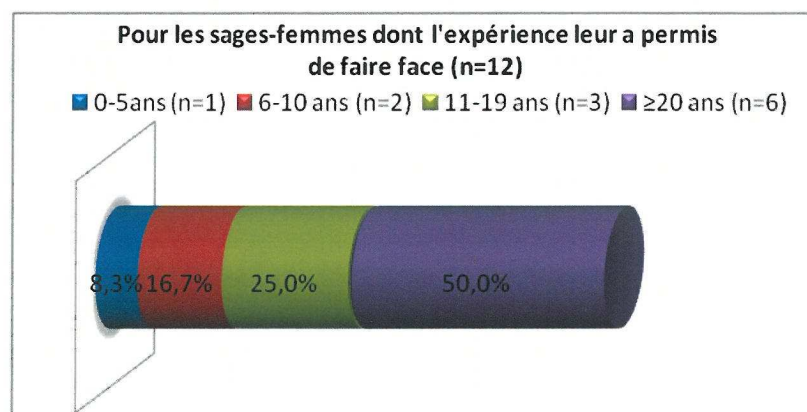
Nous avons voulu savoir si les sages-femmes avaient déjà repéré une situation à risque de maltraitance infantile durant leur expérience professionnelle.



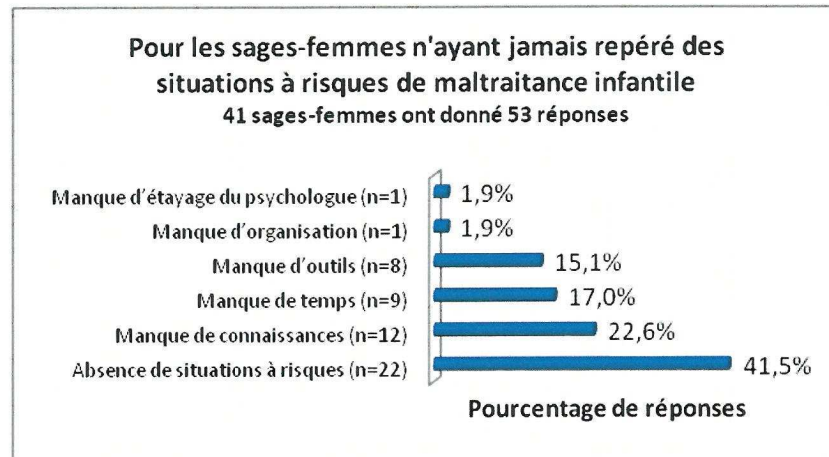
Puis nous nous sommes intéressés aux réactions des sages-femmes face à ce repérage. Les 125 sages-femmes ont donné 133 réponses.



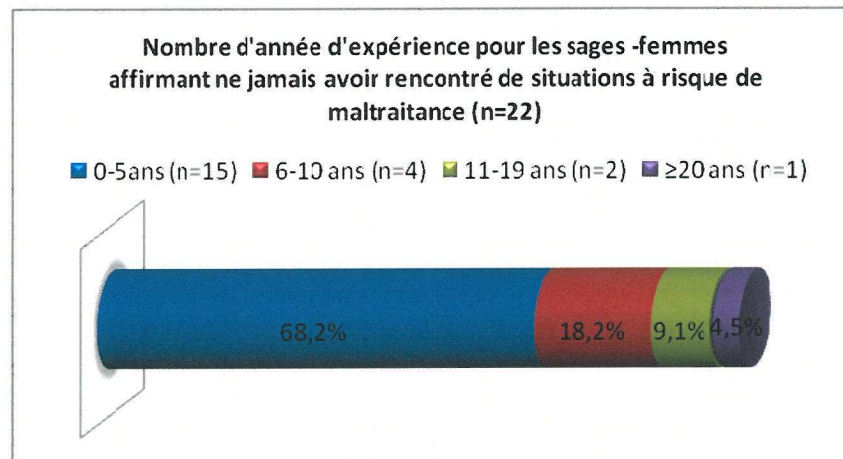
Pour les sages-femmes ayant répondu que leur expérience leur a permis de faire face, nous avons voulu croiser avec leur nombre d'années d'exercice professionnelle.



Nous observons que ce sont majoritairement les sages-femmes ayant le plus d'année d'expérience professionnelle qui se sont servis de leur expérience pour faire face, et de façon significative ($p=0.010$)



Parmi les 41 sages-femmes n'ayant jamais repéré de situations à risque de maltraitance infantile, 41,5% attribuent cela à l'absence de situations à risque. Nous avons donc corrélé avec l'expérience des sages-femmes.

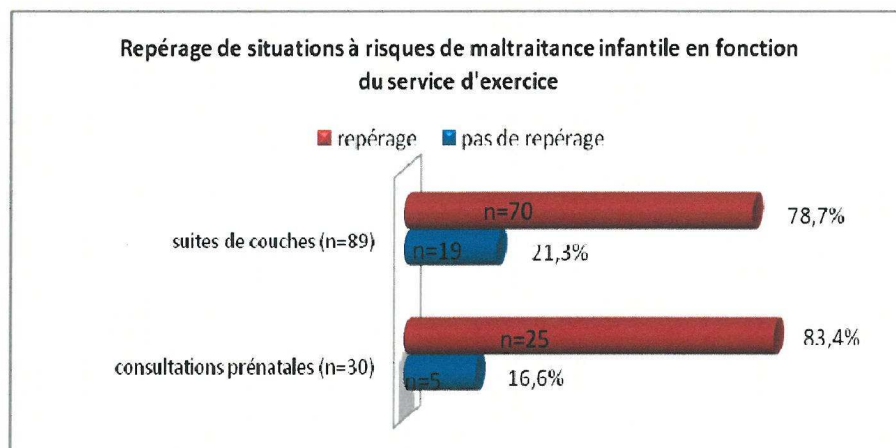


Nous constatons que parmi les 22 sages-femmes affirmant n'avoir jamais rencontré de situations à risque de maltraitance, ont à 86,4% ($n=19$) ont moins de 10 années d'expérience professionnelle mais de façon non significative ($p=0.050$)

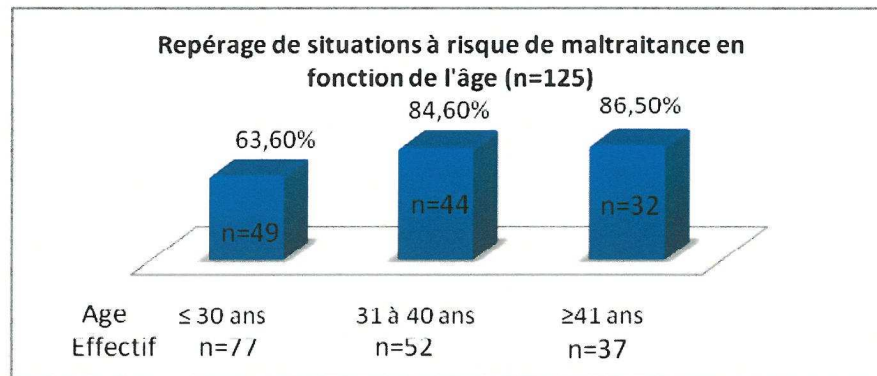
Puis pour les 116 sages-femmes ayant répondu que face à une situation à risque de maltraitance infantile, elle faisait appel à quelqu'un d'autre, nous leur avons demandé de spécifier à qui dans une question à réponse ouverte. Ainsi 116 sages-femmes ont donné 224 réponses.

	Effectif	Pourcentage de réponses (n=224)	Pourcentage de sages-femmes (n=116)
P.M.I	69	30,8%	59,5%
Psychologue	56	25,0%	48,3%
Assistante sociale	49	21,9%	42,2%
Pédiatre	13	5,8%	11,2%
Puéricultrice	11	4,9%	9,5%
Aux collègues	8	3,6%	6,9%
La cadre du service	7	3,1%	6,0%
Psychiatre	6	2,7%	6,2%
Aide sociale à l'enfance	3	1,3%	2,6%
Procureur	2	0,9%	1,7%

Nous avons comparé les sages-femmes ayant déjà repéré une situation à risque de maltraitance infantile avec le service où elles exercent.

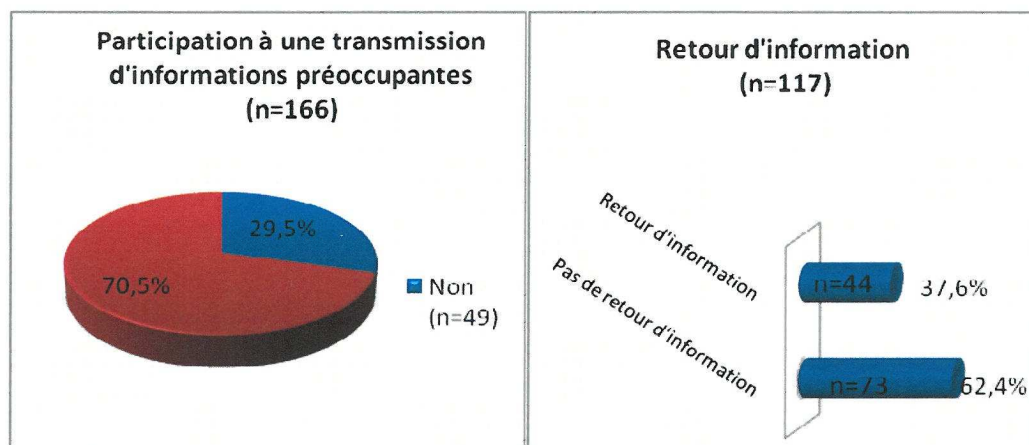


Nous constatons que le repérage se fait quasiment dans la même proportion en suites de couches et en consultations prénatales mais de façon non significative. (p=0.58442)



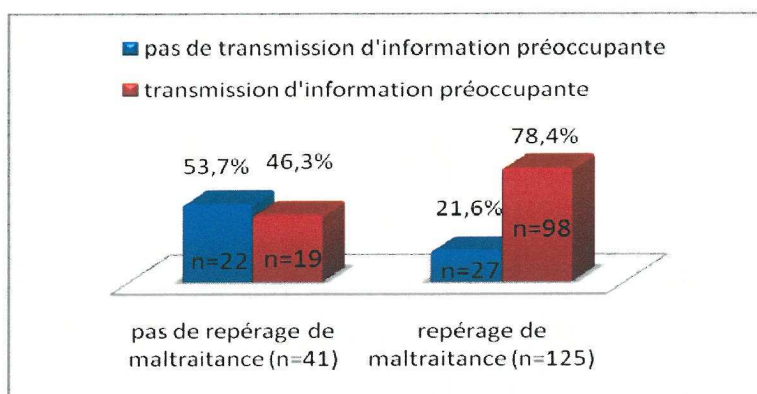
En comparant cette fois l'âge des sages-femmes ayant déjà repéré des situations à risque de maltraitance infantile, nous nous apercevons que plus elles sont âgées, plus elles repèrent et de façon significative. ($p=0.00512$)

- *Transmission d'information préoccupante*



70,5% (n=117) des sages-femmes ont déjà participé à une transmission d'informations préoccupantes. Parmi elles, 62,4% n'ont pas eu de retour d'information.

Nous avons ensuite croisé le repérage de situation à risque avec la transmission d'informations préoccupantes.



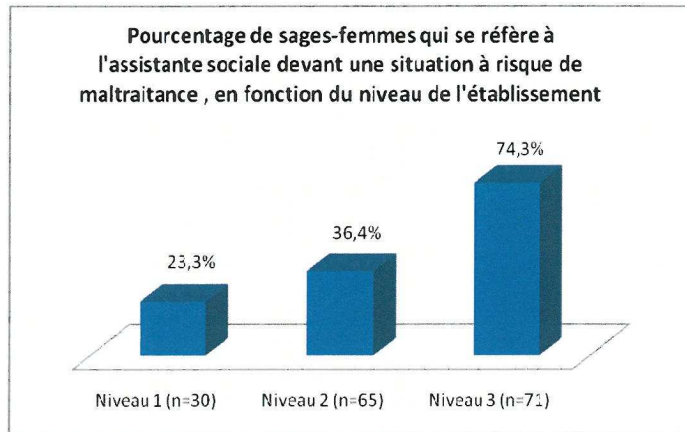
Nous constatons que 21,6% des 125 sages-femmes ayant déjà repéré une situation à risque de maltraitance n'ont jamais participé à une transmission d'information préoccupante. A l'inverse, 46,3% des sages-femmes n'ayant jamais repéré une telle situation a participé à une transmission d'informations préoccupantes et de façon significative ($p=0,000208$)

- *La démarche*

Nous avons demandé aux sages-femmes quelles étaient leurs démarches face à une situation à risque de maltraitance infantile, puis plus spécifiquement leur démarche en tant que sage-femme. Pour ces deux questions, trois réponses maximum étaient admises. Ainsi pour la première les 166 sages-femmes ont donné 481 réponses et pour la deuxième, elles en ont donné 453.

Démarche devant une situation à risque de maltraitance infantile			
	Effectif	Pourcentage de réponses (n=481)	Pourcentage de sages-femmes (n=166)
Contacter le service de P.M.I	138	28,7%	83,1%
Le noter dans le dossier médical	105	21,8%	63,3%
En référer à l'assistante sociale	83	17,2%	50,0%
En référer à la psychologue	67	14,0%	40,4%
Contacter le pédiatre	43	9,0%	26,0%
Transmission d'information préoccupante	35	7,3%	21,2%
Autre	5	1,0%	3,0%
Signalement au procureur	3	0,6%	1,8%
Contacter l'obstétricien	2	0,4%	1,2%
Ne sait pas	0	0,0%	0,0%

Nous avons regardé dans chaque niveau d'établissement le pourcentage de sage-femme faisant appel à l'assistante sociale devant ce type de situation.

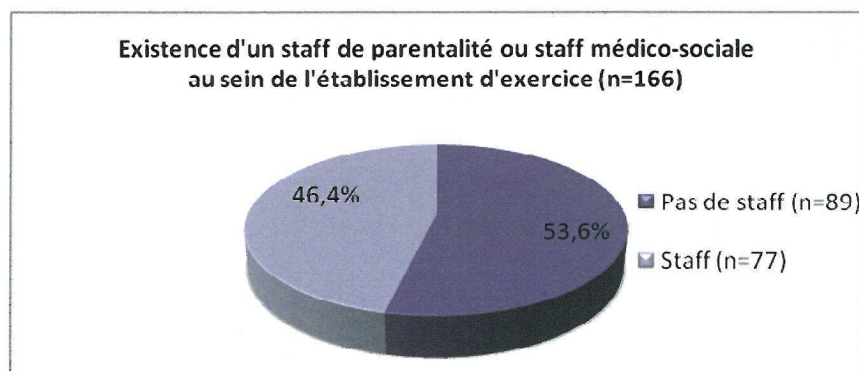


Ayant la possibilité d'ajouter une réponse non proposée, 2 sages-femmes ont répondu qu'elles allaient en parler à la cadre du service, et 3 sages-femmes ont répondu utiliser les transmissions orales.

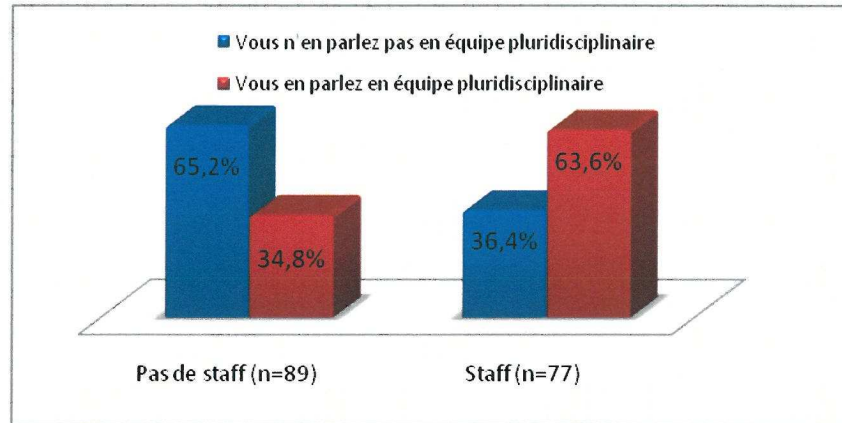
Démarche en tant que sage-femme devant une situation à risque chez une femme enceinte			
	Effectif	Pourcentage de réponses (n=453)	Pourcentage de sages-femmes (n=166)
Contacter la P.M.I	125	27,6%	75,3%
En parler en équipe pluridisciplinaire	80	17,6%	48,2%
Proposer l'aide du psychologue	67	14,8%	40,4%
Proposer un entretien prénatal précoce	62	13,7%	37,3%
Proposer l'aide de l'assistance social	62	13,7%	37,3%
Inciter la femme à participer à une P.N.P	57	12,6%	34,3%

Lorsque nous demandons spécifiquement leur démarche en tant que sage-femme devant une telle situation, là encore elles citent majoritairement l'appel aux services de la P.M.I. Nous remarquons que l'entretien prénatal précoce et la participation à une préparation à la naissance sont cités par respectivement 57 et 62 sages-femmes.

- *Staff de parentalité*

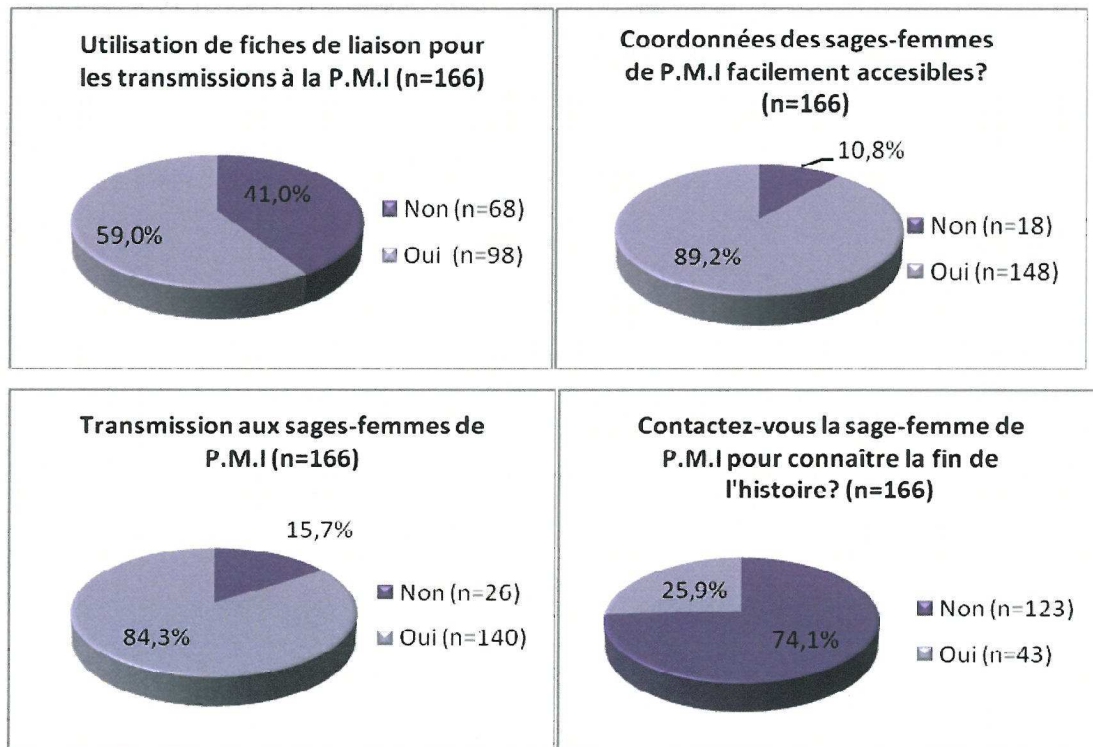


En s'intéressant à la présence d'un staff de parentalité ou staff psycho-social dans l'établissement, 53,6 % des sages-femmes (soit n=77) affirme sa présence. Nous nous sommes demandé si elles correspondaient aux 80 sages-femmes qui dans la question précédente nous ont répondu parler en équipe multidisciplinaire des situations à risque de maltraitance infantile. Nous avons donc croisé ces deux questions.



Nous constatons que ce ne sont pas les mêmes sages-femmes. Néanmoins, il y a davantage de sages-femmes qui disent en parler en équipe pluridisciplinaire parmi les sages-femmes ayant un staff de parentalité dans leur établissement que parmi celles n'ayant pas de staff (63,9% vs 34,8%) et de façon significative ($p=000212$)

- *Liens avec la P.M.I*



Nous avons noté que parmi les 140 sages-femmes ayant répondu effectuer des transmissions aux sages-femmes de P.M.I, 6 ont ajouté à coté de la question le mot « puéricultrice » Nous supposons que ces sages-femmes effectuent des transmissions aux puéricultrices de P.M.I.

- *La démarche en suites de couches*

Nous avons demandé aux sages-femmes leurs démarches en suites de couches face à une situation à risque de maltraitance infantile. Les sages-femmes pouvaient répondre 3 réponses maximum. Toutes les sages-femmes ont répondu. Ainsi 166 sages-femmes ont donné 472 réponses.

Démarche en suites de couches devant une situation à risque de maltraitance infantile			
	Effectif	Pourcentage de réponse (n=472)	Pourcentage de sages-femmes (n=166)
Soutien, écoute, dialogue	154	32,6%	92,8%
Encadrement	107	22,7%	64,4%
Observation, surveillance	103	21,8%	62,0%
Allongement de l'hospitalisation	88	18,6%	53,0%
Autre	13	2,8%	7,8%
Garder le bébé en crèche la nuit	7	1,5%	4,2%
Evitement	0	0%	0,0%
Aucune	0	0%	0,0%

L'item « autre », a permis à 13 sages-femmes de nous répondre d'autres démarches non proposées.

Organiser des rencontres en groupe	1
Hospitalisation à domicile	3
Entretien avec le psychologue du service	1
Favoriser la prise de contact ou la rencontre entre la femme avec la puéricultrice de la P.M.I/ transmission à la puéricultrice de P.M.I	5
Valorisation de la mère dans son rôle de mère	1
Valoriser l'allaitement maternel	1
Inclure d'avantage le père	1

Discussion

Cette étude nous a permis d'étudier la mise en place de la loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, au sein des maternités. Nous avons par ailleurs, exploré le rôle des sages-femmes hospitalières dans la mise en œuvre de la prévention de la maltraitance infantile. Un état des lieux des connaissances des sages-femmes dans ce domaine a pu être évalué, ainsi que leurs pratiques en matière de prise en charge de situations à risque. Peu d'études sont disponibles, les données françaises sur les pratiques médicales concernant la prévention de la maltraitance infantile restent quasi inexistantes.

Notre population est jeune. En effet : 77 sages-femmes (46,4%) ont moins de 30 ans tandis que seulement 37 (22,3%) ont plus de 40 ans. L'explication peut être donnée par l'augmentation du numérus clausus progressive des études de sages-femmes depuis 2001. L'augmentation de ce quota d'entrée a été instaurée avec la vague de départs en retraite. Ainsi, l'embauche de nouvelles diplômées est venue contrebalancée ces départs. D'ailleurs, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes écrivait en 2003, que la profession connaissait un début de vieillissement. Celui-ci devrait faire apparaître une augmentation du nombre de sorties d'activité pendant une quinzaine d'années avant de se stabiliser (23). Le rapport de l'A.R.H, sur la démographie des professions de santé en Haute-Normandie en 2008, nous informe qu'un pic de départs en retraite est prévu en 2010 pour notre profession (40).

L'expérience professionnelle (en nombre d'années d'exercice) tend aussi à nous confirmer ce constat. Il n'est ainsi pas étonnant, d'observer que 60,8% des sages-femmes ont moins de 10 ans d'expérience. A l'opposé, seulement 19,9% des sages-femmes ont atteint les 20 années d'expérience. La majorité des sages-femmes, exerçant actuellement dans les établissements hospitaliers, est jeune et a peu d'expérience.

Nous observons par ailleurs une surreprésentation des sages-femmes du public. En effet, 129 sages-femmes (77,7%) exercent dans le secteur public. Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes dénombrait en 2003, 8758 (72,5%) sages-femmes en établissements publics et 3330 sages-femmes en établissement privé (23). Nous retrouvons donc, des proportions dans le même ordre de grandeur. Ceci est à mettre en parallèle avec l'activité du public qui augmente, alors que le nombre d'accouchements pratiqués dans le secteur privé a chuté au cours des trente dernières

années, ne représentant plus aujourd'hui qu'un tiers de l'activité obstétrique, contre environ 45 % dans les années 70 (43).

Nous remarquons aussi une faible représentation des sages-femmes de niveau I (18,1%). Le décret périnatalité de 1998 a défini plusieurs niveaux de maternité, destinés à prendre en charge les grossesses en tenant compte du niveau de risque périnatal. Or la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S) dénombrait en 2005, 53,2% de maternités de niveau I, prenant en charge 35% des accouchements (25). Il y a donc une majorité de maternités de niveau I en France, prenant en charge moins d'accouchements et donc employant peut être moins de sages-femmes que les maternités de niveau plus élevé. De plus, nous avons ressorti de notre étude au sein des maternités de niveau II et III, une prédominance des jeunes sages-femmes (49,2% et 45%) alors que s'équilibrent les différentes classes d'âges en niveau I. Cependant ces résultats ne sont pas significatifs. ($p=0,299$)

Les champs de compétence des sages-femmes, définis par le code de déontologie, permettent à ces professionnelles d'exercer dans différentes unités de soins. Ce sont les sages-femmes de niveaux III (46,7%) qui font le plus de consultations prénatales. De même, l'unité de grossesse à haut risque concerne majoritairement les sages-femmes de niveau III (38,6%) de manière significative ($p=0,035$). Ces résultats sont explicables par la définition même des niveaux de soins, qui déterminent ainsi certaines activités non retrouvée dans tous les niveaux.

L'information concernant la maltraitance infantile a été reçue par 59% des sages-femmes durant leur formation initiale. Et plus les sages-femmes sont jeunes, plus elles ont significativement reçu cette information ($p=0,004$). Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'un enseignement dans le cadre des actions de prévention dans le domaine de la santé de l'enfant intitulé « Maltraitance et enfance en danger » est décrit au programme des études de sages-femmes du 11 décembre 2001. L'information des sages-femmes semble donc s'être améliorée avec les années. Quant aux informations en dehors des études, elles concernent 50% de notre population. Plus les sages-femmes sont âgées, plus elles en ont reçues significativement ($p=0,007$) mais elles sont les moins nombreuses au sein des maternités.

La formation médicale continue est une obligation déontologique qui doit permettre à toutes sages-femmes d'entretenir et de compléter sa formation dans tous les domaines intéressant son exercice. Seulement 21 sages-femmes en ont effectué une sur la maltraitance infantile. Nous savons qu'il existe une multitude de thèmes de formation continue permettant de mettre à jour ses connaissances. La formation continue relève à la fois de la responsabilité individuelle mais repose aussi sur la responsabilité collective de la profession. D'ailleurs, parmi les 21 sages-femmes ayant effectué une formation sur ce sujet de santé publique, 8 l'ont effectuée sur proposition de l'établissement. Par ailleurs, nous avons constaté le rôle important des médias et de la littérature.

Les expressions de la maltraitance sont connues par une grande majorité des sages-femmes qui ne la réduisent pas à ses formes les plus connues. En effet, 60,2% ont coché les 5 réponses proposées comprenant, la violence physique, les abus sexuel, le manque de soin, le manque affectif et le manque d'attention. D'ailleurs 95,2% ont au moins donné 3 réponses et 18 sages-femmes ont même ajouté d'autres expressions de la maltraitance non proposées dans le questionnaire. La "mal-traitance", le fait de ne pas "traiter" correctement, ou encore de ne pas "prendre soin de ..." regroupe effectivement plusieurs facettes, plus ou moins visibles et cela ne facilite pas le repérage. Le fait qu'elles connaissent ces expressions nous laisse à penser, qu'elles sont susceptibles de ne pas omettre de dépister certaines situations de maltraitance.

Les facteurs de risque sont des éléments nécessaires au repérage. En effet, nous parlons bien ici de prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance. Elle n'est donc pas visible, mais suspectée par un faisceau de signes d'appels. Ainsi Sivek affirme que pour faire progresser la prise en charge de l'enfance en danger, il faut travailler en amont et ne pas se concentrer uniquement sur les cas de maltraitance avérée (20). Nous pouvons émettre une critique à propos de notre étude. Nous avons fait le choix de questions uniquement sous forme de Q.C.M dans notre questionnaire afin de faciliter l'exploitation. Les réponses proposées ont peut-être aidées aux bons résultats par réactualisation de la mémoire. Pour chaque question, 3 réponses maximum ont été demandées sans les hiérarchiser, ce qui aurait pu être intéressant. Néanmoins, nous constatons que la majorité d'entre elles a choisi de cocher 3 réponses et non moins, d'où une certaine conscience de la multitude de facteurs de risque.

Concernant les parents et les familles, les trois premiers facteurs cités sont un comportement addictif, l'enfance des parents perturbée et les antécédents psychiatriques. Ce sont bien des facteurs de risque retrouvés dans la littérature, puisque des études suggèrent notamment que l'abus de substances illicites pourrait être un facteur contribuant à un ou deux tiers des cas de maltraitance infantile (18). La quatrième réponse est l'antécédent d'enfant placé, nous remarquons qu'elles connaissent le phénomène de la répétition. En effet, une femme ayant déjà un enfant placé ou ayant subi elle-même une enfance perturbée est à risque de reproduire des violences sur ce nouvel enfant (14).

Nous avons aussi différencié 3 groupes :

- Groupe 0 = Sages-femmes n'ayant eu aucune information (n=51 ; 30,7%)
- Groupe 1 = Sages-femmes ayant eu un seul type d'information (n= 79 ; 47,6%)
- Groupe 2 = Sages-femmes ayant eu une information à propos de la maltraitance infantile pendant leur étude et en dehors (n=36 ; 21,7%)

Il est intéressant de signaler que les 4 premiers facteurs les plus fréquemment cités sont les mêmes dans ces trois groupes. Cette connaissance ne dépend donc pas de la formation des sages-femmes, il semblerait plutôt qu'elle puisse provenir des connaissances générales, de l'expérience ou bien de l'intuition. Mais au quotidien, sont-ils effectivement recherchés pour chaque femme enceinte ?

Concernant les facteurs de risque environnementaux, nous constatons aussi qu'elles connaissent les principales situations sociales à risque de maltraitance : l'isolement, la précarité, un logement précaire. D'après l'O.D.A.S, les difficultés financières sont en constante augmentation dans les signalements. En effet, le nombre d'enfants concernés passe de 12 600 à 16 100 entre 2005 et 2006 (53).

Pour les facteurs spécifiques à la grossesse, une fois encore, elles connaissent les plus évidents comme une grossesse peu suivie ou déclarée tardivement. Par contre, la prématurité ne constitue que 10,8% des réponses alors qu'en France, 20% des enfants maltraités sont né prématurément (10). Nous attendions davantage cette réponse étant donné la surreprésentation des sages-femmes de niveau III.

En suites de couches, les facteurs interpellant les sages-femmes sont ceux concernant l'attitude de la mère, c'est-à-dire ses commentaires dévalorisant, son indifférence, sa non participation aux soins.

D'autres situations à risque comme le célibat, une grossesse multiple, une hospitalisation prénatale longue n'ont ainsi été retenues que par quelques sages-femmes.

Les chiffres de la maltraitance sont mal connus. En effet, 41% des sages-femmes disent ne pas savoir le nombre d'enfants en situation de risque de maltraitance et 42,8% affirme ne pas connaître le nombre d'enfants maltraités chaque année en France. De plus, 42,1% sous-estiment le nombre d'enfants en risque de maltraitance. Le phénomène des enfants à risque semble être moins connu, mais la maltraitance est aujourd'hui plus médiatisée et donc mieux connue que les risques de maltraitance. Plus de la moitié des sages-femmes ne connaît pas l'ampleur du problème. Ceci correspond à ce que Vergne, pédiatre au CHU de Rouen, appelle l'ignorance de l'ampleur réelle du phénomène et donc une sous estimation de la maltraitance. Il ajoute qu'aujourd'hui il y a une augmentation des signalements, expliquée par une meilleure information du public et des professionnels. Mais cela ne signifie probablement pas qu'il y ait une augmentation du phénomène (27).

Nous avons donc constaté de bonnes connaissances générales sur la maltraitance infantile et il est clair que les sages-femmes connaissent les situations à risque même si elles connaissent mieux les facteurs de risque de maltraitance infantile les plus évidents, les plus médiatisés. En revanche, elles sous-estiment le phénomène.

Le repérage de situations à risque de maltraitance a concerné 75,3% (n=125) des sages-femmes. Ce chiffre important peut avoir plusieurs significations. D'une part, il peut être le reflet de l'ampleur du phénomène en France. D'autre part, il peut signifier que les sages-femmes sont attentives, observent et repèrent, mais devant leur sous-estimation du phénomène nous émettons un doute. Nous avons aussi demandé aux 125 sages-femmes qui ont déjà fait des repérages, le nombre de situations rencontrées. Seule 58 sages-femmes ont répondu un chiffre. Le minimum est d'une fois, le maximum de 55 fois. Et la moyenne est de 5,8 fois. Les sages-femmes rencontrent donc plusieurs fois ce type de situation et ce d'autant plus qu'elles ont une longue expérience ($p=0,005$). Les autres n'ont pas répondu, ont écrit un point d'interrogation ou « beaucoup » « nombreuses fois » ce qui n'est pas interprétable. Notre étude ne nous permet pas d'apprécier qualitativement et quantitativement le repérage de situations à risque puisque les réponses des répondants reposent sur la subjectivité et sur leurs sentiments à posteriori. Nous constatons que les sages-femmes sont manifestement peu ou pas sensibilisées à la culture de l'évaluation. En effet, les termes employés ne sont pas

quantifiables. Une piste d'amélioration semble envisageable pour mener à bien une politique de changement, basée sur un état des lieux objectivable et fiable.

Les sages-femmes n'ayant pas réalisé de repérage sont jeunes et expliquent cela pour 41,5% des réponses par l'absence de situations à risque. Deux hypothèses se posent alors : soit elles n'ont effectivement pas rencontré ce type de situation, soit elles n'en ont pas fait le repérage. Néanmoins pour 17% des réponses, elles justifient ce non repérage par un manque de temps et pour 22,6% à un manque de connaissance.

Vu sous l'angle du service d'exercice, nous nous apercevons d'un fait intéressant mais non significatif (0,584) : les sages-femmes repèrent dans un même ordre de grandeur que ce soit en suites de couches (78,7%) ou en consultations prénatales (83,4%). Il est probable que le repérage en suites de couches est facilité du fait d'un travail souvent réalisé en amont dans les unités de soins en partenariat avec les acteurs de la périnatalité.

Une grande majorité (92,8%) des sages-femmes ayant réalisé un repérage fait appel à un autre professionnel. Les spécialistes de la protection de l'enfance estiment primordial de travailler en équipe et d'assurer des relais (20). Le retour d'information suite à une transmission d'informations préoccupantes n'est retrouvé que pour seulement 37,6%. De plus 74,1% affirment ne pas contacter la P.M.I pour connaître la fin de l'histoire lorsqu'un lien a été réalisé. Or il est difficile pour les intervenant d'améliorer les connaissances de leurs pratiques sans retour d'information. Un travail en réseau sur le mode collaboratif semble pourtant primordiale dans un système de soin de qualité, permettant d'anticiper les prises en charges psycho-sociales lors de grossesses futures.

Les professionnels sollicités sont la P.M.I pour 59,5% de la population étudiée, puis le psychologue (48,3%) et l'assistante sociale (42,2%). L'accompagnement psychologique et social a en effet toute son importance. Mais ayant une surreprésentation de sage-femme de niveau III, nous pouvons nous demander si les protocoles de service des maternités de ce niveau n'indiquent pas systématiquement le recours à ces professionnels dans ce type de situations. En effet, le psychologue et l'assistante sociale sont souvent très présents dans ces maternités. Pour interpréter ces réponses, deux hypothèses nous viennent à l'esprit. Soit elles sont sensibles au travail en équipe pluridisciplinaire, soit elles délèguent allègrement cette problématique à un autre acteur de soin. Nous remarquons que seule 7 sages-femmes font appel au cadre du service. Peu

d'intervenants ont recours à la justice en première intention, mais rien ne prouve que les sages-femmes de la population étudiée, ne sollicitent pas cette justice parce qu'elles savent qu'elles ne doivent pas le faire en première intention selon la loi du 5 mars 2007.

La P.M.I est un interlocuteur privilégié. 84,3% des sages-femmes affirment faire des transmissions avec à ce service. La collaboration entre les sages-femmes hospitalières et l'équipe territoriale paraît donc effective ce qui est un atout pour une prise en charge optimale de ces familles vulnérables. De même, 89,2% des sages-femmes affirment que les coordonnées des sages-femmes de P.M.I sont facilement accessibles. La réforme insiste sur ce renforcement des collaborations des équipes de P.M.I et les structures hospitalières. Cet objectif se trouvait déjà dans le rapport « périnatalité et parentalité » de 2006 qui pointait le fait que la vocation même des services de P.M.I en fait un interlocuteur privilégié pour des équipes soucieuses de s'engager dans la prise en charge des risques médico-sociaux. Or ce rapport, datant d'il y a 4 ans, affirmait que bien souvent, les liens entre le milieu hospitalier et ces services étaient trop distendus, ce qui nuisait à l'efficacité du dispositif (48).

Les sages-femmes semblent effectuer des repérages de situations à risque de maltraitance, mais il est probable aussi qu'elles délèguent aussitôt à d'autres professionnels. Par ailleurs, le manque de retour d'information est un dysfonctionnement qui peut-être ne leur permet pas d'améliorer leurs pratiques.

Dans cette réforme, le suivi peut être également assuré avec le concours d'une équipe pluridisciplinaire, s'inspirant des staffs de parentalité destinés aux futures mères particulièrement fragilisées. Ces réunions pluridisciplinaires ont pour mission d'évaluer les situations présentant des facteurs de risque, de proposer après concertation une orientation et un soutien adapté. Dans notre étude, 53,6% des sages-femmes répondent qu'il n'existe pas ce type de staff au sein de leur établissement. Toutefois, les sages-femmes d'une même maternité n'ont pas toujours répondu la même réponse à cette question. Nous nous demandons donc, par conséquent, si ces staffs et leurs rôles sont bien connus au sein même des maternités où ils ont été mis en place. Dans le rapport « périnatalité et parentalité » de 2006, une des propositions était déjà de développer des staffs de parentalité dans les maternités, de façon plus institutionnelle que les groupes de paroles existant (48). Cette méthode est conforme aux travaux de Soulé qui a accès ses recherches sur la prévention auprès des familles avant et aussitôt après la naissance.

Pour lui, toute politique de prévention doit reposer sur trois idées fortes : la précocité, la prise en considération de l'hygiène mentale infantile et la transdisciplinarité (48).

Cette loi ayant réformé la protection de l'enfance a donc fait de la prévention un axe majeur. Elle vise à prévenir le plus en amont possible les risques de mise en danger de l'enfant en évitant qu'ils ne surviennent ou en limitant leurs effets. Mais uniquement 13,9% des sages-femmes affirment avoir reçu une information à propos de cette loi. Nous faisons le même constat quant à leur connaissance de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluations des informations préoccupantes mis en place avec cette loi dans chaque département. D'ailleurs, seulement 34,8% des sages-femmes ayant reçu une information à propos de la loi connaissent la cellule départementale. Pourtant, ces cellules visent à apporter plus de lisibilité, de cohérence et de fiabilité dans le dispositif départemental de protection de l'enfance. L'Observatoire National de l'Enfance en danger (O.N.E.D) a réalisé en 2008 une enquête sur ces cellules. Sur les 100 départements français, 54 avaient déjà créé un dispositif de centralisation des informations préoccupantes, avant même la parution de la loi du 5 mars 2007 et 14 l'ont créée suite à cette loi. Si au moment de l'enquête, 32 départements n'avaient pas encore de dispositif, 14 savaient déjà quelle organisation serait adoptée pour le dispositif à venir. Pour les 18 derniers départements, la réflexion étaient toujours en cours (56). Plus d'un an après cette enquête, les départements sont dans leur grande majorité dotés de cette cellule, quelque soit le nom de celle-ci (cellule enfance en danger en Seine Maritime) Or il est souhaitable que toutes les personnes qui participent au dispositif de protection de l'enfance puissent s'adresser à la cellule pour avis et conseil, lorsqu'elles sont dans le questionnement et le doute à propos d'une situation. À cet égard, il est recommandé que chaque cellule se dote d'un numéro d'appel à leur disposition. Ainsi, 46 départements étaient déjà munis^{es} en 2008 d'un numéro de téléphone départemental, spécifiquement dédié au recueil des informations préoccupantes et disponible pour les partenaires institutionnels. Cela était en projet pour 23 autres départements (56). Hélas, dans notre enquête, parmi les sages-femmes connaissant l'existence de cette cellule, 87% ne connaissent pas ses coordonnées. Nous avons une surreprésentation des sages-femmes de niveau III, (42,2% de la population étudiée) qui fait appel de façon systématique à l'assistante sociale pour un pourcentage de 74,3%. Il est probable que ces sages-femmes fassent appel à l'assistante sociale pour communiquer les informations préoccupantes. Il est par conséquent difficile pour les sages-femmes de

connaître les coordonnées de la cellule. Néanmoins en tant qu'actrices de ce système de protection de l'enfance, les sages-femmes se doivent de connaître ses différentes structures.

Le manque d'information à propos des cellules pourrait être attribué au fait que qu'elles ne^{se} sont pas fait connaître auprès de ses partenaires institutionnels. Nous constatons que parmi les 23 sages-femmes connaissant la cellule, seulement 5 connaissent effectivement son rôle. Il existe le même constat chez les médecins, puisque Bonvalot, responsable de l'antenne du Doubs, affirme que les médecins n'ont souvent pas connaissance des modifications législatives et ont encore souvent tendance à saisir l'autorité judiciaire (28). Pour autant, une campagne de sensibilisation et d'information des partenaires institutionnels est en marche. Ces propos sont confirmés par le rapport d'enquête de l'O.N.E.D de 2008 où, 80 départements affirmaient que leur cellule, menait ou mènera dans le futur des actions de formation et de sensibilisation sur la protection de l'enfance auprès des partenaires institutionnels (56).

Par ailleurs, il est prévu dans le dispositif français qu'une transmission d'information préoccupante soit transmise à la cellule lors du repérage d'une situation de maltraitante avérée ou à risque. Or 117 sages-femmes affirment avoir participé à une telle transmission. Cela semblerait positif mais ne coïncide pas avec la non connaissance de la cellule constatée. Le terme de transmission d'informations préoccupantes concernait bien les transmissions spécifiques à la cellule, mais il semble que les sages-femmes aient englobé dans ce terme tous types de signalement médicaux sociaux, notamment aux services de PMI. Il existe probablement une confusion dans la sémantique. D'ailleurs, pour Dottori, l'O.D.A.S travaille actuellement sur la définition de « l'information préoccupante » (28). Cette nouvelle notion introduite dans la loi de 2007 est encore très floue. Or, toute information préoccupante doit être signalée.

La loi réformant la protection de l'enfance et les nouveaux outils en découlant ne sont donc pas connus et par conséquent peu utilisés par les sages-femmes hospitalières.

Les sages femmes délèguent beaucoup devant le repérage d'une situation à risque, mais quant est-il de leur propre rôle dans le système préventif? En période prénatal, seules 34,3% des sages-femmes orientent la femme vers une préparation à la naissance et à la parentalité (P.N.P) et 37,3% vers un entretien du 4^{ème} mois alors même

que ces temps de rencontre sont essentiels à la phase de repérage des indicateurs de maltraitance. Le rôle de la sage-femme est primordial dans ce processus de prise en charge. En effet, dépister et évaluer un risque social ou psychologique de la mère de l'enfant ou du couple est l'un des savoirs faire requis lorsque la sage-femme exerce sa profession. Dans le secteur public, cette compétence est évaluée par une grille d'évaluation élaborée selon les données du répertoire des métiers de l' H.E.S.N.P (Haute Ecole Nationale de Santé publique) en lien avec le code de déontologie des sages-femmes (47) (Annexe n°5). Il est par conséquent indispensable qu'elles sachent repérer et transmettent aux acteurs de soins relais, mais il est également essentiel qu'elles aient un rôle à part entière lors de la réalisation de synthèse pluridisciplinaire ou de rapport circonstanciés. L'apport de la culture sage-femme vient alimenter l'angle de vue des autres professionnels, interagissant sur des situations communes à risque.

D'ailleurs les professionnels de l'enfance maltraitée insistent sur ce rôle essentiel des sages-femmes, lors de la P.N.P, car elles peuvent favoriser la participation active des futurs parents dans leur projet de naissance, améliorer leurs connaissances et leurs compétences pratiques et stimuler la confiance des femmes enceintes dans leur capacité à devenir mère. Ceci a toute son importance dans le dispositif de prévention précoce actuel, « aider un parent pour sauver un enfant »

La Haute Autorité de Santé a fait des recommandations visant à aider les professionnels de santé à préparer la femme enceinte et le couple à la naissance de leur enfant. Auparavant centrée sur la prise en charge de la douleur, la préparation est désormais orientée vers une prise en charge plus globale et plus précoce. Cette aide est destinée en particulier aux couples en situation de vulnérabilité pour prévenir l'apparition des troubles de la relation parents-enfant. Elle doit être une démarche structurée de prévention, d'éducation et d'orientation de la femme enceinte et du couple (46).

Durant le 1er trimestre de la grossesse, l'entretien précoce prénatal permet de repérer les situations de vulnérabilité et d'orienter si besoin vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement. Or la littérature suggère (sans résultat significatif) qu'un soutien de qualité le plus précoce possible pendant la grossesse et après la naissance, constitue un facteur de prévention de maltraitance (46). Le plan périnatalité 2005-2007 proposait déjà un entretien prénatal, proposé à toutes les femmes au cours du 4ème mois, afin de préparer la venue au monde de l'enfant dans les meilleures conditions possibles (39). C'est la réforme de la protection de l'enfance qui le rend systématique et en fait

davantage un motif de protection de l'enfance, de dépistage systématique et précoce d'une série de risques (30). Nous remarquons que 24,5% des sages-femmes interrogées pratiquent déjà cet entretien prénatal, mais ce résultat ne nous permet pas n'est pas un indicateur nous permettant de savoir si les maternités sont en adéquation avec la loi.

En suites de couches par le dialogue, le soutien et l'encadrement, les sages-femmes prennent pleinement leur rôle. Cette période est propice à une observation satisfaisante de la relation entre la mère et son enfant. Ainsi, la sage-femme peut les accompagner dans leur relation, tout en essayant de comprendre la manière dont elle s'établit. L'écoute est aussi mise en valeur par les sages-femmes, les femmes peuvent ainsi mettre en mots leurs difficultés et rechercher des solutions. La sage-femme a pleinement son rôle de soignant ici devant une femme en difficulté.

Nous pensons qu'une information auprès des sages-femmes est nécessaire à propos de cette réforme. Les cellules semblent être l'organe du dispositif qui pourrait former ses partenaires institutionnels dont les sages-femmes. Ces cellules, présente maintenant dans chaque département français, ont la possibilité de se faire connaître, de créer des liens avec leurs partenaires. En rencontrant les sages-femmes, elles pourraient non seulement les former mais aussi les réaffirmer dans leur propre rôle de prévention. Ce service départemental étant le plus souvent dirigé par un médecin ou ayant un référent médecin, des contacts plus étroits devraient être possibles à établir. De plus, les cellules doivent légalement signer des protocoles ^{avec} leurs partenaires, dont les hôpitaux, protocoles qui gagneraient à être davantage connus par les sages-femmes. Parallèlement, des guides à l'usage des professionnels sont créés par les départements concernant l'enfance en danger, du traitement de l'information préoccupante au signalement. Pour exemple, celui de Seine-Maritime datant de mars 2009, sur 132 pages reprend dans une première partie les définitions et les repères, puis la méthodologie professionnelle et enfin les circuits et les procédures (60). Ce type de guide, très utile, pour les professionnels de l'enfance, semble pourtant rester encore confidentiel, alors qu'il serait très utile dans chaque maternité, accessible à tous.

De plus, il est nécessaire de renforcer les liens, le travail en réseau entre les professionnels, entre les services, entre les établissements et avec les partenaires extérieurs, afin de mieux faire face aux défis que doit relever la politique de santé, à savoir de mieux protéger les enfants et de mieux accompagner les familles. C'est bien cet objectif que reprend la loi Hôpital Santé Patient Territoire qui insiste sur le

renforcement de la coopération entre les professionnels (38). Ils peuvent s'engager à leur initiative, dans une démarche de coopération si celle-ci est de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins dans un territoire de santé. La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé et quel que soit le secteur et cadre d'exercice, le travail de coopération doit se poursuivre avec les services de P.M.I, structure incontournable dans le dispositif français de protection de l'enfance. Ces coopérations doivent faciliter le retour d'information, afin de permettre l'amélioration des pratiques. Une fois ce réseau constitué, il semble important qu'il soit bien connecté et par conséquent bien structuré au sein des institutions hospitalières. Peut être devrions nous formaliser les procédures de prise en charge du repérage des situations de vulnérabilité, afin d'optimiser les conduites à tenir. De plus, certaines maternités, comme le C.H. de Draguignan, ont listé des clignotants à déceler lors de la grossesse, l'accouchement ou en suites de couches, permettant de dépister davantage de situations (20). Cette création d'outils destinés notamment aux sages-femmes constitue une aide non négligeable afin d'évaluer le risque de maltraitance infantile.

Nous avons aussi évoqué le manque de culture d'évaluation des professionnels sages-femmes. Il nous semble pertinent de développer, d'encourager l'évaluation des pratiques professionnels, dans le cadre de la maltraitance infantile, au sein des institutions d'autant que l'H.A.S nous encourage dans ce sens(45) (Annexe n°6). Un Etat des lieux, avec un suivi d'indicateurs réguliers permettrait alors de sensibiliser davantage des sages-femmes

Enfin, le numéro vert Allo Parents Bébé pourrait être davantage diffusé auprès des sages-femmes qui sont susceptibles de relayer l'information aux jeunes parents. C'est ce qu'a réalisé l'assistance Publique, Hôpitaux de Paris, en lançant une diffusion de l'information en interne auprès des professionnels de la santé et de la petite enfance des hôpitaux et des maternités de l'AP-HP (22).

La mise en œuvre stratégique de tous ces changements (Annexe n°7) ne peut s'opérer en milieu hospitalier qu'avec la collaboration des sages-femmes et leurs cadres, véritable clé de voute de ce système organisationnel des maternités. Mais il s'agit d'un autre débat.

Tout ces objectif de perfectionnement des connaissances et de mise en œuvre des moyens de protection les plus adéquats d'un enfant victime de sévices, font partie des devoirs édictés pour toutes sages-femmes par le code de déontologie (36).

Conclusion

Nous avons coutume de dire « mieux vaut prévenir que guérir », ce proverbe prend tout son sens quand il s'agit des maltraitances infantiles. En effet, prévenir semble être le meilleur remède à ce mal. La maternité est un lieu privilégié pour mener une action de dépistage et de prévention des mauvais traitements à enfant. Les sages-femmes tiennent une place essentielle dans le suivi de la grossesse et des premières jours de vie. Globalement, elles ont de bonnes connaissances théoriques mais prennent peu en charge ce type de situations à risque. En effet, elles délèguent beaucoup à d'autres professionnels mais prennent davantage leurs rôles en suites de couches. Il est de leur devoir d'être à l'écoute et de guider ces mères dans les premiers jours après la naissance pour leur permettre de découvrir leur enfant. Il est primordial qu'elles ne négligent pas cette part du métier car l'avenir des enfants qu'elles aident à mettre au monde en dépend. De plus, même si le sujet semble connu, paradoxalement il reste largement minimisé. C'est grâce à une vigilance de chaque instant, une volonté et une motivation déterminées et durables que sera apporté l'aide nécessaire aux mères en difficulté.

Les professionnels doivent être soutenus au quotidien par des informations claires et des propositions d'actions concrètes. Il semble alors important de leur soumettre des formations complémentaires sur le sujet, et notamment sur la réforme de la protection de l'enfance, accompagnées de support qui pourraient être à disposition dans chaque unité. Il paraît aussi indispensable de renforcer toujours davantage la collaboration interprofessionnelle dans les domaines médicaux sociaux, associatifs et judiciaires. C'est ce réseau de prise en charge qui permet d'homogénéiser les actions et les rend plus efficace. De même, l'action menée en maternité ne peut être optimale que si elle est poursuivie au sortir de la maternité, d'où l'intérêt du travail en réseau avec les médecins généralistes, les pédiatres et les services de protection maternelle et infantile.

*« Ce qui m'émeut si fort de ce petit prince endormi, c'est la
fidélité pour une fleur, c'est l'image d'une rose qui rayonne en
lui comme la flamme d'une lampe, même quand il dort (...)
il faut bien protéger les lampes : un coup de vent peut les
éteindre ».*

Antoine de SAINT EXUPÉRY

Bibliographie

Livres :

1. BARUDY J-La douleur invisible de l'enfant : approche éco-systémique de la maltraitance –Toulouse-Eres-1997-264p
2. CLEMENT R-Parents en souffrance- Stock Laurence Pernoud- Paris-1996-157p
3. DURNING; GABEL; MAZET; LEOVICI- La maltraitance psychologique - Paris-Fleurus-360p
4. HARDEN ; KOBLINSKY- Double Exposure: Children Affected by Family and Community Violence-Thousand oaks- Sage publications-1999-102p
5. HESS P ; MALLON G- Child Welfare for the Twenty-First Century: A Handbook of Practices, Policies, and Programs-Columbia University press- 2005-784p
6. NAVE.P- La réforme de la protection de l'enfance-Paris-Dunod-2007
7. O.D.A.S - L'observation de l'enfance en danger : constats et recommandations- Paris-Odas-1993-99p
8. ROBERT-OUVRAY S- Enfant abusé, enfant médusé-Descler de Brouwer- 1998-224p
9. ROUYER M; DROUET M- L'enfant violenté, des mauvais traitements à l'inceste -Paris-Paidos le centurion-1986-283p
10. STRAUSS P; MANCIAUX M-L'enfant maltraité-Paris-Fleurus-1993-696p
11. TOMKIEWICZ- L'Adolescence Volée-Paris-Calman Levy-1999-253p
12. TURSZ ; GERBOUIN-REROLLE-Enfants maltraités : Les chiffres et leur bases juridiques en France-Lassay les châteaux-Lavoisier-2008-215p
13. WINNICOTT D.W- De la pédiatrie à la psychanalyse-Payot-1958-464p

Articles:

14. AALTONEN J ; JYVASKYLA T- Mothers' Abusive Childhood Predicts Child Abuse- Child Abuse Review-New York-1999-Vol. 8-231p
15. BUCHHOLZ; KORN- Children of Adolescent Mothers: Are They at Risk for Abuse?-Adolescence-1993-vol 28-p361 à 382
16. BRISSET- La maltraitance faites aux enfants-Psychiatrie française- Mar 2004- n°233-
17. COOHEY-Child Maltreatment: Testing the Social Isolation Hypothesis-Child Abuse and Neglect- Elsevier Science-1996-Vol. 20, 241-254

18. ETHIER; COUTURE; LACHARITE- Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect- "Journal of family violence »- 2004-vol.19, p. 13-24
19. KELLEHER; CHAFFIN; HOLLENBERG; FISHER- Alcohol and Drug Disorders among Physically Abusive and Neglectful Parents in a Community-Based Sample- American Journal of Public Health- October 1994- Vol. 84-p 1586 à 1590
20. RICHARD –GUERROUDJ .N- Maltraitance infantile : dépister le risque dès la grossesse- Profession Sage-Femme-Avril 2006- n°124-p36 à 38
21. SOUTHALL- Classification of Child Abuse by Motive and Degree rather than Type of Injury "Disease in Childhood"-2003-vol 88 n°2-p101 à 104

Sites Internet :

22. @Devenir parent est parfois difficile, parler peut vous aider- <http://www.alloparentsbebe.org/> - consulté en novembre 2009
23. @La démographie des sages-femmes - <http://www.ordre-sages-femmes.fr/> - consulté en février 2010
24. @La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs- <http://www.who.int/fr/> -consulté en aout 2009
25. @Les établissements de santé en 2005- <http://www.sante.gouv.fr/drees/> - consulté en février 2010
26. @L'œuvre normande des Mères- <http://www.onm.fr/> - consulté en novembre 2009
27. @Maltraitance à enfants-VERGNE-Manuel national de chirurgie pédiatrique viscérale- <http://www.univ-rouen.fr/> -consulté en février 2010
28. @Pourquoi les médecins sous-traitent la maltraitance ?- Coumau- <http://www.medecinews.com/> - consulté en février 2010
29. Réforme de la protection de l'enfance- <http://www.reforme-enfance.fr/> - consulté en septembre 2009

Textes Officiels :

30. Article 375 du code civil modifié par la Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 – Chapitre 1^{er} De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant- Section n°2

31. Convention internationale des droits de l'enfant-ONU-20 novembre 1989-54 articles
32. Code de l'action sociale et des familles Livre II : Différentes formes d'aide et d'action sociales Titre II : Enfance Chapitre VI : Protection des mineurs en danger et recueil des informations préoccupantes.
33. Code de la famille et de l'aide sociale-7 titres-256 articles
34. Code pénal-Livre 2 : Des crimes et des délits contre les personnes Titre 2 : Des atteintes à la personne humaine- Chapitre 6 : Des atteintes à la personnalité- Section 4 : de l'atteinte au secret- Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel- Articles 226-13 à 226-14
35. Code pénal- Livre 4 : Des crimes et délits contre la nation, l'Etat et la paix publique- Titre 3 : Des atteintes à l'autorité de l'Etat- Chapitre 4 : Des atteintes à l'autorité de la justice-Section 1 : Des entraves à la saisine de la justice-Article 434-3
36. Code de la santé publique- partie 4-livre 1- titre 2-chapitre 7- section 3 : code de déontologie des sages-femmes - 6 sous-sections
37. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance- 40 articles
38. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et au territoire -135 articles
39. Plan périnatalité 2005-2007 –Humanité, proximité, sécurité, qualité- Novembre 2004-44p

Autres :

40. A.R.H Haute-Normandie-Démographie des professions de santé en Haute-Normandie : bilan et perspective-2008-38p
41. BAUDIER. F- Commission « Périnatalité, enfants et adolescents »-2005-80p
42. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et Collectif Associatif et Syndical des Sages-Femmes - référentiel métier et compétences des sages femmes-octobre 2007-29p
43. D.R.E.E.S- Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur une longue période-1999-8p
44. GOLDMAN; SALUS; WOLCOTT; KENNEDY- A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice- U.S. Department of Health-2003-114p

45. H.A.S-Manuel de certification des établissements de santé-Juin 2009-99p
46. H.A.S –Recommandations professionnels : préparation à la naissance et à la parentalité – 2005 - 45p
47. H.E.N.S.P-Répertoire des métiers- fiche sage -femme-2p
48. HERMANGE- Périnatalité et parentalité – Rapport du 25 février 2006 -45p
49. HIRSTEL- L'autre violence, l'invisible maltraitance-Colloque sur les violences domestiques : Les familles dans la tourmente autour des travaux de Marc HIRSTEL, Organisé par l'Union Départementales des Associations Familiales- 18 le 19 novembre 2005
50. Ministère français de la santé et des solidarités- Prévention en faveur de l'enfant et l'adolescent guide pratique protection de l'enfance- 100p
51. MORTIER- EPUH: Association de Formation Médicale Continue- La maltraitance de l'enfant- 2008-32p
52. O.D.A.S –Evolution des signalements d'enfants en danger en 2003-La lettre de l'ODAS -Décembre 2004-6p
53. O.D.A.S-Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleur coordination des acteurs-La lettre de l'ODAS-Novembre 2007-12p
54. O.D.A.S- Protection de l'Enfance : Observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses-Rapport de l'O.D.A.S-2005-22p
55. O.D.A.S- L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique -2001-39p
56. O.N.E.D - Enquête auprès des conseils généraux sur la mise en place des cellules de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes -avril-juin 2008-14p
57. O.N.E.D-Quatrième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'observatoire national de l'enfance en danger-Décembre 2008-78p
58. O.N.E.D –Les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance- 2007-6p
59. PRACHE- La prévention de la maltraitance infantile, le champ du social, le champ du médical, le champ du psychologique ? enquête auprès de médecins de PMI-D.U. de psychopathologie du bébé-université paris 13-Année universitaire 2006-2007. 99p
60. Seine-Maritime-Guide de l'enfance en danger, informer, évaluer, signaler, accompagner -2009 132 p

Annexes

Sommaire des annexes

Annexe n°1 : Support de rédaction d'un rapport d'information préoccupante

Annexe n°2 : Schéma du parcours de l'information préoccupante en Seine-Maritime

Annexe n°3 : Questionnaire adressé aux sages-femmes hospitalière

Annexe n°4 : Grille de lecture du questionnaire

Annexe n°5 : Répertoire des métiers de la Haute Ecole Nationale de Santé Publique

Annexe n°6 : Roue de la qualité, de la Haute Autorité de Santé, concernant l'évaluation des pratiques professionnelles.

Annexe n°7 : Analyse des leviers d'actions du changement

Annexe n°1 : Support de rédaction d'un rapport d'information préoccupante



SUPPORT DE RÉDACTION D'UN RAPPORT D'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

1) Date :

2) Expéditeur :

coordonnées des auteurs et du service de rattachement :

3) Rapport concernant le ou les mineur(s) :

Pour chaque enfant indiquer :

- Nom – prénom :
- Date et lieu de naissance :
(si né hors département, indiquer l'année d'arrivée en Seine-Maritime)
- Niveau scolaire
- Établissement scolaire :

- Adresse :

4) Identification de l'écrit

Nature de l'écrit :

- information préoccupante avec proposition de mesure
- information préoccupante sans proposition de mesure
- retour d'évaluation
- complément d'information
- information au parquet

Mesure demandée :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TISF | <input type="checkbox"/> enquête sociale |
| <input type="checkbox"/> AED | <input type="checkbox"/> IOE |
| <input type="checkbox"/> accueil préventif | <input type="checkbox"/> AEMO |
| <input type="checkbox"/> accueil provisoire (ASE) | <input type="checkbox"/> OPP |
| <input type="checkbox"/> accueil en centre maternel | <input type="checkbox"/> Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial |
| <input type="checkbox"/> Mesure d'Accompagnement en ESF | <input type="checkbox"/> autre : |

Qualification de la situation :

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> urgence | <input type="checkbox"/> enfant en danger | <input type="checkbox"/> enfant en risque de danger |
| | <i>(suspicion de maltraitance ?)</i> | |

Si demande de mesure judiciaire, indiquez les motifs :

- Les mesures administratives n'ont pas permis de remédier à la situation
- Refus (ou impossibilité) de la famille de collaborer
- Impossibilité d'évaluer une suspicion de danger
- Faits susceptibles d'entraîner des poursuites pénales.

5) Pièces jointes :

- Certificats médicaux
- Courrier de la famille
- Accord de la famille pour la mesure demandée
- Autres

6) Composition Familiale

Filiation : biologique adoptive Ne sait pas

***) Le ou les détenteurs de l'autorité parentale :**

père : oui non Ne sait pas inconnu
mère : oui non Ne sait pas inconnue
autre : oui non Ne sait pas

En cas de domiciliation différente de celle de l'enfant, indiquer l'identité, l'adresse et si possible la composition du foyer :

L'enfant est-il accueilli par ce parent ? A quelle fréquence ?

***) Les adultes présents au foyer :**

	1 ^{er} lieu de résidence		2 ^{ème} lieu de résidence	
	Adulte 1	Adulte 2	Adulte 1	Adulte 2
Nature du lien avec l'enfant				
Nom				
Nom de Jeune fille				
Prénom				
Date et lieu de naissance				
Situation matrimoniale				
Nationalité				
Niveau scolaire (ou dernier diplôme)				
Situation par rapport à l'emploi (indiquez depuis quand)				
Profession exercée				

*) Autres adultes ayant un lien avec l'enfant :

- qualité :
- nom – prénom :
- date et lieu de naissance :
- situation professionnelle (*statut par rapport à l'emploi (depuis quand ?), profession exercée*) :
- adresse :

*) Les autres enfants présents au foyer :

Renseigner si possible pour chaque enfant, les nom, prénom, date et lieu de naissance, mode de garde ou classe et établissement scolaire, formation, activité, etc.

*) Les enfants hors foyer :

Renseigner pour chaque enfant, les nom, prénom, date et lieu de naissance, mode de garde ou classe et établissement scolaire, formation, activité etc.

- adresse :

7) Description de l'habitat

(en cas de 2^{me} lieu de résidence, renseigner si possible les éléments)

*) Statut d'occupation :

- propriétaire
- locataire
- hébergé
- autre : (à préciser)

*) Nature du logement :

- individuel
- collectif

*) Nombre de pièces principales :

*) Eléments de confort :

Indiquer les éléments manquants :

- eau
- électricité
- sanitaires
- mode de chauffage

*) Hygiène du logement :

8) Budget

Ressources	Charges
Prestations familiales :	Total mensuel :
RMI :	
AAH	Dettes :
Salaires :	
Autres :	
TOTAL	TOTAL

*) Budget à remplir en cas de demande de mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial :

Ressources du mois	Montant	Charges mensuelles	Montant
Salaire de Monsieur		Loyer ou accession	
Salaire de Madame		EDF	
Autres salaires		Eau	
Assedic de Monsieur		Téléphone	
Assedic de Madame		Assurance maison	
Indemnités maladie		Assurance auto	
Rente AT		Autres	
RMI		Mutuelle	
Prestations Familiales		Impôts revenus	
API		Impôts locaux	
All. Prés. Parentale		Redevance TV	
PAJE		Pension alimentaire	
AAH		Cantine	
AEEH		Plan BDF	
APL ou AL		Crédits	
Retraite		Taxes foncière et locative	
Invalidité			
Pension Alimentaire		Autres	
Autres			
TOTAL		TOTAL	

*) Dettes et retards connus

Organisme	Nature	Somme due	État de la procédure	Engagements

*) Dossier de surendettement : (renseigner le moment de la procédure).

9) Historique et descriptif des interventions antérieures

Chronologie des interventions précédentes, bilan des mesures prises et services concernés.

Type de mesure et service	Date	Enfant(s) concerné(s)

Objectifs visés :

10) Exposé de la situation

*) Rappel de l'élément déclencheur de l'évaluation et connaissance antérieure de la situation

*) Histoire familiale

Pour chacun des adultes ayant un rôle parental (y compris père hors foyer) et pour chacun des enfants.

*) Constats relatifs à l'enfant

Mettre en évidence les signes de danger ou les facteurs de risque. Faire apparaître des faits concrets ou des paroles énoncées.

*) Constats relatifs à la famille et à son environnement

Exposer les conditions de vie de l'enfant (conflit, violence conjugale), les compétences parentales. Indiquer ce qui est inquiétant pour lui.

*) Analyse de la situation

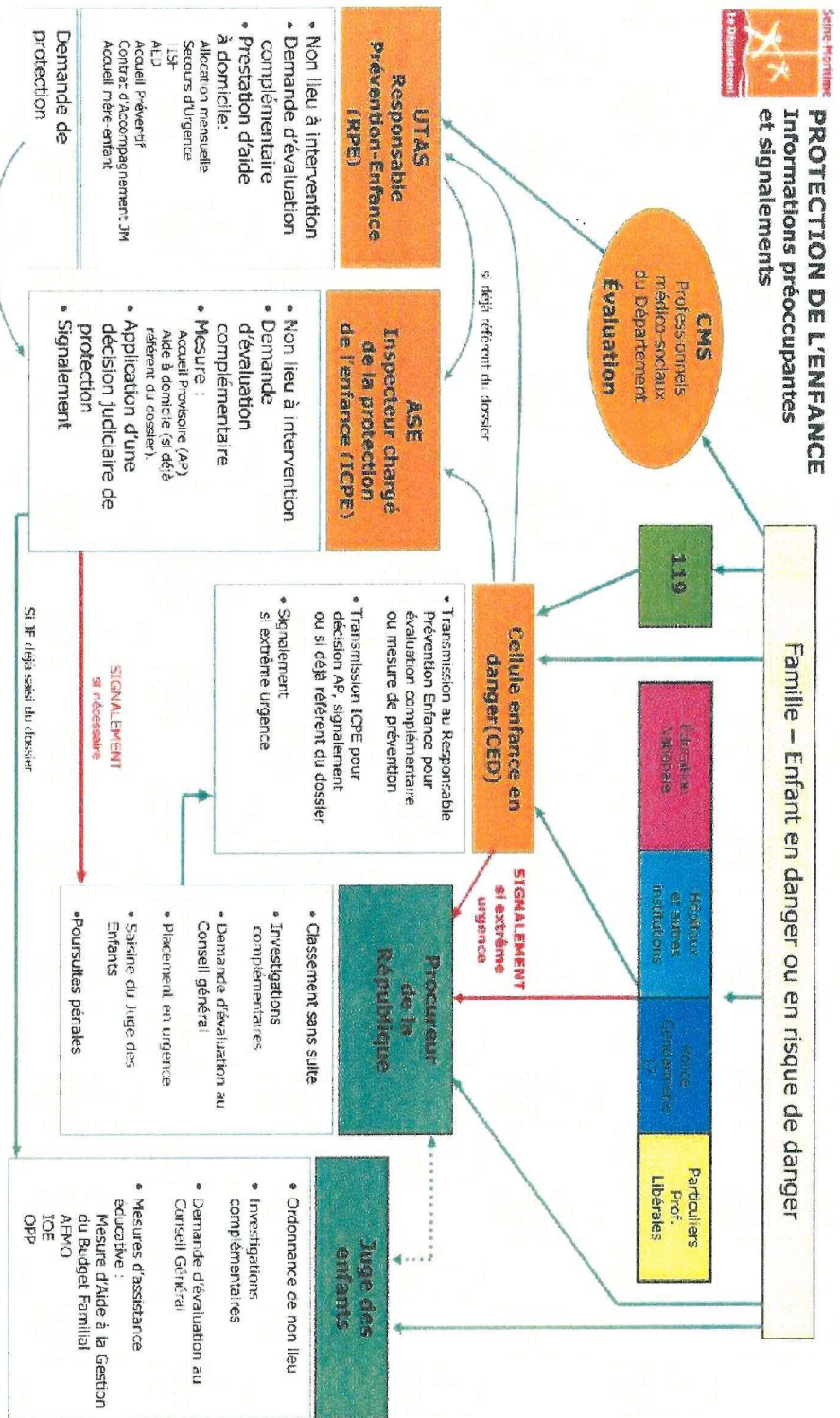
Définir le fonctionnement familial. Répondre à la question : l'enfant est-il en danger ou en risque de l'être ? Indiquer, le cas échéant, l'impact des mesures mises en place et leurs éventuelles limites ; situer le niveau d'adhésion aux aides proposées ; indiquer, si tel est le cas, l'impossibilité d'évaluer la situation. Évaluer les potentialités des parents susceptibles d'être mobilisées. Désigner les points d'appui possibles dans le réseau extra familial.

11) Conclusion

Synthèse brève formulant la nature des risques ou dangers encourus par l'enfant. Faire apparaître s'il y a notion d'urgence. Indiquer des propositions d'actions en désignant les bénéficiaires et les objectifs. Expliciter les questions qui demeurent sur la situation. Préciser si la famille a été informée ou non de la transmission de ces informations, ce qui n'a pu lui être dit et pourquoi.

12) Signature de l'écrit

Annexe n° 2 : Schéma du parcours de l'information préoccupante en Seine-Maritime



Annexe n°3 : Questionnaire adressé aux sages-femmes hospitalières

Enquête auprès des sages-femmes

Merci de me consacrer 10 minutes pour remplir ce questionnaire

Etudiante en 4^{ème} année au sein du département des études de sage femme de Rouen, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, un travail sur la prévention de la maltraitance infantile.

Les sages femmes interviennent précocement auprès de la femme et son enfant .Elles sont par conséquent, des acteurs de soins incontournables lors de la réalisation du dépistage de la maltraitance.

Ce mémoire repose sur un questionnaire et vos réponses me seront très précieuses pour étayer les hypothèses. Merci de me retourner ce questionnaire avant le 30 décembre 2009.

Sarah Chaumier sarah.chaumier@orange.fr

Ce questionnaire est anonyme

Pour mieux vous connaître

1 Quel âge avez-vous ? ≤ 30ans 31 à 40 ans ≥ 41 ans

2 Depuis quand exercez vous ? ≤ 5 ans 6 à 10 ans 11 à 19 ans
 ≥ 20 ans

3 Dans quelle maternité exercez-vous ?

4 Dans quel(s) service(s) exercez-vous le plus souvent ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salle de naissance | <input type="checkbox"/> Suites de couches |
| <input type="checkbox"/> Grossesses pathologiques | <input type="checkbox"/> Consultations prénatales |
| <input type="checkbox"/> Préparation à la naissance et à la parentalité | |

5 Pratiquez- vous l'entretien prénatal précoce ?

- Oui Non

6 Pendant vos études, avez-vous eu une information à propos de la maltraitance infantile ?

- Oui Non

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

- Oui Non

Si « Oui » par quel(s) moyen(s) ?

- Formation continue :
 A votre demande par l'institution Proposé par l'institution Imposé
- Information personnelle :
 Conférence Littérature Médias
 Autres :

8 Avez-vous reçu une information à propos de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ?

- Oui Non

9 Connaissez-vous l'existence de la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes :

- Oui Non

Si «Oui» : Connaissez-vous son rôle précis ? Oui Non

Connaissez-vous ses coordonnées ? Oui Non

10 Pensez-vous que la sage-femme a un rôle à jouer dans le repérage de la maltraitance infantile ?

- Oui Non

Quizz

11 Pour vous, combien d'enfants sont en situation de risque de maltraitance chaque année en France ?

- Moins de 40 000 Entre 40 000 et 60 000
 Plus de 60 000 Je ne sais pas

12 Pour vous, combien d'enfants sont victimes de maltraitance chaque année en France ?

- Moins de 10 000 Entre 10 000 et 20 000
 Plus de 20 000 Je ne sais pas

13 Pour vous, quelles sont les expressions de la maltraitance ? (Une ou plusieurs réponses)

- Un manque affectif De la violence physique
 Des abus sexuels Un manque d'attention
 Un manque de soins Autre :

18 Avez-vous déjà participé à une transmission d'informations préoccupantes ? (Ou signalement)

Oui

Non

Si « oui », avez-vous eu un retour d'information ?

Oui

Non

19 Confrontée à une situation à risque de maltraitance, en situation professionnelle quelle est votre démarche ?

(3 réponses au maximum)

Vous le notez dans le dossier médical

Vous en référez à la psychologue

Vous en référerez à l'assistante sociale

Vous contactez le pédiatre

Vous contactez le service de P.M.I

Vous contactez l'obstétricien

Vous le signalez au procureur de la République

Vous ne savez pas

Vous effectuez une transmission d'information préoccupante

Autre :

20 Lorsque vous rencontrez certains facteurs de risque de maltraitance infantile chez une femme

enceinte, quelle est votre démarche en tant que sage-femme? (3 réponses au maximum)

Vous proposez un entretien prénatal précoce

Vous l'incitez à participer à une préparation à la naissance et à la parentalité

Vous lui proposez l'aide du psychologue du service

Vous lui proposez l'aide de l'assistance social du service

Vous contactez la P.M.I

Vous en parlez en équipe pluridisciplinaire

Existe-il un staff de parentalité/staff psychosocial obstétrico pédiatrique au sein de votre établissement ?

Oui

Non

21 Concernant les transmissions à la P.M.I :

Utilisez-vous des fiches de liaison (prénatal ou post natal) ?

Oui

Non

Les coordonnées des sages-femmes de P.M.I sont elles facilement accessibles ?

Oui

Non

Transmettez-vous facilement à la sage femme de P.M.I du secteur concerné ?

Oui

Non

Contactez-vous la sage-femme pour avoir la fin de l'histoire ?

Oui

Non

22 Pour vous, en suites de couches, quelles actions peuvent être mise en œuvre auprès de cette patiente vulnérable ? (3 réponses au maximum)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allongement de la durée d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Garder le bébé en crèche la nuit |
| <input type="checkbox"/> Soutien, écoute, dialogue, aide à la relation | <input type="checkbox"/> Observation, surveillance |
| <input type="checkbox"/> Encadrement | <input type="checkbox"/> Evitement |
| <input type="checkbox"/> Aucune | |
| <input type="checkbox"/> Autre | |
| | |

Avez-vous des suggestions ?

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

Je vous remercie

Annexe n°4 : Grille de lecture du questionnaire

QUESTIONS	REponses POSSIBLES	ANALYSE DES REponses	STATISTIQUES, RÉSULTATS CROISÉS
Age		influence de la maturité influence de l'expérience	Croiser le niveau de la maternité avec le service d'exercice
Depuis quand exercez-vous?			
Dans quelle maternité exercez-vous ?		Profil de la sage femme	Croiser l'expérience des sages-femmes et le niveau de la maternité
Dans quel(s) service(s) exercez-vous le plus souvent ?			
Pratiquez- vous l'entretien prénatal précoce?	oui non		
Pendant vos études, avez-vous eu une information à propos de la maltraitance infantile ?	oui non	Connaissances lié à formation sage femme si connaissances, non lié à la formation sage femme	croiser avec l'âge croiser les réponses des 2 questions
En dehors de vos études avez-vous eu des informations sur la maltraitance infantile ?	non	pas d'information en dehors des études	
	oui formation continue à votre demande	intérêt, motivation par rapport au thème	
	oui formation continue imposé par l'institution	démarche non volontaire, imposé	
	oui formation continue proposé par l'institution	démarche non volontaire mais accepté	
	oui information personnelle	démarche personnelle, intérêt	
Avez-vous reçue une information à propos de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ?	Oui Non	Loi connue Loi non connue	croiser la connaissance de la loi avec la connaissance de la cellule
A propos de la Cellule départemental de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes enfance en danger du département :	Vous ne connaissez pas son existence	Nouveau dispositif de la protection de l'enfance non connu	-
	Vous connaissez son existence	Nouveau dispositif de la protection de la protection de l'enfance connu et degré d'utilité	
	Vous connaissez son rôle précis		
	Vous connaissez ses coordonnées		
Pensez-vous que la sage-femme a un rôle à jouer dans le repérage de la maltraitance infantile ?	Oui Non	Concerné Non concerné	
Pour vous combien d'enfants sont en situation de risque chaque année en France ?	Moins de 40 000	Sous estimation du phénomène	Croiser les 2 questions
	Entre 40 000 et 60 000	Sous estimation du phénomène	
	Plus de 60 000	Exactitude de la connaissance/ Connaissance des chiffres du phénomène	
	Je ne sais pas		
Pour vous combien d'enfants sont victimes de maltraitance en France chaque année ?	Moins de 10 000	Sous estimation du phénomène	Croiser les 2 questions
	Entre 10 000 et 20 000	Exactitude de la connaissance/ Connaissance des chiffres du phénomène	
	Plus de 20 000		
	Je ne sais pas		

<p>Pour vous, quelles sont les expressions de la maltraitance ? (une ou plusieurs réponses)</p>	Un manque affectif	<p>Plus de réponses sont données, plus les différentes expressions de la maltraitance sont connues Apprécier les expressions les plus connues Apprécier les expressions les moins connues</p>	<p>Compter le nombre de réponse pour chaque répondante</p>
	De la violence physique		
	Des abus sexuels		
	Un manque d'attention		
	Un manque de soins		
	Autre :		
<p>Selon vous, quels critères de vulnérabilité peuvent dévier vers la maltraitance infantile ?</p>			
<p>Concernant les parents et la famille (3 réponses au maximum)</p>	comportement addictif	<p>Connaissances des facteurs de risque Mise en évidence des plus connus Mise en évidence des moins connus Hiérarchiser les réponses</p>	<p>Croiser avec la formation</p>
	vision idéalisée du rôle parentale		
	enfance des parents perturbée		
	mère adolescente		
	parent homosexuel (faux)		
	antécédents enfant placé		
	femme célibataire		
	difficulté conjugale		
	antécédents psychiatriques		
	femme en errance		
	grande différence d'âge entre les 2 parents (faux)		
	famille nombreuse		
<p>Concernant l'environnement socioculturel (3 réponses au maximum)</p>	chômage	<p>Connaissances des facteurs de risque Mise en évidence des plus connus Mise en évidence des moins connus Hiérarchiser les réponses</p>	<p>Croiser avec la formation</p>
	entourage surprotecteur		
	parents d'origine étrangère		
	grossesse chez une femme > 40 ans (faux)		
	isolement		
	haut revenu		
	précarité financière		
<p>Lors de la grossesse, certaines situations sont susceptibles, selon vous, de devenir des facteurs de risque de maltraitance. Quelles sont <u>les 3 principales</u> selon vous ?</p>	prématurité	<p>Connaissances des facteurs de risque Mise en évidence des plus connus Mise en évidence des moins connus Hiérarchiser les réponses</p>	<p>Croiser avec la formation</p>
	grossesse multiple		
	Grossesse peu suivie		
	grossesse sous contraception		
	grossesse déclarée tardivement		
	hospitalisation prénatale longue		
	rupture avec le conjoint		

En suites de couches, quels sont pour vous les 3 principaux signes prédictifs de maltraitance ?	Aucune visite de l'entourage		
	commentaires dévalorisant l'enfant par sa mère		
	mère indifférente		
	mère ne participant pas aux soins		
	longue période à la crèche		
	mère hyperactive		
	mère agressive		
Dans votre pratique, avez-vous déjà repéré une situation à risque de maltraitance ?	Oui	Repérage	Croiser avec l'âge et le service d'exercice
	Non	Pas d'observation ou réelle absence de situation à risque	
Si oui combien de fois?		importance du repérage ou importance des situations à risque	
Si « oui » qu'avez-vous ressenti ?	je n'ai pas su quoi faire	Travail multidisciplinaire ou délégation Place de l'expérience	Croiser avec expérience
	j'ai fait appel à quelqu'un d'autre et à qui?		
	mon expérience ma permis de faire face		
	Autre		
Si "non", à votre avis pourquoi? (une ou plusieurs réponses)	absence de situations à risque	réelle absence ou pas d'observation	croiser avec expérience
	manque de connaissances	impossibilité de repérer	
	manque d'organisation		
	manque d'étayage du psychologue		
	manque de temps		
	manque de moyens		croiser avec connaissances
Avez-vous déjà participé à une transmission d'informations préoccupantes ?	Non	CAT non appliquées, ou réelle absence de situations à risque	croiser avec expérience et niveau de la maternité
	Oui	CAT appliquées	croiser avec outils (staff, fiches de liaison)
Si oui, avez-vous eu un retour d'information?	Oui	Retour de l'information effectif, outil / travail multidisciplinaire fonctionne/ permet amélioration des pratiques/ loi appliquée	
	Non	pas de retour d'information/ ne permet pas amélioration des pratiques/ loi non appliquée	Croiser l'application des CAT avec l'expérience et les connaissances
Confrontée à une situation à risque de maltraitance, en situation professionnelle quelle est votre démarche ? (une ou plusieurs réponses)	vous le notez dans le dossier médical	CAT appliquées Mise en évidence du travail multidisciplinaire	Croiser la présence de staff avec celle qui réponde en parler en équipe pluridisciplinaire
	vous en référez à l'assistante sociale		
	vous en référez à la psychologue		
	Vous contactez le pédiatre		
	vous contactez l'obstétricien		
	vous effectuez une transmission d'information préoccupante		
	vous contactez le service de PMI		
	Vous le signalez au procureur de la République		
	Vous ne savez pas		

<p>Durant la grossesse, vous rencontrez certains facteurs de risque de maltraitance infantile chez une femme enceinte, quelle est votre démarche en tant que sage-femme? i</p>	<p>Vous proposez un entretien prénatal précoce</p>	<p>CAT appliquées Mise en évidence du travail multidisciplinaire</p>
	<p>vous incitez la femme à participer à une préparation à la naissance et à la parentalité</p>	
	<p>Vous en parlez en équipe pluridisciplinaire</p>	
	<p>Vous proposez l'aide du psychologue du service</p>	
	<p>vous proposez l'aide de l'assistance sociale du service</p>	
	<p>vous contactez la PMI</p>	
<p>Si vous en parlez en équipe pluridisciplinaire, avez-vous un staff de parentalité</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Outils mis à disposition / Loi appliquée</p>
<p>Concernant les transmissions à la PMI:</p>		<p>Mise à disposition d'outils /travail multidisciplinaire/ Collaborations hôpitaux-PMI que renforce la loi</p>
<p>→Utilisez vous des fiches de liaison (pré ou post natal)</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	
<p>→Les coordonnées des sages-femmes de P.M.I sont elles facilement accessibles ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	
<p>Transmettez-vous facilement à la sage femme de P.M.I du secteur concerné ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	
<p>Contactez-vous la sage femme pour connaître la fin de l'histoire?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	
<p>Pour vous, en suites de couches, quelles actions peuvent être mise en œuvre auprès de cette patiente vulnérable ?</p>	<p>Allongement de la durée de l'hospitalisation</p>	<p>Proposition de CAT Hiérarchiser les réponses</p>
	<p>Soutien, écoute, dialogue, aide à la relation</p>	
	<p>Garder le bébé en crèche la nuit</p>	
	<p>Observation, surveillance</p>	
	<p>Encadrement</p>	
	<p>Autre</p>	
	<p>Evitement</p>	
	<p>Aucune</p>	<p>CAT non appliquées</p>

Annexe n°5 : Répertoire des métiers de la Haute Ecole Nationale de Santé Publique

SAGE-FEMME

DÉFINITION

- Diagnostiquer, pratiquer le suivi de la grossesse, pratiquer l'accouchement normal et les soins postnataux, le suivi et les soins du nouveau-né après la naissance, tant sur le plan médical que psychologique et social en accompagnant la femme ou le couple avant, pendant et après la naissance

SPÉCIFICITÉS DANS LE MÉTIER

- En échographie, en préparation à la naissance, en diagnostic anténatal, en assistance médicale à la procréation, rééducation périnéale...

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Diagnostic et surveillance de la grossesse
- Préparation et accompagnement du couple à la naissance (information, relaxation, sophrologie, haptonomie...)
- Dépistage et surveillance des grossesses à risques
- Surveillance et accompagnement du travail et de l'accouchement (dynamique utérine, rythme cardiaque fœtal...)
- Pratique de l'accouchement normal
- Accueil et prise en charge du nouveau-né (dont la réanimation du nouveau-né)
- Suivi du post-partum (couple mère enfant)
- Information, aide et accompagnement de l'allaitement maternel
- Organisation et animation d'actions de prévention et d'éducation à la santé de la mère, du couple et de la famille
- Encadrement des étudiants sages-femmes ou autres étudiants
- Tenue du dossier d'obstétrique (papier et informatique)
- Déclaration d'état civil et tenue du registre de la maternité
- Gestion du matériel et des équipements de l'unité

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES

- Pédiatres pour la visite du nouveau-né, la réanimation et la prise en charge des nouveau-nés pendant leur séjour en maternité
- Anesthésistes, infirmiers anesthésistes pour le suivi des pathologies en collaboration avec l'obstétricien, pour la péridurale et la réanimation
- Auxiliaires de puériculture, les aides-soignants, les puéricultrices pour la prise en charge du couple mère-enfant
- Assistantes sociales pour la prise en charge des problèmes sociaux et la relation avec les professionnels de la protection de l'enfance
- Masseurs-kinésithérapeutes pour la prise en charge kinésithérapique des nouveau-nés et des mères

SAVOIR-FAIRE REQUIS

- Dépister et évaluer un risque médical, social ou psychologique de la mère, de l'enfant ou du couple
- Orienter les mères et les nouveau-nés vers les niveaux de soins adaptés (réseau périnatalité)
- Diagnostiquer et traiter les pathologies dans le champ de ses compétences
- Évaluer et traiter la douleur des patients
- Pratiquer la surveillance électronique pendant la grossesse et au cours du travail de l'état du fœtus in utero et de la contraction utérine
- Pratiquer un accouchement eutocique
- Adapter les conduites à tenir aux différentes situations rencontrées notamment d'urgence, à chaque moment de la grossesse et de l'accouchement et du post-partum pour la mère et pour l'enfant
- Développer une relation d'aide avec le couple ou la mère
- Anticiper et adapter la planification du travail en fonction des priorités et de l'urgence
- Encadrer l'organisation des soins des aides-soignant(e)s et des auxiliaires de puériculture
- Réaliser des actes de soins gynécologiques

➤ CONNAISSANCES ASSOCIÉES

Gynécologie obstétrique néonatalogie	Pédiatrie	Pharmacologie	Hygiène générale	Psychologie générale	Échographie	Éthique et déontologie	Rééducation périnéale
3	3	2	2	2	2	2	1

1 : Connaissances générales 2 : Connaissances détaillées 3 : Connaissances approfondies

CONDITIONS PARTICULIÈRES D'EXERCICE DU MÉTIER

- Contraintes d'un service d'urgence, exercice de l'activité jour/nuit, (gardes et astreintes)

PRÉREQUIS INDISPENSABLES POUR L'EXERCER

- Diplôme d'État de sage-femme et règles d'exercice de la profession

PASSERELLES ET ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES VERS D'AUTRES MÉTIERS

Passerelles courtes

- Cadre d'unité de gynécologie obstétrique
- Cadre formateur en gynécologie obstétrique

Passerelles longues

- Directrice d'école de sages-femmes
- Cadre de secteur en gynécologie obstétrique
- Sage-femme infirmière anesthésiste
- Sage-femme infirmière puéricultrice

CORRESPONDANCES STATUTAIRES ÉVENTUELLES

- Sage-femme

TENDANCES D'ÉVOLUTION DU MÉTIER

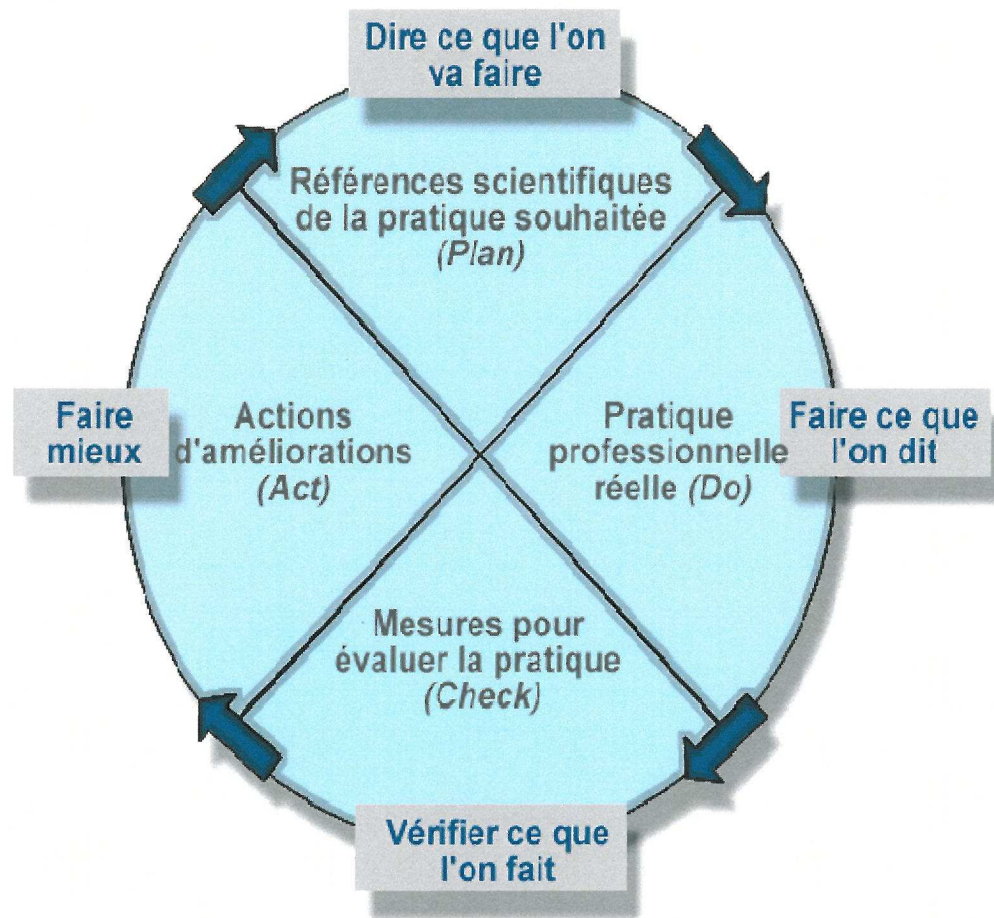
Les facteurs clés à moyen terme	Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences
<ul style="list-style-type: none"> ● Transfert d'actes médicaux vers les sages-femmes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Évolution du métier de sage-femme vers un accroissement des responsabilités médicales et obstétricales et renforcement des connaissances médicales
<ul style="list-style-type: none"> ● Réorganisation de la périnatalité avec une structuration des maternités selon des niveaux de technicité et de mise en réseau, conditions d'exercice du métier plus différenciées selon les lieux d'exercice (niveaux de prise en charge) et les problématiques de coordination des acteurs du réseau qui deviennent centrales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Renforcer la connaissance des réseaux et la réglementation sur les niveaux de technicité des maternités
<ul style="list-style-type: none"> ● Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilisation juridique accrue (droit des patients) et renforcement de la traçabilité des activités

FAMILLE : Soins médicaux, obstétricaux, gynécologiques, périnataux

SOUS-FAMILLE : Gynécologie, obstétrique

CODE MÉTIER : 18201

Annexe n°6 : Roue de la qualité, de la Haute Autorité de Santé, concernant l'évaluation des pratiques professionnelles.



Annexe n°7 : Analyse des leviers d'actions du changement

	Causes probables des dysfonctionnements	Pistes d'améliorations envisagées	Mise en œuvre stratégique
Causes culturelles	_Sous estimation/ manque de conscience du phénomène	_Culture d'évaluation : état des lieux _Evaluation des pratiques professionnelles à développer	Mise en place stratégique à envisager avec tous les acteurs de soins, coordonnée par les cadres sages-femmes
Causes organisationnelles	_Pas de procédure à suivre, pour les sages-femmes	_Formaliser des procédures de prise en charge du repérage des situations de vulnérabilité	
Causes liées à l'interaction entre les acteurs	_Manque de coopération entre les professionnels, entre les services, entre les établissements et avec les partenaires extérieurs _Peu de retour d'information	_Développement des réseaux dans l'établissement _Renforcer les coopérations inter-hospitalières _Améliorer le retour d'information pour améliorer les pratiques	
Causes liées à la gestion des ressources humaines	_Méconnaissance de la loi du 5 mars 2007	_Déploiement des connaissances : formations à propos de la loi du 5 Mars 2007 et des cellules	
Causes techniques	_Manque d'outils à disposition des sages-femmes	_Création d'outils : liste des clignotants à déceler _ Diffuser les guides à l'usage des professionnels, concernant l'enfance en danger	