

Ecole de sages-femmes
de Caen

Connaissances des professionnels de maternité sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile

Sous la direction de Mme Nathalie BRIELLE

Lisa YBERT

Née le 21 novembre 1996

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Années universitaires 2016-2020



AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Remerciements

A Madame Brielle, pour ses conseils avisés et sa grande disponibilité en toutes circonstances.

Au Docteur De Mil, pour son aide à la réalisation de l'étude statistique.

Aux sages-femmes enseignantes de l'école de sages-femmes de Caen et à Sophie, pour leur accompagnement durant ces quatre années.

A mes parents et mon frère, pour leur patience et leur soutien inconditionnel depuis toujours. Merci pour tout ce que vous m'apportez.

A mes camarades de promotion, et plus particulièrement Agathe, Charlotte, Gaïa et Manon pour ces quatre belles années passées à vos côtés et celles à venir.

Table des matières

Introduction.....	1
1. Généralités	1
1.1. Définition de la maltraitance.....	1
1.2. Epidémiologie de la maltraitance.....	2
1.3. Protection de l'enfance	3
2. Les moyens de prévention en anténatal et postnatal immédiat	4
2.1. Entretien Prénatal Précoce	4
2.2. Préparation à la Naissance et à la Parentalité.....	5
2.3. Staff médico-psycho-social.....	6
2.4. Organisation en réseau de soin à la sortie de la maternité	7
3. Dépistage.....	8
3.1. Le rôle des professionnels de maternité dans le dépistage des contextes à risque de maltraitance	8
3.2. Outils de repérage	9
Matériels et méthode.....	12
1. Problématique et objectifs.....	12
2. Hypothèses.....	12
3. Caractéristiques de l'étude	13
4. Outil de recueil de données	13
5. Diffusion du questionnaire.....	13
6. Analyses de données	14
Résultats.....	15
1. Caractéristiques de la population	15
2. Connaissances des professionnels de maternité sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance	15
2.1. Résultats de la note globale	15
2.2. Epidémiologie et facteurs de risque.....	17
2.3. Dépistage	20
3. Moyens de prévention de la maltraitance infantile.....	22
3.1. Pendant la grossesse	22
3.2. Pendant le post-partum immédiat.....	22
3.3. Information préoccupante et signalement	23

4. Formation	24
5. Expérience	26
Discussion	27
1. Rappel des principaux résultats	27
2. Forces et faiblesses de l'étude	27
3. Discussion des résultats	28
3.1. Connaissances sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance.....	28
3.2. Prévention	34
3.3. Formation	36
4. Propositions.....	38
4.1. Favoriser la formation de l'ensemble des professionnels de maternité.....	38
4.2. Généraliser l'entretien postnatal précoce	38
4.3. Mettre des outils à disposition des professionnels.....	38
Conclusion	39
Bibliographie.....	40
Annexes	43

Liste des abréviations

AP : Auxiliaire de Puériculture

AS : Aide-Soignante

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

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

EPDS : Echelle de Dépression Post-natale d'Edimbourg

EPNP : Entretien Post-natal Précoce

EPP : Entretien Prénatal Précoce

GO : Gynécologue-Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

LAEP : Lieux d'Accueil Enfants Parents

ODAS : Observatoire National De l'Action Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

Pts : Points

SF : Sage-Femme

SIG : Surveillance Intensive de Grossesse

SMPS : Staff Médico-Psycho-Social

TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

Introduction

Phénomène dérangeant, souvent occulté et bien trop fréquent, la maltraitance des enfants est un vaste problème mondial. C'est un véritable fléau de santé publique ayant de lourdes conséquences sur la santé somatique et mentale des victimes. Leur bien-être et leur développement tout au long de leur vie sont mis en péril.

Les professionnels de maternité ignorent le plus souvent ce que deviennent les enfants dont ils ont eu à s'occuper à la naissance et sont très rarement confrontés à des faits avérés de maltraitance infantile. Cependant, travaillant au plus près des mères, des pères et de leurs enfants, ils sont en première ligne pour observer la mise en place du lien mère-enfant et parfois son dysfonctionnement.

Ainsi, ces professionnels ont une place privilégiée dans le dépistage des contextes à risque et la prévention des violences faites aux enfants. En lien avec les différents acteurs de la périnatalité, ils sont un élément indispensable de la protection de l'enfance. Pour remplir cette fonction de façon optimale, ils ont besoin d'avoir toutes les clés en main, et donc de bonnes connaissances sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile.

1. Généralités

1.1. Définition de la maltraitance

1.1.1. Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS décrit la maltraitance infantile comme « *toutes formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir* ». (1)

L'OMS distingue 4 types de violences envers les enfants, soit toute personne âgée de moins de 18 ans : la violence physique, la violence sexuelle, la violence psychologique et la négligence.

1.1.2. Définition de l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS) (2)

En France, l'ODAS a introduit en 2007 la notion plus large d'enfant en danger, qui se partage en deux sous-catégories :

- L'enfant maltraité est celui qui est victime de toute forme de violence ou négligence entraînant des conséquences réelles ou potentielles sur sa santé ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.
- L'enfant en risque est un mineur qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé et sa sécurité mais qui n'est pas pour autant maltraité.

Les enfants en danger sont l'ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque.

Ainsi, la notion de danger prime sur celle de maltraitance, ce qui a été réaffirmé par la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et qui a ouvert, de ce fait, la porte à la prévention. (3)

1.2. Epidémiologie de la maltraitance

Les données chiffrées concernant la maltraitance infantile et l'enfance en danger sont collectées selon des méthodes et des définitions de la maltraitance différentes. Ces problèmes méthodologiques rendent difficile l'acquisition de données fiables. En France, elles proviennent d'organismes institutionnels ou associatifs qui recueillent des signalements ou des appels téléphoniques.

Parmi ces institutions, l'ODAS (2) a publié une étude en 2007 montrant un taux de signalements de 0,27% à 1,18% selon les départements, ce qui représentait environ 98 000 enfants en danger signalés en France cette année là. Le pourcentage d'enfants maltraités était évalué à 0,1%, soit environ 19 000 enfants.

En 2009, le journal britannique *The Lancet* (4) rassemble plusieurs études anglophones sur le nombre d'enfants maltraités dans les pays à haut revenus. Ce taux est estimé à 10%, ce qui est bien plus élevé que ce que rapporte l'ODAS.

Dans son rapport européen sur la prévention de la maltraitance des enfants (1), l'OMS estime que, pour la zone Europe, la prévalence de maltraitance physique est de 22,9%.

Concernant la maltraitance sexuelle, elle s'élèverait à 13,4% pour les filles et 5,7% pour les garçons. Enfin, la maltraitance psychologique concernerait 29,1% des enfants.

Dans un ouvrage publié en 2010 (5), Anne Tursz, pédiatre et épidémiologiste, fait un état des lieux de la maltraitance en France. Elle réalise une enquête sur les morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an qui a permis de retrouver 15 fois plus d'infanticides que ceux recensés dans les statistiques officielles de mortalité de l' Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Ainsi, en recoupant toutes les données existantes, elle conclue que la maltraitance est un problème de santé publique très largement sous-estimé qui touche probablement entre 5% et 10% des enfants dans toutes les classes sociales.

1.3. Protection de l'enfance

Devant l'ampleur du phénomène, la prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance est devenue un axe majeur de la protection de l'enfance depuis la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Cette loi affirme que « *L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant.* » (3). De plus, cette loi entend s'appuyer sur les professionnels de santé.

Elle introduit la notion d' « information préoccupante », à distinguer de la procédure de signalement, et crée les Cellules de Recueil, d'évaluation et de traitement des Informations Préoccupantes (CRIP). Elle ouvre ainsi la voie à la prévention, en proposant d'alerter les autorités administratives avant le stade de la maltraitance constituée.

La réforme met aussi en avant la prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance notamment en instaurant l'entretien prénatal précoce. Elle redéfinit également le rôle central de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans la prévention périnatale et le suivi des enfants de moins de 6 ans.

Enfin, elle donne un cadre légal au partage d'informations concernant les mineurs en danger ou risquant de l'être et aménage ainsi le secret professionnel pour permettre de mettre en place des mesures de protection.

2. Les moyens de prévention en anténatal et postnatal immédiat

La prévention de la maltraitance infantile comporte trois niveaux (6) :

- La prévention primaire agit en amont de la maltraitance et du risque hypothétique. Elle concerne une large part de la population et consiste en des mesures de prévention individuelles et collectives. L'accent doit être mis sur ce type de prévention et celle-ci doit être la plus précoce possible, c'est-à-dire dès la grossesse, voire même en amont de la vie reproductive auprès des adolescents futurs parents.(7)
- La prévention secondaire est centrée sur l'accompagnement de la population comportant des facteurs de risque de maltraitance. Cela implique la connaissance des facteurs de vulnérabilité et des mécanismes psychopathologiques et sociaux qui favorisent la survenue de mauvais traitements, et l'observation des interactions. La prévention secondaire comporte la mise en place de mesures de soutien à ces familles pour favoriser la bonne mise en place de la relation parents-enfant.
- La prévention tertiaire est une action précoce pour éviter la maltraitance d'un enfant en risque. Lorsque l'enfant est manifestement en danger, il faut sans plus attendre se donner les moyens d'évaluer et de mettre en place le plus précocement possible aide et protection. Ce sont toutes les formes de prise en charge et de suivi de l'enfant en danger, qui peuvent être par exemple des mesures administratives ou un placement judiciaire.

2.1. Entretien Prénatal Précoce (EPP)

Suite au rapport Molénat (8) et au Plan de Périnatalité 2005-2007 (9), la loi du 5 mars 2007 instaure une prévention primaire, s'adressant à toutes les femmes enceintes, sous la forme d'un entretien systématique au cours du 4^{ème} mois de grossesse. Il s'agit de la première des huit séances de préparation à la naissance et la parentalité remboursée par l'Assurance Maladie. Distinct du suivi médical de la grossesse, cet entretien permet d'évoquer, dans un climat d'écoute, de confiance et de confidentialité les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des consultations prénatales et de prévenir des troubles du développement psychoaffectif de l'enfant. Donner la parole aux femmes

enceintes permet de favoriser leur rôle actif dans le déroulement de la naissance et l'accueil du bébé.

Cet entretien a pour objectifs (10) :

- d'accéder par le dialogue au ressenti de la femme et du couple et de consolider leur confiance dans le système de santé,
- de présenter la préparation à la naissance et la parentalité et de programmer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales ultérieures,
- de repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide,
- d'adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.

Il est assuré par une sage-femme (hospitalière, libérale ou de PMI) ou un médecin. C'est un entretien individuel ou en couple : la présence du futur père peut aider le couple à exprimer ses difficultés et ses appréhensions. L'entretien prénatal précoce peut avoir lieu avant le 4^{ème} mois ou plus tardivement, si le besoin est exprimé. Il peut également être renouvelé dans le cas de situations difficiles (addictions, précarité, violences conjugales, etc...).

2.2. Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) (10,11)

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une préparation à la naissance et à la parentalité, associée au suivi médical de la grossesse, pour assurer le « *bon déroulement de la grossesse et le bien être de l'enfant* ». Initialement destinées à la prise en charge de la douleur, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ont aujourd'hui un rôle majeur dans l'accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. Elles permettent de stimuler la confiance des femmes enceintes dans leur capacité à devenir mère et à accoucher, à prendre soin d'elles-mêmes et de leur bébé. Ces séances sont aussi l'occasion d'impliquer le père qui se sent souvent exclu de la grossesse.

Les séances prénatales collectives ou individuelles sont un moment de dépistage, d'accompagnement et d'information pour la femme enceinte, mais aussi pour le couple. La sage-femme et l'obstétricien ont une place prépondérante dans la PNP. Le pédiatre peut également y participer, pour travailler auprès des parents à l'accueil du bébé et contribuer à repérer des situations à risque. Pour optimiser les bénéfices de la PNP, il est utile de faire un

lien entre le professionnel qui a effectué l'entretien prénatal précoce et celui qui assure les séances de préparation à la naissance. Cela contribue à la cohérence du dispositif préventif et garantit que les difficultés éventuellement décelées lors de l'entretien seront bien prises en compte.

Au cours des séances, les thèmes abordés dépassent les simples informations sur l'accouchement ou la puériculture. Pour aider les professionnels à connaître les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et à repérer les situations de vulnérabilité au cours du dialogue qui s'instaure avec la femme ou le couple, l'HAS a créé un exemple de guide d'entretien (Annexe I).

L'OMS préconise de donner à chaque femme qui le souhaite la possibilité de bénéficier de deux séances postnatales dans la première année de vie de l'enfant, dans la continuité des séances de PNP. Ces séances ont notamment pour objectifs de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement, de favoriser les liens d'attachement et la confiance en soi, de rechercher des signes de dépression du post-partum et d'adapter le suivi en fonction des besoins. Ces séances peuvent être profitables à toutes les mères, mais en particulier pour les sorties précoces. La visite postnatale étant programmée trop à distance de l'accouchement, l'HAS recommande également de proposer un entretien postnatal précoce (EPNP) à toutes les femmes entre J8 et J15 suivant l'accouchement, afin de leur permettre d'exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés. Le suivi pourrait alors être ajusté au regard de la discussion. (12)

2.3. Staff médico-psycho-social (SMPS)

Egalement appelé staff de parentalité, le staff médico-psycho-social est une réunion pluridisciplinaire mettant en lien les professionnels de maternité avec ceux de la PMI, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou les professionnels libéraux. Parmi les objectifs de ce staff (13), on retrouve « *l'amélioration de la coordination entre les différents professionnels intervenants autour de la naissance* » et le « *développement des actions en faveur de la protection de l'enfant par la préoccupation permanente et singulière du lien mère-enfant* ». Il s'inscrit donc dans une politique de prévention de la maltraitance infantile.

Le plus souvent hebdomadaire, il réunit des sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, puéricultrices, psychiatres ou pédopsychiatres, psychologues et assistantes sociales. Les

dossiers de femmes présentant des difficultés sont discutés avec leur accord afin d'évaluer, dès le stade anténatal, les situations présentant des facteurs de risque, et de proposer après concertation, une orientation et un soutien adapté. Toutes les informations transmises restent dans le cadre du secret professionnel. (14)

2.4. Organisation en réseau de soin à la sortie de la maternité

La sortie de la maternité et son organisation doivent être anticipées avant la naissance car la durée du séjour en maternité est courte. Le nombre de femmes qui rencontrent des difficultés en post-partum est relativement important (entre 15 et 35% selon les études) (12). Cela ne serait pas dû au temps d'hospitalisation, qui est jugé adéquate par les trois quarts des femmes interrogées, mais plutôt du fait d'une mauvaise préparation de la sortie de la maternité.

D'après l'HAS, le premier critère de définition du bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard est l'absence de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites d'addiction et de dépendance sévère. La vulnérabilité psychique comprend l'instabilité psychique, la dépression du post-partum, la prise de psychotropes, le manque d'autonomie dans les soins et la déficience mentale. Il est précisé qu'en présence de l'une de ces situations, un accompagnement médical et/ou social doit avoir été anticipé et programmé en amont et au cas par cas. Le neuvième critère est l'instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité. Il est recommandé de tout mettre en œuvre pour permettre au nouveau-né de sortir de la maternité en même temps que sa mère.

Des outils peuvent être utilisés pour aider les professionnels de santé à assurer la continuité des soins à la sortie de la maternité, en plus du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO), quand celui-ci est possible. L'HAS recommande la désignation d'un « référent de suivi », choisi par la femme et/ou le couple. Cela peut être une sage-femme libérale, une sage-femme d'un centre de PMI, ou un médecin généraliste qui devient l'intervenant principal après la sortie de la maternité. Il s'agit de préférence du professionnel ayant suivi la femme en anténatal. Il est également profitable d'identifier un « référent de maternité » dont les coordonnées restent à disposition du référent de suivi pour ses éventuelles demandes d'information et d'avis du professionnel référent du suivi. La fiche de liaison maternité/ville facilite la transmission des informations entre les deux parties.

Les professionnels de PMI sont des acteurs de proximité majeurs. L'implantation de ce service sur l'ensemble du territoire est un atout incontestable dans le suivi du nourrisson et en matière de prévention. Mais ce rôle central n'a de sens que s'il est véritablement bien articulé avec les autres acteurs de prévention. Ainsi, il convient que l'ensemble des professionnels (généralistes, pédiatres, spécialistes, praticiens hospitaliers, sages-femmes et puéricultrices libérales ou hospitalières ou de PMI) travaillent dans la complémentarité, chacun devant exercer ses compétences dans le cadre d'une collaboration constructive. (14)

3. Dépistage

3.1. Le rôle des professionnels de maternité dans le dépistage des contextes à risque de maltraitance (7)

Les stratégies de lutte contre les mauvais traitements reposent sur la reconnaissance du danger avant la survenue de la maltraitance elle-même, et donc par le dépistage dans l'ensemble de la population des parents vulnérables. Plusieurs entités, institutions ou personnes sont à même de repérer des cas. On peut ainsi lister les services d'action sociale, les services de Protection Maternelle et Infantile, ceux de l'Education Nationale, les professionnels libéraux et également le milieu hospitalier. Ce dépistage doit être fait le plus précocement possible, dès la grossesse. Ainsi, les services de maternité sont des lieux privilégiés pour la réalisation de ce repérage car ils sont des lieux de passage obligatoire pour toutes les femmes enceintes, dans le cadre de leur suivi médical de grossesse et de l'accouchement.

Les moments qui précèdent et suivent la naissance sont déterminants pour l'installation du lien mère-père-enfant. Cela réclame toute l'attention des professionnels de maternité. Ces moments clés se concentrent sur un temps très court et très intense où s'entremêlent les aspects médicaux, les aspects pratiques touchant à la puériculture, et les aspects psychologiques.

Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens sont présents tout au long de la grossesse avec les consultations prénatales, les consultations d'échographie et la préparation à la naissance et la parentalité. Ils sont donc en première ligne pour repérer les facteurs de risque. Les auxiliaires de puériculture et aides-soignantes dans les services de

suites de naissance sont au plus près des mères, des pères et des nouveau-nés pour observer le lien qui se crée entre eux. Le pédiatre assure deux consultations obligatoires du nouveau-né (à la naissance et à la sortie de maternité ou le huitième jour) qui sont l'occasion de rencontre avec la mère ou les deux parents et qui permettent de faire passer les messages essentiels, de répondre aux questions qu'ils se posent. Le psychologue de la maternité, lorsqu'il est sollicité, a également un rôle essentiel dans le repérage et la prise en charge très précoce des situations dont les difficultés risquent de compromettre la qualité du lien parents-enfant. (14)

En cas de repérage d'insuffisance de compétence maternelle ou de difficultés particulières, tous ces professionnels peuvent mettre en place une prévention précoce et efficace pour éviter d'éventuels mauvais traitements ultérieurs, car les familles sont très perméables à toute forme d'information et de soutien dans la période de la naissance. (7)

3.2. Outils de repérage

3.2.1. Facteurs de risque

La période périnatale est une période clé pendant laquelle les acteurs de santé peuvent rechercher des facteurs de risque de maltraitance.

Les auteurs des violences exercées sur les enfants sont dans la très grande majorité des cas les parents. (15) De nombreux facteurs de risque sont décrits dans la littérature, mais parmi eux certains prédominent largement. La maltraitance infantile semble être essentiellement une pathologie de l'attachement entre l'enfant et ses parents. Ainsi, les facteurs de risque psychoaffectifs dominent sur les facteurs socio-économiques. (16) Tout ce qui est susceptible d'altérer la mise en place du lien affectif entre les parents et leur enfant est à risque.

Concernant les parents, la dépression du post-partum, les antécédents personnels de violences subies dans l'enfance, les violences conjugales, les addictions, les troubles psychopathologiques, et l'isolement moral font partie des principaux facteurs de vulnérabilité. Une idée reçue fréquente est le lien supposé entre le faible niveau socio-économique et la maltraitance. Or, il a été démontré en prenant l'exemple du syndrome du bébé secoué (5) que toutes les classes sociales étaient concernées par le problème. Cette

idée est en partie liée au fait que les classes aisées sont moins exposées aux contrôles des services sociaux et de la police.

Du côté de l'enfant, la prématurité fait partie des grandes causes de difficultés d'attachement. Une étude anglophone de 2006 (17) montre que le poids de naissance et le faible âge gestationnel sont significativement associés à une probabilité élevée pour l'enfant d'être pris en charge par les services de protection de l'enfance. Par le biais de l'hospitalisation, et donc de la séparation néonatale, l'établissement et la qualité du lien précoce entre le nouveau-né et ses parents sont entravés. Cette étude a également démontré que le handicap, et plus particulièrement le handicap intellectuel, était en lui-même un facteur de risque de maltraitance. Les troubles du développement ou du comportement et le très jeune âge de l'enfant sont aussi des facteurs de vulnérabilité pour les nouveau-nés.

Ainsi, le repérage des facteurs de risque est un outil indispensable du dépistage précoce des contextes à risque de maltraitance infantile en maternité. Cependant, pour éviter d'entrer dans la stigmatisation, il est important de garder à l'esprit que ce ne sont pas des causes mais seulement des facteurs prédisposant. C'est la multiplicité de ces facteurs qui doit alerter les professionnels.

3.2.2. Observation du lien mère-enfant

Les maternités sont des lieux privilégiés pour repérer les signes qui peuvent témoigner d'une difficulté dans l'accordage entre les parents et le nouveau-né. L'observation du lien est difficile à objectiver mais il est important d'être attentif à certains clignotants. Un trouble du lien affectif parents-enfant, comme par exemple une absence globale d'investissement maternel dans les soins de son enfant, entraîne un attachement désorganisé qui peut être source de mauvais traitement. Il est donc important d'évaluer dans le peu de temps des suites de naissance les interactions corporelles, visuelles et vocales entre la mère et son enfant.

Des outils ont été établis pour aider cette évaluation, dont l'échelle de Prague (18) qui est une méthode d'observation pendant et après l'allaitement au sein ou au biberon. Un score est établi à l'issue de cette observation. Un autre outil de repérage est l'observation de compétences parentales inadéquates (19). Les compétences parentales peuvent être

évaluées grâce au guide d'évaluation des capacités parentales, qui est une adaptation actuelle du guide de Steinhauer de 1993. C'est une aide à l'analyse clinique en présentant les principales dimensions à examiner dans l'évaluation des capacités parentales.

Fola (20) est une fiche d'observation du lien mère-enfant basée sur la théorie de l'attachement du psychanalyste John Bowlby. Elle a été créée pour aider les professionnels de suites de naissance à observer et mettre en forme leurs observations réalisées auprès des mères et de leur bébé. C'est une liste de comportements que les soignants peuvent observer au cours d'un soin, divisée en sept parties (moyens d'expression du bébé, attitudes parentales envers le bébé, communication au bébé, humeur, comportement au soignant...) et auxquels ils peuvent ajouter des commentaires.

3.2.3. Dépistage de la dépression du post-partum

Nous avons vu précédemment que la dépression du post-partum faisait partie des principaux facteurs de risque de maltraitance infantile. L'Echelle de Dépression Post-natale d'Edimbourg (EPDS) (Annexe II) permet à la fois le dépistage précoce des mères à risque de développer une dépression post-natale et, dans les premières semaines du post-partum, celui des mères présentant une dépression du post-partum (21).

Face au problème majeur de santé publique qu'est la maltraitance des enfants et compte tenu de la place importante des professionnels de maternité dans son dépistage, nous nous sommes demandé s'ils disposaient de toutes les clés pour repérer efficacement les familles à risque de maltraitance infantile.

Matériels et méthode

1. Problématique et objectifs

Notre problématique était la suivante :

Quelles sont les connaissances des professionnels de maternité sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile ?

Ainsi, l'objectif principal de notre étude était l'évaluation des connaissances de ces professionnels sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance des enfants.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- l'évaluation de leurs connaissances et de leur implication dans la prévention,
- l'évaluation des expériences préexistantes de dépistage par les professionnels de maternité et des actions mises en place,
- l'évaluation de leurs besoins en formation sur le thème de l'enfance en danger.

2. Hypothèses

La revue de la littérature nous a menées à l'hypothèse suivante :

- Les professionnels de maternité manquent de connaissances sur le sujet et sur les outils de dépistage des contextes à risque de maltraitance dans les services de maternité.

Nos hypothèses secondaires étaient :

- Les professionnels de maternité manquent de temps et d'outils pour réaliser un dépistage efficace et systématique des situations à risque de maltraitance.
- Les professionnels de maternité sont impliqués dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la maltraitance infantile.
- Les professionnels de maternité estiment que leurs formations initiale et continue sont insuffisantes pour assurer un dépistage et une prévention précoces et systématiques de la maltraitance infantile.

3. Caractéristiques de l'étude

Afin de répondre à notre problématique et de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses, nous avons mis en place une étude observationnelle transversale multicentrique. Cette étude s'est déroulée du 22 juillet 2019 au 29 octobre 2019. Elle a été menée au sein de trois maternités du Calvados de niveaux différents (niveau un, niveau deux B et niveau trois).

Le recueil de données était de type quantitatif, par questionnaires anonymes. La population ciblée était l'ensemble des sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, aides-soignantes et auxiliaires de puériculture travaillant dans les services de consultations prénatales, surveillance intensive de grossesse, salle de naissance et suites de naissance.

Avant la mise en place de notre enquête, nous avons obtenu l'avis favorable du Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé (CLERS) de l'Université et du Centre Hospitalier Universitaire de Caen le 21 juin 2019 (Annexe III).

4. Outil de recueil de données

Le recueil de données a été réalisé grâce à un questionnaire anonyme comprenant 24 questions (Annexe IV). Pour faciliter l'exploitation, ces questions étaient majoritairement fermées ou à choix multiples, certaines avec possibilité de complément de réponse.

La première page du questionnaire comportait une explication des objectifs de l'étude et un formulaire d'information concernant les aspects légaux et rappelant le caractère anonyme et volontaire de la participation à l'étude.

La suite du questionnaire était divisée en quatre parties. La première consistait à définir les caractéristiques de la population. La deuxième visait à répondre à l'objectif principal de l'étude en interrogeant les professionnels sur leurs connaissances sur la maltraitance infantile et son dépistage. La troisième partie évaluait leurs besoins en formation. Enfin, une quatrième partie interrogeait les participants sur leurs expériences dans le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile.

Avant la diffusion, nous avons testé notre questionnaire sur deux sages-femmes et deux aides-soignantes afin de s'assurer de sa bonne compréhensibilité. Cela nous a permis d'ajuster la pertinence de nos questions.

5. Diffusion du questionnaire

Avant la distribution des questionnaires, nous nous sommes rendues dans chaque service pour rencontrer les sages-femmes coordinatrices, leur présenter notre étude et obtenir leurs

autorisations pour distribuer notre questionnaire aux professionnels de santé. Nous avons choisi de distribuer le questionnaire sous format papier afin de toucher l'ensemble des cinq professions ciblées par notre étude. Afin d'optimiser le nombre de réponses, la distribution a été effectuée au maximum en mains propres. Une enveloppe était à disposition des professionnels pour déposer leurs questionnaires une fois remplis. A l'issue de la période d'étude, les questionnaires ont été récupérés par nos propres moyens.

6. Analyses de données

Sur 156 questionnaires distribués, 87 ont été récupérés, tous exploitables. Le taux de retour est donc de 55,77%. Les statistiques ont été réalisées avec les logiciels Microsoft Office Excel 2007 et JASP 0.11.1.

Actuellement, il n'existe aucun score permettant d'évaluer les connaissances des professionnels de maternité sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance. Nous avons donc choisi de créer un score à partir des neuf questions se rapportant à l'épidémiologie, aux facteurs de risque et au dépistage. Avec l'aide du Docteur De Mil, médecin épidémiologiste, nous avons élaboré une grille (Annexe V) permettant d'attribuer une note à chaque question en fonction des réponses données. L'addition des scores de chaque question aboutit à un score total attribué à chaque sujet interrogé, permettant d'apprécier le niveau global de connaissances. L'une des questions ne s'adressant qu'aux sages-femmes, pédiatres et gynécologues-obstétriciens, la note était sur un total de 17 points pour ces catégories de profession et de 16 points pour les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture. Nous avons ensuite ramené l'ensemble des scores sur 20.

Pour interpréter ce score, nous avons établi une échelle indiquant le niveau de connaissances en fonction de la note obtenue sur 20.

Tableau I : Echelle d'interprétation des connaissances

Score obtenu/20	≥ 16	Entre 12 et 16	Entre 7 et 12	< 7
Interprétation	Très bonnes connaissances	Bonnes connaissances	Connaissances moyennes	Connaissances insuffisantes

Afin de comparer le score avec différentes variables qualitatives, nous avons réalisé des analyses de variances avec le test statistique ANOVA. Les résultats obtenus étaient significatifs si l'on obtenait une p-value inférieure à 0,05.

Résultats

1. Caractéristiques de la population

Tableau II : Caractéristiques de la population étudiée

	Effectif (n=87)	Pourcentage (%)
<u>Catégorie professionnelle :</u>		
Sage-femme (SF)	43	49,43
Pédiatre	4	4,60
Gynécologue-obstétricien (GO)	8	9,20
Aide-soignante (AS)	17	19,54
Auxiliaire de puériculture (AP)	15	17,24
<u>Années d'expérience :</u>		
< 5 ans	25	28,74
5-10 ans	14	16,09
11-15 ans	15	17,24
16-20 ans	8	9,20
> 20 ans	25	28,74
<u>Niveau de maternité d'exercice :</u>		
1	21	24,14
2	19	21,84
3	47	54,02
<u>Services :</u>		
Consultations prénatales	16	11,35
Surveillance intensive de grossesse	10	7,09
Salle de naissance	54	38,30
Suites de naissance	61	43,26

2. Connaissances des professionnels de maternité sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance

2.1. Résultats de la note globale

La moyenne obtenue par l'ensemble des professionnels de maternité au score de connaissance était de 12,53/20 ($\pm$ 2,13). Nous avons cherché à savoir s'il existait des différences entre les moyennes obtenues par les différentes catégories de la population étudiée.

Tableau III : Comparaison du score de connaissances en fonction de la profession, du nombre d'années d'expérience, des informations reçues et du sentiment de capacité à dépister

	Catégorie	Effectifs	Moyennes	Ecart-types	Comparaison	p-value
Profession	SF	43	13,08	1,92	Pédiatres	0,177
					AS	0,002
					AP	0,255
					GO	0,959
	Pédiatres	4	15,31	1,65	AS	< 0,001
					AP	0,018
					GO	0,143
	AS	17	10,98	2,07	AP	0,644
					GO	0,299
	AP	15	11,91	1,87	GO	0,930
	GO	8	12,58	1,58		
Années d'expérience	< 5 ans	25	12,41	2,58	5-10 ans	0,991
					11-15 ans	0,794
					16-10 ans	0,998
					> 20 ans	0,998
	5-10 ans	14	12,09	2,39	11-15 ans	0,633
					16-10 ans	1,000
					> 20 ans	0,953
	11-15 ans	15	13,20	1,77	16-10 ans	0,801
					> 20 ans	0,911
	16-10 ans	8	12,16	1,79	> 20 ans	0,986
	> 20 ans	25	12,60	1,80		
Informations reçues pendant la formation initiale	Oui	39	12,83	2,58	Non	0,229
	Non	48	12,28	1,67		
Informations reçues pendant la formation continue	Oui	15	13,43	2,18	Non	0,025
	Non	72	12,34	2,08		
Sentiment de capacité à dépister	Oui	61	12,80	2,13	Non	0,044
	Non	24	11,77	2,00		

Nous avons analysé chacune des questions relatives aux connaissances sur le dépistage afin de connaître le nombre de réponses pour chaque item ainsi que les scores de connaissances obtenus par chaque catégorie de profession. Au vu de la différence significative entre les moyennes du score global des cinq professions, nous avons cherché à savoir sur quelles notions portait cette différence en comparant les moyennes des scores intermédiaires obtenus à chaque question en fonction de la catégorie professionnelle.

2.2. Epidémiologie et facteurs de risque

2.2.1. Estimation du nombre d'enfants maltraités en France par les professionnels

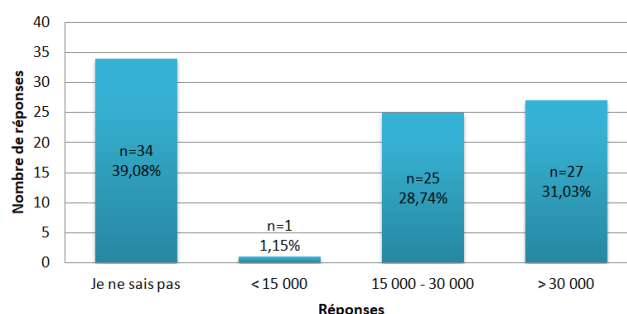


Figure 1 : Répartition des réponses des professionnels de l'étude à la question sur l'épidémiologie

A la question « Selon-vous, combien d'enfants sont victimes de maltraitance chaque année en France ? », la majorité des pédiatres (75%, n=3) ont répondu « Plus de 30 000 ». Les sages-femmes ont coché autant de fois (39,54%, n=17) les cases « Plus de 30 000 » et « Je ne sais pas ». Concernant les gynécologues-obstétriciens, ils ont majoritairement répondu « Je ne sais pas » (62,5%, n=5). La réponse la plus donnée par les aides-soignantes (47,06%, n=8) était « 15 000 - 30 000 ». Enfin, les auxiliaires de puériculture ont toutes répondu soit « Je ne sais pas » (53,33%, n=8), soit « 15000 – 30 000 » (46,67%, n=7).

La moyenne des scores de connaissances obtenus par l'ensemble des professionnels à cette question était de 0,16 ($\pm$ 0,61) sur 1 point. Le test statistique ANOVA mettait en évidence que la différence entre les moyennes des professionnels à cette question est significative ($F(4) = 3,661$; $p = 0,009$).

Tableau IV : Comparaison du score à la question de l'épidémiologie en fonction de la profession

Professions	Effectifs	Moyennes	Ecart-types	Groupes comparés	Signification (p)
SF	43	0,29	0,61	Pédiatres	0,551
				AS	0,833
				AP	0,026
				GO	0,508
Pédiatres	4	0,75	0,50	AS	0,288
				AP	0,026
				GO	0,155
AS	17	0,12	0,70	AP	0,429
				GO	0,949
AP	20	-0,23	0,26	GO	0,961
GO		-0,06	0,56		

2.2.2. Facteurs de risques parentaux

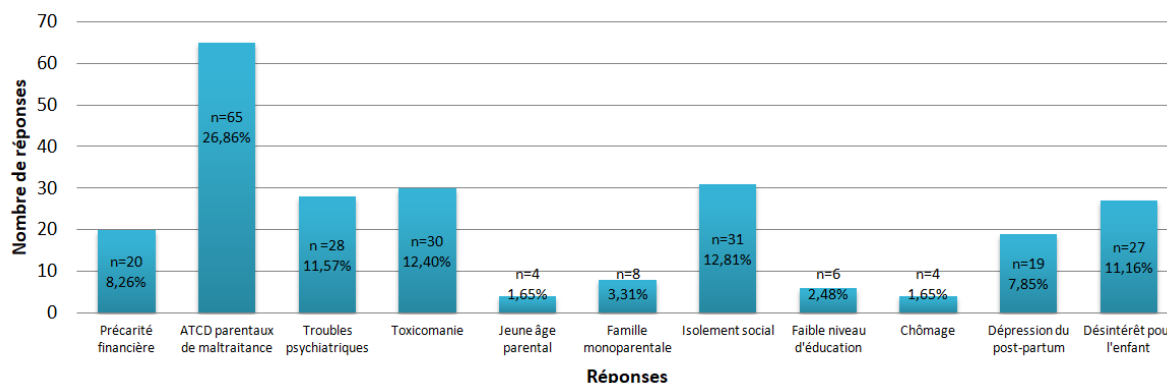


Figure 2 : Répartition des principaux facteurs de risque parentaux selon les professionnels

Nous avons demandé aux professionnels ce qu'ils considéraient être les 3 principaux facteurs de risque de maltraitance infantile concernant les parents. La moyenne des scores obtenus par l'ensemble des professionnels était de 2,36 ($\pm 0,69$) sur 3 points.

Une analyse de variance aux groupes indépendants mettait en évidence que l'effet de l'activité professionnelle sur le score à cette question n'est pas significatif ($F(4) = 1,498$; $p = 0,211$).

2.2.3. Facteurs de risques liés à l'enfant

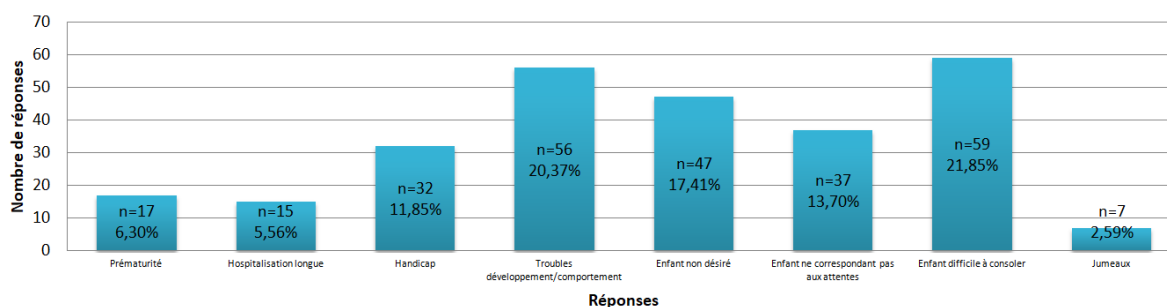


Figure 3 : Répartition des principaux facteurs de risque liés à l'enfant selon les professionnels

La moyenne des scores de connaissances obtenus par l'ensemble des professionnels à la question « Selon-vous, quels sont les 3 principaux facteurs de risque de maltraitance infantile concernant l'enfant ? », était de 2,10 ($\pm 0,40$) sur 3 points.

L'analyse de variance ne montrait pas de différence significative ($F(4) = 2,704$; $p = 0,056$) entre les moyennes des différentes catégories professionnelles pour cette question.

2.2.4. Lien mère-enfant et maltraitance infantile

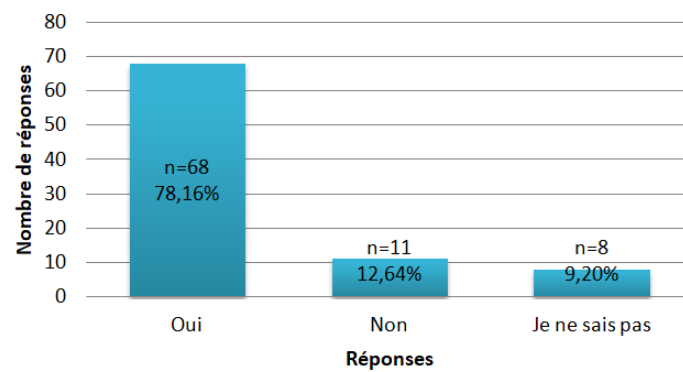


Figure 4 : Possibilité d'un lien entre difficulté de mise en place du lien mère-enfant et maltraitance infantile à long terme selon les professionnels de l'étude

A la question « Pour vous, une difficulté dans l'installation du lien mère-enfant en période prénatale ou dans le post-partum immédiat peut-elle entraîner une maltraitance à long terme ? », 100% des pédiatres (n=4), 93,02 % des sages-femmes(n=40) et 75% des gynécologues obstétriciens (n=6) ont répondu « oui ». Parmi les auxiliaires de puériculture, 73,33% (n=11) ont répondu « oui », 13,33% (n=2) ont répondu « non » et également 13,33% (n=2) ont répondu « je ne sais pas ». Il y a autant d'aide-soignantes ayant répondu « oui » et « non » : 41,17% (n=7). Trois aides-soignantes (17,64%) ont répondu « je ne sais pas ».

La moyenne des scores de connaissances obtenus ici était de 0,65 ($\pm 0,70$) sur 1 point. L'analyse de variance mettait en évidence que l'effet de la profession sur le score à cette question est significatif ($F(4) = 6,593$; $p < 0,001$).

Tableau V : Comparaison du score à la question du lien entre difficulté de la mise en place du lien mère-enfant et maltraitance en fonction de la profession

Professions	Effectifs	Moyennes	Ecart-types	Groupes comparés	p-value
SF	43	0,884	0,448	Pédiatres	0,996
				AS	< 0,001
				AP	0,549
				GO	0,980
Pédiatres	4	1,000	0,000	AS	0,037
				AP	0,781
				GO	0,965
AS	17	0,000	0,935	AP	0,046
				GO	0,035
AP	20	0,600	0,737	GO	0,981
GO	8	0,750	0,463		

2.3. Dépistage

2.3.1. Rôle des professionnels dans le dépistage

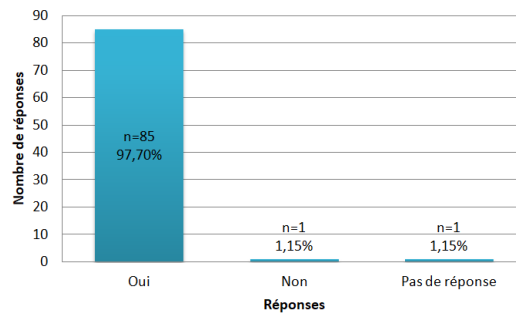


Figure 5 : Répartition des réponses des professionnels de l'étude à la question « Pensez-vous avoir un rôle dans le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile ? »

2.3.2. Dépistage anténatal

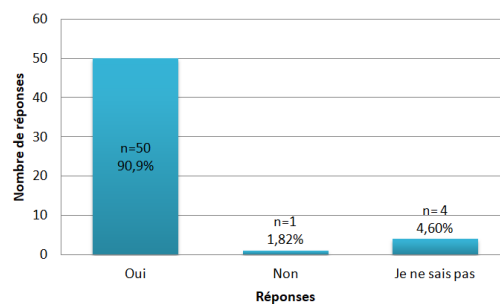


Figure 6 : Répartition des réponses des professionnels de l'étude à la question « Pensez-vous qu'il est possible de dépister un contexte à risque de maltraitance pendant la grossesse ? »

2.3.3. Dépistage pendant le séjour en suites de naissance

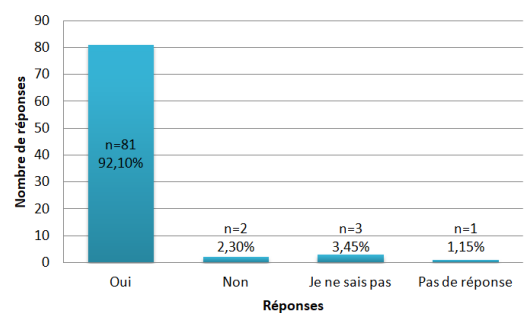


Figure 7 : Répartition des réponses des professionnels de l'étude à la question « Pensez-vous qu'il est possible de dépister un contexte à risque de maltraitance pendant le séjour en suites de naissance ? »

2.3.4. Moments propices au dépistage

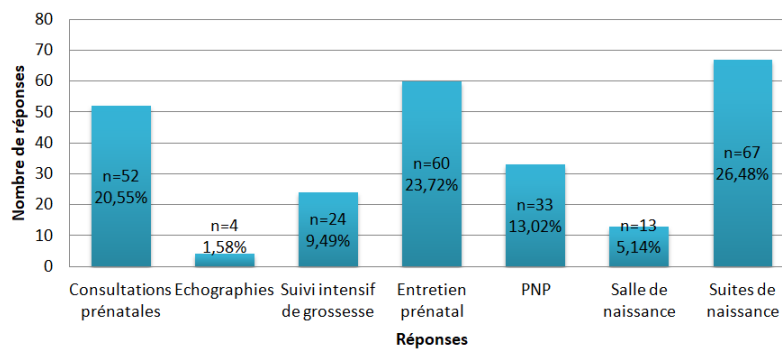


Figure 8 : Moments les plus propices au dépistage et à la prévention des contextes à risque de maltraitance selon les professionnels de l'étude

Le test statistique ANOVA ne montrait pas de différence significative entre les moyennes des différentes catégories professionnelles à cette question ($F(4) = 0,406$; $p = 0,804$).

2.3.5. Techniques et outils de dépistage

Nous avons demandé aux professionnels s'ils connaissaient des techniques ou des outils permettant le dépistage des contextes à risque de maltraitance. Parmi les participants, 26,44% ($n=23$) ont répondu « oui » et 73,56% ($n=64$) ont répondu « non ».

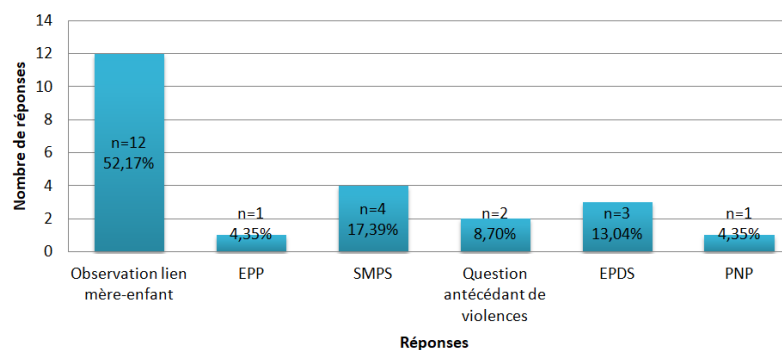


Figure 9 : Techniques et outils de dépistage cités par les professionnels de l'étude ayant répondu « oui » à la question précédente

La moyenne des scores de connaissances obtenus à cette question était de 0,25 ($\pm 0,51$) sur 2 points. Nous n'avons pas pu prouver l'existence d'une différence significative entre les moyennes des différentes catégories professionnelles ($F(3) = 0,856$; $p = 0,494$).

3. Moyens de prévention de la maltraitance infantile

Pour savoir si les professionnels de notre étude connaissaient les moyens pouvant être mis en œuvre pour prévenir la maltraitance des enfants, nous leur avons demandé de les citer avec une question ouverte.

3.1. Pendant la grossesse

Nous avons demandé aux professionnels de l'anténatal (pédiatres, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) s'ils pensaient qu'une prévention de la maltraitance infantile était possible pendant la grossesse et, si oui, de citer des moyens de prévention. Parmi eux, 87,04% (n=47) pensaient que cela est possible, tandis que 12,96% (n=7) pensaient que cela est impossible.

Tableau VI : Moyens de prévention pendant la grossesse cités par les professionnels

Moyens cités	n = 45	%
Suivi pluridisciplinaire :		
- Lien PMI	10	22,22
- Assistante sociale	2	4,44
- Psychologue, pédopsychiatre	5	11,11
- SMPS	2	4,44
Aide médico-psychosociale	4	8,89
Lieux d'Accueil Enfants Parents	1	2,22
Dialogue et informations :		
- Informations	5	11,11
- Informations bébé secoué	2	4,44
- Dialogue	6	13,33
- EPP	1	2,22
- PNP	5	11,11
- Associations	1	2,22
Autres :		
- Lutter contre les facteurs de risque	1	2,22

3.2. Pendant le post-partum immédiat

Parmi l'ensemble des professionnels interrogés, 89,74% (n=70) pensaient qu'il est possible de prévenir la maltraitance infantile dans le post-partum immédiat tandis que 2,56% (n=2) pensaient que cela n'est pas possible et 7,69% (n=6) n'avaient pas répondu.

Tableau VII : Moyens de prévention pendant le post-partum immédiat cités par les professionnels

Moyens cités	n=83	%
Suivi pluridisciplinaire		
- Lien PMI	14	16,86
- Psychologues, pédopsychiatres	3	3,61
- Travail en équipe	2	2,41
Aide médico-psychosociale	1	1,20
Technicien d'intervention familiale et sociale	4	4,81
Observation du lien mère-enfant	9	10,26
Dialogue et informations :		
- Informations	9	10,84
- Informations bébé secoué	9	10,84
- Informations dépression du post-partum	1	1,20
- Dialogue	8	9,63
- Groupes de rencontre parents-enfants	1	1,20
- Entretien post-natal	1	1,20
- Soutien relation parents-enfant (valorisation des compétences, soutien de l'allaitement, portage)	6	7,23
- Accompagnement des soins, conseils de puériculture	2	2,41
Accompagnement du retour à la maison		
- Organisation du retour au domicile	5	6,02
- PRADO	4	4,81
Transmission d'information préoccupante	1	1,20
Signalement judiciaire	2	2,41
Placement de l'enfant	1	1,20

3.3. Information préoccupante et signalement

Nous avons voulu savoir si les participants connaissaient ce qu'est une information préoccupante et un signalement, et s'ils avaient déjà participé à l'un ou l'autre.

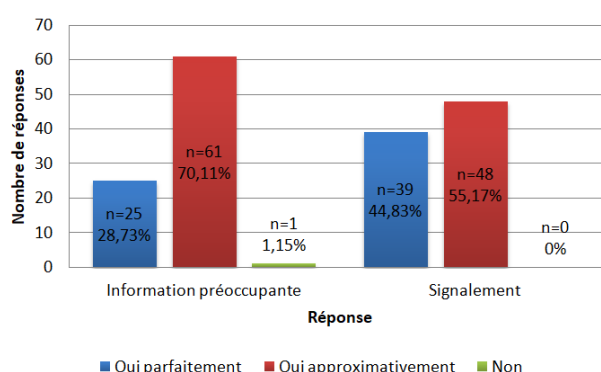


Figure 10 : Connaissance des professionnels de l'étude sur les notions d'information préoccupante et de signalement

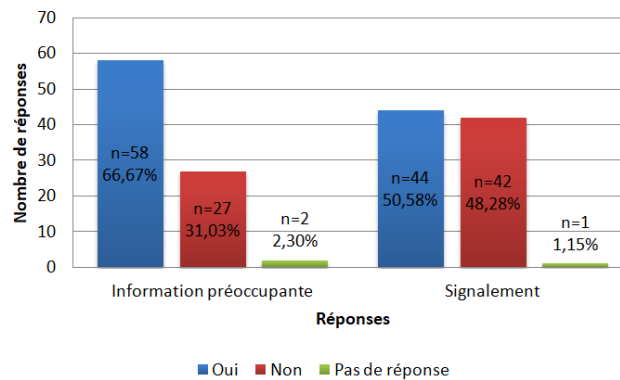


Figure 11 : Participation des professionnels de l'étude à des informations préoccupantes ou des signalements au cours de leur pratique professionnelle

Parmi les professionnels de notre étude, 100% des pédiatres (n=4), 72,1% des sages-femmes (n=31), 25% des gynécologues-obstétriciens (n=2), 70,6% des aides-soignantes (n=12) et 60% des auxiliaires de puériculture (n=9) affirment déjà avoir participé à une transmission d'information préoccupante. Concernant les signalements, 100% des pédiatres (n=4), 44,2% des sages-femmes (n=19), 37,5% des gynécologues-obstétriciens (n=3), 58,8% des aides-soignantes (n=10) et 53,3% des auxiliaires de puériculture (n=8) disent déjà y avoir participé.

4. Formation

Tableau VIII : Informations reçues par les professionnels de l'étude au cours de leur formation initiale

	Réponse	n=100	%
Thèmes abordés au cours de la formation initiale	L'enfance en danger	16	18,39
	Loi du 5 mars 2007	15	17,24
	Dysfonctionnement du lien parents-enfant	21	24,14
	Aucun de ces thèmes	48	55,17

Parmi les professionnels de notre étude, 46,51% (n=20) des sages-femmes, 25% (n=1) des pédiatres, 87,5% (n=7) des gynécologues-obstétriciens, 70,59% (n=12) des aides-soignantes et 53,33% (n=8) des auxiliaires de puériculture n'ont reçu aucune information sur les thèmes proposés au cours de leur formation initiale.

Tableau IX : Informations reçues par les professionnels de l'étude au cours de leur formation continue

	Réponse	n=87	%
Informations reçues au cours de la formation continue	Oui	15	17,24
	Non	72	82,76

Parmi les professionnels de notre étude, 83,72% (n=36) des sages-femmes, 25% (n=1) des pédiatres, 62,5% (n=5) des gynécologues-obstétriciens, 94,12% (n=16) des aides-soignantes et 93,33% (n=14) des auxiliaires de puériculture n'ont reçu aucune information sur la maltraitance infantile au cours de leur formation continue.

Les participants ayant reçu une information sur la maltraitance infantile depuis leur diplôme ont assisté à des conférences, visionné des vidéos sur ce thème, effectué un diplôme intra-universitaire de psychopérinatalité ou un master de périnatalité. D'autres ont été informés par l'association « Stop aux Violences Sexuelles », ou au cours des staffs et de discussions avec des psychologues.

Parmi les professionnels interrogés, 70,12% (n=61) disaient se sentir en capacité de dépister les situations à risque de maltraitance. Les raisons du sentiment d'incapacité citées par les 27,59% (n=24) restants étaient principalement le manque de connaissances et de formation, le manque d'expérience et le manque de temps. Concernant la prise en charge, la moitié des professionnels (n=43 ; 49,43%) se sentaient capables d'assumer la prise en charge. Parmi les 49,43% ne s'en sentant pas capables, le manque de formation était la raison principale citée.

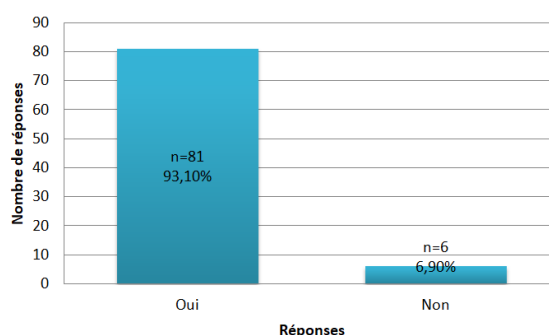


Figure 12 : Réponses des professionnels de l'étude à la question « Pensez-vous avoir besoin de formation à ce sujet ? »

5. Expérience

Au cours de leur pratique professionnelle, 60,92% des participants (n=53) ont déjà dépisté une situation à risque de maltraitance.

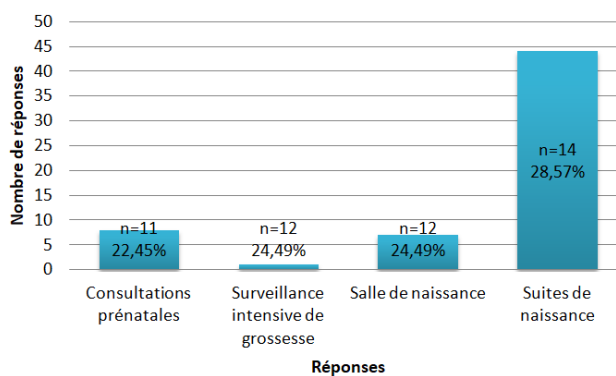


Figure 13 : Services dans lesquels les professionnels de l'étude ont déjà dépisté une situation à risque de maltraitance

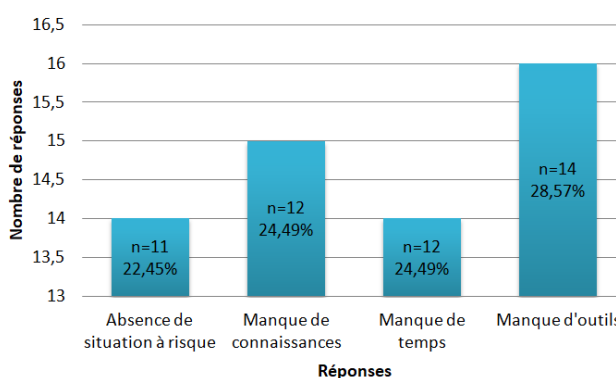


Figure 14 : Raisons avancées par les professionnels de l'étude pour lesquelles ils n'auraient pas dépisté de situation à risque

Discussion

1. Rappel des principaux résultats

Notre étude nous a permis d'évaluer les connaissances des professionnels de maternité sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile. Nous avons mis en évidence que ces professionnels ont globalement de bonnes connaissances à ce sujet. Il existe cependant des disparités de connaissances entre les différentes professions exerçant auprès des mères et des nouveau-nés au sein des services de maternités.

2. Forces et faiblesses de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude prospective à caractère multicentrique, ce qui permettait de donner de la valeur à notre travail. Le fait d'avoir interrogé cinq catégories professionnelles différentes constituait également une force pour notre étude car cela est rarement retrouvé dans d'autres travaux.

La distribution régulière en mains propres de notre questionnaire nous a permis de toucher les professionnels qui n'ont pas toujours le temps de consulter leur boîte mail et d'améliorer ainsi notre taux de réponse qui s'élève à 55,77%. Cependant, la taille des échantillons de chaque catégorie professionnelle interrogée était variable. En effet, si les sages-femmes, les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture étaient nombreuses à avoir rempli le questionnaire, peu de pédiatres et gynécologues-obstétriciens ont répondu à notre étude. Même si les effectifs correspondaient plutôt à la réalité du terrain, cela représentait une perte de puissance qu'il est important de prendre en compte.

Le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile est un sujet sensible, ce qui peut constituer un biais de volontariat. Les personnes ne se sentant pas à l'aise ou ayant moins de connaissances à ce sujet ont pu décider de ne pas participer à l'enquête.

Concernant le questionnaire sur lequel s'appuyait notre étude, il comportait une majorité de questions à choix multiples, facilitant ainsi le recueil et l'analyse des données. Toutefois, cela pouvait induire les réponses et entraîner un biais par réactualisation de la mémoire. Nous avons choisi de poser les questions nous paraissant les plus importantes de façon ouverte. Même si elles sont plus longues à traiter et peuvent entraîner un comportement d'évitement chez les sondés car elles contraignent à la réflexion, les questions ouvertes sont le meilleur moyen d'obtenir l'expression sincère des connaissances.

Le score de connaissances que nous avons élaboré a été un outil important dans l'évaluation des connaissances. Il nous a permis de répondre à notre objectif principal et de comparer différentes catégories de la population entre elles. Néanmoins, même si les critères d'évaluation s'appuyaient sur les données de la littérature, il restait une part non négligeable de subjectivité. Ayant été utilisé seulement pour notre étude, il est impossible de comparer les résultats de ce score avec d'autres études.

3. Discussion des résultats

3.1. Connaissances sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance

3.1.1. Connaissances globales

Les professionnels de santé notés à l'aide du score de connaissances ont obtenu une moyenne générale se situant entre 12 et 16 ($12,53 \pm 2,13$) sur 20 points. Selon notre échelle d'interprétation des connaissances, ils avaient donc globalement de bonnes connaissances sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile. Les moyennes des pédiatres ($15,31 \pm 1,65$), des sages-femmes ($13,08 \pm 1,92$) et des gynécologues-obstétriciens ($12,58 \pm 1,58$) de notre étude traduisaient de bonnes connaissances. Les moyennes des auxiliaires de puéricultures ($11,91 \pm 1,87$) et les aides soignantes ($10,98 \pm 2,07$) les plaçaient dans la catégorie « connaissances moyennes ». La comparaison des scores des différentes professions avec le test statistique ANOVA (Tableau III) confirmait la présence de différences significatives entre les moyennes obtenues par les différentes professions. Les pédiatres avaient de meilleures connaissances que les aides-soignantes ($p < 0,001$) et les auxiliaires de puéricultures ($p = 0,018$) et les sages-femmes avaient de meilleures connaissances que les aides-soignantes ($p = 0,002$).

Ces variabilités de connaissances entre les professions peuvent être expliquées par les différences de niveaux d'études de ces cinq professions. En effet, les pédiatres et les sages-femmes ont accès à des interventions spécifiques sur ces sujets en formation initiale. C'est également un thème plus souvent abordé dans leurs congrès à l'inverse des gynécologues-obstétriciens par exemple. Les résultats obtenus sont logiques car les études médicales sont des études longues contrairement à celles des auxiliaires de puériculture et des aides-soignantes. Celles-ci ont des formations très pratiques et ne bénéficient que de très peu d'informations sur l'enfance en danger ou encore sur les liens précoces mère-enfant.

Pourtant, ces deux catégories professionnelles sont celles qui passent le plus de temps auprès des femmes en suites de naissance et sont donc essentielles au dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile. Nos résultats montrent donc un réel besoin en formation de ces deux professions.

Il serait aisé de penser que les professionnels ayant exercé pendant longtemps ont plus de savoirs sur le dépistage grâce à leur expérience sur le terrain. Cependant, nous n'avons pas prouvé que le nombre d'années d'expérience ait une influence sur le niveau de connaissances (Tableau III).

3.1.2. Epidémiologie

Les professionnels de santé semblent mal connaître les chiffres de la maltraitance. Leur moyenne au score de connaissances pour la question de l'épidémiologie était très basse ($0,16 \pm 0,61$ sur 1 point). En effet, 39,08% (n=34) des participants disent ne pas savoir le nombre d'enfant maltraités en France. De plus, 28,74% (n=25) ont répondu « 15000 - 30 000 » et 1,15% (n=1) « Moins de 15 000 », sous-estimant ainsi ce nombre. Si l'on compare les prévalences estimées par les études de The Lancet (4), de l'OMS (1), et d'Anne Tursz (5) avec le nombre d'enfants estimés en France par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) (22), ce nombre est bien supérieur à 30 000. Dans le plan de lutte contre les violences faites aux enfants lancé par le gouvernement en 2019 (23), il est indiqué que « *en France, en 2018, plus de 52 000 enfants ont été victimes de violences, mauvais traitements ou abandons* ». Ainsi, un tiers des sondés quelque soit la profession ignore l'ampleur du phénomène. Cela va dans le sens de l'enquête réalisée par Anne Tursz en 2010, qui soutient l'hypothèse que la maltraitance infantile est largement sous-estimée (5).

Concernant le score de connaissances, l'analyse de variance montrait que la moyenne des auxiliaires de puériculture ($-0,23 \pm 0,26$) était significativement inférieure à celle des sages-femmes ($p=0,026$) et à celle des pédiatres ($p=0,026$). En effet, nous avons remarqué que 46,06% (n=8) d'entre elles sous-estimaient le nombre d'enfants maltraités en choisissant la réponse « 15000 - 30 000 ». Parmi les aides-soignantes, 47,06% ont également coché cet item. La sous-estimation est donc accentuée dans ces deux catégories de population de notre étude. La majorité des gynécologues-obstétriciens (62,5%) ont coché « Je ne sais pas ». Cela interroge pour le dépistage anténatal des contextes à risque de maltraitance. En effet, ces professionnels accompagnent les femmes tout au long de leur grossesse. S'ils ne

mesurent pas l'ampleur du phénomène de la maltraitance, cela questionne sur leur vigilance lors des consultations prénatales.

Cette sous-estimation de la part des professionnels de maternité mène à s'interroger sur leur capacité à dépister les contextes à risque. Le manque de prise de conscience pourrait entraver l'attention portée au problème de la maltraitance.

3.1.3. Facteurs de risque

Nous avons demandé aux professionnels de citer les trois facteurs de risques concernant les parents qu'ils considéraient être les plus importants. Parmi les réponses proposées, ils ont majoritairement cité les antécédents parentaux de maltraitance (26,86%). Ils semblent donc savoir que la transmission intergénérationnelle de la violence est réelle (24). L'item « Toxicomanie » a également beaucoup été coché (12,40%). Une étude de 2012 (25) montre que la toxicomanie influe clairement sur la négligence et l'abandon. Les parents aux antécédents psychiatriques ont un taux de maltraitance 3 fois plus élevé que la moyenne (26). Les professionnels, en cochant à 11,57% l'item « troubles psychiatriques », montrent qu'ils en ont conscience. Comme le pensent 11,16% des sondés, le désintérêt pour l'enfant est clairement un facteur de risque de maltraitance infantile, puisque la maltraitance est très probablement avant tout une pathologie de l'attachement (16). Les professionnels ont bien conscience que l'isolement social (12,81%), qui figure parmi les plus cités, est un facteur de risque de maltraitance (1).

Aucun item proposé dans la question des facteurs de risques parentaux n'était faux. Dans notre score, nous avons voulu valoriser les professionnels ayant cité les facteurs de risques psychoaffectifs qui, comme le souligne l'HAS (16), prédominent sur les facteurs socioéconomiques. La moyenne obtenue à cette question était bonne ($2,36 \pm 0,69$ sur 3 points). Nous n'avons pas démontré qu'une catégorie professionnelle avait une meilleure moyenne qu'une autre. Ainsi, l'ensemble des professionnels de maternité semblent avoir de bonnes connaissances sur les facteurs de risques parentaux, puisqu'ils ne privilégient pas les facteurs socioéconomiques au détriment des facteurs psychoaffectifs.

Nous avons également demandé aux professionnels de maternité de citer les trois principaux facteurs de risques liés à l'enfant selon eux.

Dans la littérature, l'un des facteurs de risques majeurs retrouvés est la prématurité. Une étude anglophone de 2006 (17) montre que les enfants de petit poids de naissance et de

faible âge gestationnel sont significativement plus à risque d'être pris en charge par les services de protection de l'enfance, pour tout type de maltraitance. En effet, l'hospitalisation longue qu'elle induit rend difficile l'attachement précoce entre le nouveau-né et ses parents, ce qui constitue une situation à risque de maltraitance ultérieure. Or, dans notre étude, la prématurité fait partie des trois facteurs les moins cités avec seulement 6,30% des réponses. De même, l'hospitalisation longue n'a été citée que par 5,56% des professionnels. Il peut paraître étonnant que ces deux réponses ne soient pas données d'avantage étant donné que la majorité des professionnels de notre étude exerce en maternité de niveau trois.

Le même constat a été fait chez les médecins généralistes. Dans une thèse de 2018 (27) dans laquelle C. Peter-Kress étudiait les connaissances des médecins généralistes sur les facteurs de risque de maltraitance infantile, la prématurité était le facteur de risque le moins connu. Dans la thèse de C. Gréco de 2013 (28), seuls 3% des médecins généralistes interrogés citaient la prématurité comme facteur de risque de maltraitance. Dans sa thèse de 2012 (29), M. Steenhouwer montrait que certains médecins semblent même penser qu'il s'agit d'un facteur protecteur.

Le handicap est, dans notre étude, le quatrième facteur le moins cité (11,85%). Cependant, dans un rapport de l'ONED (30), Anne Tursz montrait que le handicap en lui-même était un facteur de risque de maltraitance. Les professionnels de maternité ne semblent donc ne pas bien connaître ce lien.

Enfin, les troubles du développement ou du comportement est le troisième item le plus choisi par les sondés de notre étude. Cela fait en effet partie des facteurs de risques les plus retrouvés dans la littérature, comme par exemple dans une étude anglophone de 2008 (31). Les soignants exerçant en maternité ont conscience de ce facteur de risque.

La comparaison par analyse de variance des moyennes des différentes catégories professionnelles à ces deux questions sur les facteurs de risque n'a pas pu montrer de différence significative. Ainsi, l'ensemble des professions que nous avons interrogées semble avoir de bonnes connaissances des facteurs de risques parentaux mais pas de ceux concernant l'enfant. Une formation adaptée et plus approfondie à ce sujet semble être la clé pour leur permettre de dépister efficacement.

Les travaux de John Bowlby sur la théorie de l'attachement montrent que l'investissement affectif de l'enfant avant et pendant la grossesse ainsi que la création d'un lien précoce entre le nouveau-né et ses parents sont indispensables pour l'établissement

d'une relation harmonieuse entre le bébé, puis l'enfant, et ses parents (32). Toute situation qui empêcherait ce lien de se nouer le plus précocement possible est potentiellement délétère et à risque de maltraitance.

Les professionnels de maternité semblent en avoir conscience puisque 78,16% d'entre eux ont affirmé qu'une difficulté dans l'installation du lien mère-enfant en période anténatale ou dans le post-partum immédiat pouvait entraîner une maltraitance à long-terme. La comparaison des scores des différentes professions à cette question montrait que les aides-soignantes avaient une moyenne significativement inférieure à celle des autres professionnels interrogés (Tableau V). Encore une fois, la différence de niveau d'étude et le manque de formation sont très certainement à l'origine de cette différence de connaissances.

3.1.4. Dépistage

Les professionnels de maternité ont pleinement conscience d'avoir leur place dans le dépistage des contextes à risque de maltraitance. La quasi-totalité d'entre eux (97,70%) ont répondu positivement à la question sur leur rôle dans le dépistage. Les professionnels de l'anténatal (sages-femmes, pédiatres et gynécologues-obstétriciens) savent qu'il est possible de dépister un contexte à risque de maltraitance pendant la grossesse (90,9% de réponses positives). L'ensemble des professionnels de maternité s'accordent sur le fait que l'on puisse dépister ces contextes à risque dans le post-partum immédiat (92,1% ont répondu positivement). Ainsi, le personnel de santé ne sous-estime pas son rôle dans le dépistage des contextes à risque de maltraitance lors des séjours des femmes et des nouveau-nés à la maternité. Le sous-dépistage ne serait donc pas une conséquence d'un défaut d'implication ou d'une méconnaissance des professionnels de maternité de leur rôle dans le dépistage.

Concernant les moments les plus propices au dépistage, les quatre réponses les plus données étaient les suites de naissance (26,48%), l'entretien prénatal précoce (23,75%), les consultations prénatales (20,55%) et la PNP (13,02%). Aucune étude ne permet de comparer ces données mais de nombreux textes de la littérature s'accordent sur l'importance de ces quatre moments dans le dépistage. Le fait que les suites de naissances aient été citées en majorité semble logique du fait du nombre important de sondés travaillant dans ce service (43,26%). Les professionnels avaient raison en reconnaissant que l'entretien prénatal précoce est un moment opportun pour le dépistage des contextes à risque de maltraitance.

Pourtant, dans une étude de 2011 (33) incluant 270 femmes ayant accouché dans la métropole lilloise, seulement la moitié avait connaissance de l'EPP et seulement 29,3% en avaient bénéficié alors que celui-ci doit être systématiquement proposé. Dans son mémoire de 2018 (34), A. Barrat a fait le même constat en interrogeant 278 accouchées parmi lesquelles 50,2% n'avaient pas eu connaissance de l'existence de l'EPP et seulement 29,1% en avaient bénéficié. Dans l'enquête nationale périnatale de 2016 (35), seulement 28,5% des femmes avaient eu un EPP. Ainsi, les professionnels semblent connaître l'importance de l'EPP mais sa mise en place n'est pas optimale. L'un des objectifs du plan de protection de l'enfance 2020-2022 (36) est l'inscription de l'EPP parmi les consultations obligatoires à partir de 2020, ce qui permettra un dépistage plus important des contextes à risque de maltraitance infantile.

Nous avons demandé aux professionnels s'ils connaissaient des techniques ou outils permettant le dépistage des contextes à risque de maltraitance et de les citer. La grande majorité des personnes que nous avons interrogées (70,51%) a affirmé ne pas en connaître. Nous pouvons nous demander si la question a été correctement comprise ou si ce manque de connaissance est réel. Dans ce dernier cas, cela constitue très probablement un frein majeur pour la réalisation d'un dépistage efficace et systématique par les professionnels de maternité.

Parmi les moyens cités, les professionnels semblent accorder une attention particulière à l'observation du lien mère-enfant pour repérer des comportements inadaptés. En effet, cette technique a été citée 12 fois. Cependant, aucun sondé n'a précisé la manière dont cette observation est effectuée. Aucune grille ou échelle d'observation du lien mère-enfant n'a été évoquée. Nous pourrions nous demander si les professionnels utiliseraient un tel outil s'il était à leur disposition. Cela pourrait leur permettre de faciliter le repérage et d'optimiser le temps d'observation.

Le deuxième moyen cité (n=4) était le staff médico-psycho-social. En effet, il permet la prise en charge des familles à risque pendant la grossesse, l'anticipation des difficultés pouvant être rencontrées après la naissance et la décision d'une conduite à tenir adaptée pour la mère et l'enfant. Il est important que l'équipe suivant la grossesse ou en charge du séjour post-natal ait pleinement connaissance de ce staff et de son utilité pour que la prise en charge soit optimale. Les autres moyens cités étaient l'EPP (n=1), la PNP (n=1), la question systématique sur les antécédents de violence en consultation prénatale (n=2). Cette

dernière fait effectivement partie des moyens de repérage des facteurs de risque de maltraitance.

L'échelle d'Edimbourg, citée trois fois par les professionnels interrogés, est aussi un outil permettant de repérer le facteur de risque qu'est la dépression du post-partum. Si cette échelle a été initialement validée pour être utilisée à partir de la 4ème semaine du post-partum, son utilité plus précocement dans le post-partum et en période prénatale a également été mise en avant. Une étude de 2001 réalisée à la maternité du CHU de Marseille (37) montre qu'un score élevé à l'EPDS au troisième jour du post-partum est prédictif de l'apparition d'une dépression post-natale par la suite.

3.2. Prévention

La grande majorité des professionnels de maternité que nous avons interrogés sont d'accord avec le fait qu'une prévention de la maltraitance infantile est possible pendant la grossesse et dès le post-partum immédiat. Nous avons demandé aux sages-femmes, pédiatres et gynécologues-obstétriciens de citer les moyens de prévention pouvant être mis en place pendant la grossesse. Dans la question suivante, nous avons demandé à l'ensemble des professionnels les moyens pouvant être utilisés dans le post-partum immédiat.

3.2.1. Prévention primaire

Pour ces deux périodes, plusieurs moyens de prévention primaire ont été évoqués par les participants de notre étude. La prévention précoce et systématique est une des actions les plus efficaces pour lutter contre les violences. Les professionnels semblent donc en avoir connaissance. En anténatal comme dans le post-partum, ils ont surtout cité le dialogue avec les patientes et l'information de manière générale. En effet, ils ont un rôle d'accompagnement et d'éducation sanitaire essentiel, qu'il leur est demandé d'exercer tout en s'adaptant aux femmes. Certains précisent l'importance de l'information sur le syndrome du bébé secoué. L'HAS recommande une sensibilisation des parents au danger du secouement « *systématique en anténatal, à la maternité et dans les jours qui suivent le retour de la maternité, en abordant notamment la question des pleurs du nourrisson et la possibilité d'en être exaspéré* » (38). L'information sur la dépression du post-partum a également été citée, mais seulement dans les moyens de prévention pendant le post-partum. Cela est effectivement bénéfique et peut être abordé dès la grossesse, notamment

lors de l'EPP et la PNP. Les professionnels ont souvent évoqué des moyens de soutien de la relation parents-enfants, notamment par la valorisation des compétences des parents et des nouveau-nés ou encore le soutien de l'allaitement. Aucun professionnel n'a cependant évoqué précisément le terme de « soutien à la parentalité ». Cette notion est pourtant au cœur de l'actualité avec le projet du gouvernement de mettre en place une nouvelle politique publique et une nouvelle approche du soutien à la parentalité, initiée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik et axée sur les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant (39). Ce parcours des 1000 premiers jours s'adressera à tous les parents, du 4ème mois de la grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant, pour leur proposer un meilleur accompagnement. On ne peut qu'espérer que ces nouvelles mesures permettront un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge des maltraitances infantiles. Encore faut-il que les professionnels soient suffisamment formés.

3.2.2. Prévention secondaire

Les professionnels de santé ayant participé à notre étude ont également cité des moyens de prévention secondaire, qui consiste à apporter une aide spécifique aux populations comportant des facteurs de risque. Le travail en équipe et en réseau était souvent évoqué. La mise en place d'un lien avec la PMI était le moyen de prévention le plus largement cité parmi tous les autres moyens dans notre étude. Le recours à d'autres professionnels tels que les psychologues, pédopsychiatres ou assistantes sociales était selon eux également un bon moyen de prévention. Enfin, les professionnels ont mis en avant l'utilité de structures comme les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) ou le recours à des formes d'aide à domicile comme l'intervention de techniciens d'intervention familiale et sociale (TISF). Ainsi, les professionnels sont sensibles au travail en équipe pluridisciplinaire et connaissent des moyens de prévention secondaire

3.2.3. Prévention tertiaire

Les moyens de prévention tertiaire, comme la transmission d'information préoccupante, le signalement judiciaire ou encore le placement de l'enfant étaient les plus faiblement cités dans notre question ouverte. Il s'agit des moyens mis en place lorsque l'enfant est manifestement en danger et qu'il faut agir sans plus attendre, comme par exemple la rédaction d'une information préoccupante ou la réalisation d'un signalement judiciaire. La majorité des professionnels avouent ne connaître qu'approximativement ces moyens de

prévention (Figure 10). Dans un contexte à risque avéré, 49,43% d'entre eux déclarent ne pas se sentir capable de prendre en charge une telle situation. La raison principalement donnée était le manque de formation. Cela correspond aux résultats à la question sur leurs expériences de prise en charge. Cependant, la moitié d'entre eux ont déjà participé à une transmission d'information préoccupante ou à un signalement (Figure 11). Il semble donc que, lorsque la situation l'oblige, ils trouvent les informations nécessaires pour permettre la démarche. Les gynécologues-obstétriciens, sont ceux qui ont le moins participé à ces deux mesures (seulement 25% ont participé à une information préoccupante et 37,5% ont participé à un signalement). Ils ont pourtant totalement leur place dans la prévention tertiaire. Peut-être n'ont-ils pas pleinement conscience de cela et délèguent-ils plus facilement aux autres professionnels.

Ainsi, les professionnels de maternité semblent globalement connaître leur rôle et être impliqués dans les différents niveaux de prévention, et surtout dans la prévention primaire et secondaire. C'est également ce qu'a constaté R. Louerat dans son mémoire sur la place de sages-femmes de suites de naissance dans la prévention de la maltraitance infantile (40). Elle a également mis en avant que les sages-femmes pouvaient souvent se sentir démunies dans les actions à mettre en place devant une situation à risque de maltraitance mais qu'elles savaient vers quels professionnels se tourner et s'appuyer.

3.3. Formation

L'article L. 542-1 du code de l'éducation prévoit que *« les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger »* (41). Pourtant, dans notre étude, 55,17% des professionnels de maternité déclarent n'avoir eu aucune information sur l'enfance en danger, sur la loi du 5 mars 2007 ou encore sur le dysfonctionnement du lien parents-enfant au cours de leur formation initiale. Parmi eux, plus de la moitié des gynécologues-obstétriciens (87,5%), des aides-soignantes (70,59%) et des auxiliaires de puériculture (53,33%) n'ont reçu aucune information sur ces thèmes. Nous remarquons que les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture ne bénéficient pas assez

d'interventions à ce sujet dans leur formation initiale. Les gynécologues-obstétriciens, malgré leur nombre d'années d'études élevé, semblent aussi n'avoir que très peu d'heures consacrées à ces thèmes dans leur programme de formation initiale.

L'offre de formation continue sur la maltraitance infantile semble très faible, puisque 82,76% des professionnels interrogés n'ont eu aucune information à ce sujet. Encore une fois, des professions semblent presque totalement écartées puisque 94,12% des aides-soignantes et 93,33% des auxiliaires de puériculture n'ont jamais eu d'intervention au cours de leur formation continue. Beaucoup de sages-femmes (83,72%) et de gynécologues-obstétriciens (62,5%) n'ont pas eu de formation non plus depuis leur diplôme.

Même si nous n'avons pas pu montrer de différence significative entre les moyennes au score de connaissance des personnes ayant eu ou non des informations pendant leur formation initiale ($p=0,229$) (Tableau III), il est important de l'enrichir au maximum puisqu'elle comporte une majorité d'enseignements obligatoires et touche l'ensemble des futurs professionnels.

Les professionnels ayant été formés depuis leur diplôme semblent avoir une meilleure moyenne que ceux ne l'ayant pas été ($p=0,044$). Cela est peut-être simplement dû au fait que ces personnes sont plus intéressées par le sujet et ont donc cherché à s'informer.

Nous avons également remarqué que les personnes ayant le sentiment d'être capables de dépister ont une moyenne significativement meilleure que celles ne s'en sentant pas capables ($p=0,44$). Un bon niveau de connaissances pourrait donc permettre aux professionnels d'être plus confiants, et donc plus efficaces dans le dépistage des contextes à risque de maltraitance.

Plusieurs autres thèses et mémoires font ce même constat d'une insuffisance de la formation des personnels de santé, que ce soit chez les médecins (27–29) ou les sages-femmes (40,42). Aucune étude ne permet de comparer les connaissances des aides-soignantes et des auxiliaires de puériculture, mais nous pouvons facilement imaginer qu'il en est de même pour ces deux professions, pour qui l'offre de formation continue reste très faible en particulier dans ces domaines très spécifiques.

Ce manque de formation compromet l'aptitude des professionnels de maternité à dépister. Ils en sont cependant incontestablement demandeurs, comme le montre notre étude où 93,10% des professionnels interrogés disaient avoir besoin de formation.

4. Propositions

4.1. Favoriser la formation de l'ensemble des professionnels de maternité

Les résultats de notre étude ont mis en évidence à plusieurs reprises que le personnel de maternité, quelque soit sa profession, manque indéniablement de formation sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile. Il conviendrait donc d'inclure et de consacrer suffisamment d'heures à ce sujet dans les formations initiales. Il serait aussi très bénéfique d'augmenter le nombre d'interventions de formation continue sur le thème de la maltraitance infantile, d'élargir leur accès et d'en faire la promotion auprès de l'ensemble des professionnels de maternité, en incluant les auxiliaires de puériculture et aides-soignantes qui sont des actrices à part entière du dépistage.

4.2. Généraliser l'entretien postnatal précoce (EPNP)

Malgré le fait qu'il soit mentionné dans les recommandations publiées par l'HAS (11), l'EPNP reste aujourd'hui méconnu et très faiblement pratiqué. Il pourrait cependant être un outil avantageux pour les soignants dans le dépistage et la prévention de la maltraitance. Il serait bénéfique de l'instaurer et d'en faire la promotion au sein des maternités. Celui-ci précéderait, comme pour l'EPP pendant la grossesse, les séances de PNP postnatales dont deux séances individuelles peuvent être prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

4.3. Mettre des outils à disposition des professionnels

Afin de les aider dans leur rôle de dépistage des contextes à risque de maltraitance, il serait utile de leur mettre à disposition des outils comme par exemple des grilles d'observation du lien mère-enfant. De même, l'EPDS est outil simple et rapide permettant de cibler les femmes à risque de dépression du post-partum. La facilitation de son usage dans les services de suites de naissance et lors de l'entretien prénatal pourrait également être un bon moyen de dépistage systématique ou en complément de la pratique clinique. Il serait important de fournir un enseignement sur l'utilisation de ces outils, non pas comme des moyens de catégorisation pouvant mener à la stigmatisation, mais plutôt comme une aide au dépistage. Ils pourraient leur permettre d'avoir des pistes pour les aider à focaliser leur attention sur certains points.

Conclusion

Chaque jour, des enfants sont victimes de violences physiques, sexuelles, psychologiques dans le secret et le silence. La maltraitance infantile est un problème de santé publique et de société avec des conséquences dévastatrices pour la santé physique et mentale des victimes. Il est du devoir quotidien des professionnels d'assurer la protection des enfants maltraités ou en risque de l'être, et de prévenir au maximum la maltraitance. La maternité étant un passage quasi-obligatoire pour toutes les femmes enceintes et ayant accouché, les professionnels qui y exercent sont des acteurs privilégiés du dépistage et de la prévention des contextes à risque de maltraitance.

Afin de savoir s'ils avaient toutes les clés pour assurer ce dépistage, nous avons évalué leurs connaissances à ce sujet. Si nous avons mis en évidence que celles-ci étaient globalement bonnes, nous avons constaté des lacunes sur certains points cruciaux. Tout d'abord, les professionnels de maternité sous-estiment, comme la majeure partie de la population, la part d'enfants maltraités. Ensuite, bien qu'ils semblent connaître les facteurs de risque parentaux de la maltraitance, ils ignorent les principaux facteurs de risque concernant les enfants. Enfin, malgré l'existence de nombreux outils de dépistage, ils n'en ont pas la connaissance suffisante. Cependant, ils ont pleinement conscience de leur rôle dans le dépistage anté et postnatal et semblent impliqués dans les différents niveaux de prévention de la maltraitance.

Des disparités existent dans les niveaux de connaissance des différentes professions, en très grande partie dues aux différences de niveaux d'études des catégories professionnelles que nous avons interrogées. Le manque de formation reste cependant indéniable pour l'ensemble des professionnels de maternité. Ils ont rarement été préparés à la réalité complexe de la maltraitance et ils le déplorent fortement.

Pour palier à ces freins qui entravent le dépistage efficace et précoce des contextes à risque, il est urgent de fournir à ces soignants les outils nécessaires. Il est important de leur offrir un enseignement initial et un accès à une formation continue adaptée à chacune de ces professions qui sont toutes essentielles au dépistage et à la prévention de la maltraitance infantile. C'est par une vigilance de chaque instant et un travail solide en réseau que les professionnels de santé pourront contrer ce phénomène.

Bibliographie

1. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen, Denmark, World Health Organization; 2013. 115 p.
2. Observatoire national de l'action sociale décentralisée. Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. La lettre de l'ODAS. 2007;12 p.
3. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. 2007-293 mars 5, 2007. [cité le 14/10/19] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet. 2009 janv;373(9657):68-81.
5. Tursz A. Les oubliés: enfants maltraités en France et par la France. Paris: Seuil; 2010. 419 p.
6. Girodet D. Dépistage et prévention des dysfonctionnements de la relation parents-enfant. In: Pédiatrie en maternité, 3e édition. Flammarion; 2008. p. 372. (Médecine-sciences).
7. Comité de suivi du colloque sur les violences faites aux enfants. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Paris, Sénat; 2013. 143 p.
8. Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. DHOS. 2004. 28 p.
9. Bréard G, Puech F, Roze J. Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris: DGS; 2004. 42 p.
10. Haute Autorité de Santé. Préparation à la Naissance et la Parentalité. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2005;51. [cité le 22/10/19] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
11. Pauchet-Traversat AF, Dosquet P. Recommandations pour la pratique clinique, préparation à la naissance et à la parentalité, argumentaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2005. 79 p. [cité le 22/10/19] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
12. Haute Autorité de santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Méthode Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2014. 36 p. [cité le 09/11/19] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes
13. Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Rédaction d'une charte régionale sur le fonctionnement du Staff Médico-Psycho-Social [Internet]. 2013. 4 p. [cité le 20/12/19] Disponible sur : <https://www.perinatbn.org/charte-staff-medico-psycho-social-2/>
14. Ministère de la Santé et de la Solidarité. Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent. Guide pratique [Internet]. 2005. 100 p. [cité le 11/10/19] Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/prevention-en-faveur-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>
15. Tursz A. La maltraitance envers les enfants. Questions de santé publique. 2011 sept;(14):1-4.
16. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de la maltraitance infantile : Y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger. Question/Réponses. 2014. 10 p. [cité le 30/11/19] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

17. Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth : a population based study. *J Epidemiol Community Health*. 2006 avr;60(4):337-40.
18. Hays M-A. 5. L'échelle de Prague : l'observation de la tétée dans son contexte. *La vie de l'enfant*. 2017.12.13;85-107.
19. Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. Guide d'évaluation des capacités parentales : basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide de Steinhauer 0 à 5 ans). Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Montréal, 4ème éd.; 2014. 47 p.
20. Legrée I. L'enfant dans une famille à problèmes multiples. *Soins pédiatrie-puériculture*. 2015 juin;36(284):11-39.
21. Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*. 2004 sept;30(4):376-81.
22. Population par groupe d'âges [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité le 23/12/19]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages/>
23. Ministère de la Santé et de la Solidarité. Plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants [Internet]. 2019. 29 p. [cité le 16/02/19] Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants>
24. Petersen AC, Institute of Medicine (U.S.), National Research Council (U.S.), National Research Council (U.S.), éditeurs. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. Washington, D.C: National Academies Press; 2014. 428 p.
25. Onigu-Otite EC, Belcher HME. Maternal drug abuse history, maltreatment, and functioning in a clinical sample of urban children. *Child Abuse Negl*. 2012 juin;36(6):491-7.
26. Walsh C, MacMillan H, Jamieson E. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl*. 2002 janv;26(1):11-22.
27. Peter Kress C. Connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile en médecine générale [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Université de Strasbourg; 2018.
28. Gréco C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale: bases pour améliorer la formation [Thèse d'exercice : Médecine]. Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2013.
29. Steenhouwer-Jeu M. Le médecin généraliste face à la maltraitance infantile: perception des facteurs de risque et difficultés rencontrées [Thèse d'exercice : Médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Vernes; 2012.
30. Tursz A, Simmat-Durand L, Gerbouin Rérolle P, Vellut N, Cook J. Les morts violentes de nourrissons : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. 2010. 117 p.
31. Jaudes PK, Mackey-Bilaver L. Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child Abuse Negl*. 2008 juill;32(7):671-81.
32. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Rapport d'élaboration. 2014. 111 p. [cité le 30/11/19] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

33. Aernout EM, Carpentier S. Connaissance de l'entretien prénatal précoce chez les femmes venant d'accoucher : étude transversale en 2011 dans la métropole lilloise (France). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016 avr;45(4):337-42.
34. Barrat A. État des lieux de l'entretien prénatal précoce auprès des femmes venant d'accoucher. Étude observationnelle transversale descriptive menée en 2017 auprès de 251 accouchées dans une maternité de type 3 de la région Auvergne [Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme : Maïeutique]. Université de Clermont - Auvergne; 2018.
35. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016 - Les naissances et les établissements de santé - Situation et évolution depuis 2010. 2017. 317 p.
36. Ministère de la Santé et de la Solidarité. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. 2019. 46 p.
37. Poinso F, Samuelli J-C, Delzenne V, Huiart L, Sparrow JS, Rufo M. Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La psychiatrie de l'enfant*. 2001;Vol. 44(2):379-413.
38. Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Actualisation des recommandations de la commission d'audition de 2011 [Internet]. 2017. 45 p. [cité le 16/02/19] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement
39. Ministère de la Santé et de la Solidarité. Tout comprendre sur les 1000 premiers jours [Internet]. 2019. 4 p. [cité le 16/02/19] Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/article/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est>
40. Louerat R. La prévention de la maltraitance infantile : place de la sage-femme dans le service de suites de couches. [Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme : Maïeutique]. Nantes; 2015.
41. Code de l'éducation - Legifrance [Internet]. [cité 03/03/20]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191>
42. Braud M. Le rôle de la sage-femme dans le dépistage de la maltraitance infantile de la naissance à un an dans le Maine-et-Loire. [Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme : Maïeutique]. Angers; 2013.

Annexes

Annexe I : Exemple de guide d'entretien prénatal précoce



Exemple de guide d'entretien pour indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et dépister les situations de vulnérabilité chez la femme ou le couple

Ce guide d'entretien a été élaboré par le groupe de travail à partir du formulaire canadien Évaluation de la santé prénatale (ESP) (Santé Canada 2000) et du diagnostic éducatif de la démarche d'éducation thérapeutique (d'Ivernois 2004).

« Qui est la femme enceinte »	Environnement familial et social ; contexte de vie, composition familiale, Niveau d'arrêt des études Niveau de ressources, couverture sociale Habitat (commodités, vétusté)
« Ce que la femme vit et a vécu » « Ce qu'elle ressent »	Suivi de la grossesse Vécu de la grossesse par la femme, le futur père, la famille, stade d'acceptation, idée que la femme se fait de la grossesse, de ses éventuels problèmes de santé ou difficultés Vécu de la grossesse précédente Inquiétude, résignation, impuissance, motivation, craintes ou sentiments négatifs quant à la grossesse et à la naissance Effet de sa grossesse et conséquences sur son quotidien Changements et événements stressants récents et à venir (déménagement, etc.) Existence d'un soutien social (isolement, aide pour accomplir les tâches quotidiennes, soutien du conjoint ou du compagnon, ami proche, membre de la famille)
« Ce qu'elle fait »	Vie quotidienne, profession, temps de transport, activités sociales et de loisirs, hygiène de vie, sexualité
« Ce qu'elle sait » et « Ce qu'elle croit »	Grossesse, accouchement, période postnatale immédiate Représentations de la grossesse, de l'accouchement, de l'accueil de l'enfant, des changements dans la vie familiale et des relations dans le couple Besoins et exigences d'un petit enfant, soins à l'enfant et équipement nécessaire, alimentation de l'enfant, sécurité (prévention des accidents domestiques), promotion et suivi de la santé de l'enfant, modes d'accueil de l'enfant
« Se sent-elle menacée et par quoi »	Relations dans le couple Violence domestique, en particulier conjugale Stress, anxiété, troubles du sommeil Signes évocateurs d'un épisode dépressif Dépendance ou addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) Précarité Risque social : maladie, chômage, changement de la composition familiale (enfants, parent isolé ou rupture conjugale) Annonce prénatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap
« Ce dont elle a envie »	Projet de naissance Préparation à la naissance et à la parentalité
« ce qu'elle veut connaître et apprendre »	Connaissances, savoir-faire, attitudes (cf. chapitre sur les compétences)
« Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »	Rôle dans l'organisation et la planification du suivi de la grossesse Attentes face aux décisions à prendre et aux changements entrevus Perception du besoin d'aide et d'accompagnement

Annexe II : Echelle de dépression post-partum d'Edimbourg



Avec un nouveau bébé,
la vie n'est pas toujours rose.

Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg

Les catégories de réponses sont notées 0, 1, 2 et 3 selon la sévérité des symptômes. Les items ayant un astérisque sont notés inversement (i.e. 3, 2, 1, et 0). Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items. Une femme qui obtient un résultat de 10 ou plus devrait être aiguillée vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale à des fins d'évaluation plus poussée. Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure. Tout résultat positif à l'item 10 nécessite une évaluation clinique plus poussée. Quelques femmes ayant une note de moins de 10 pourraient aussi avoir une dépression post-partum et/ou vont bénéficier de services de soutien. Ces notes ne sont pas applicables à toutes les populations.

Instructions aux utilisateurs:

1. Demandez à la mère de souligner la réponse qui est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant les 7 derniers jours.
2. Les dix items doivent être complétés.
3. Évitez la possibilité que la mère discute de ses réponses avec d'autres personnes.
4. La mère devrait compléter le questionnaire elle-même, à moins que sa compréhension du français soit limitée ou qu'elle ait de la difficulté à lire.

L'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg a été développée dans les centres de santé de Livingston et Édimbourg. Elle consiste en 10 courts énoncés. La mère souligne laquelle des quatre réponses possibles est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant la dernière semaine. La plupart des mères complètent l'échelle sans difficulté en moins de 5 minutes. L'étude de validation a démontré qu'une notation au-dessus du seuil était une indication possible de dépression. Malgré tout, la notation EPDS ne devrait pas passer outre à un jugement clinique. Une évaluation clinique plus poussée devrait être effectuée pour confirmer le diagnostic. L'échelle indique comment la mère s'est sentie durant la semaine précédente et, dans les cas douteux, il peut être utile de la répéter une ou deux semaines plus tard. L'échelle ne détectera pas les mères avec des névroses d'angoisse, des phobies ou des troubles de la personnalité.

best start
meilleur départ

Ontario's maternal, newborn and early
child development resource centre
Centre de ressources sur la maternité,
les nouveau-nés et le développement
des jeunes enfants de l'Ontario



Ontario
Prevention
Clearinghouse
Centre ontarien
d'information
en prévention

The Royal College of Psychiatrists 1987. L'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg peut être photocopiée par des chercheurs ou des cliniciens à des fins personnelles sans autorisation des éditeurs. Le questionnaire doit être copié en entier et porter la mention suivante :

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Une permission écrite du Royal College of Psychiatrists est nécessaire pour copier ou distribuer ce questionnaire à des tiers ou le publier (version papier, en ligne ou sous tout autre format).

La traduction du questionnaire ainsi que les directives d'utilisation peuvent être trouvées dans Cox, J.L. et J. Holden, (2003). *Perinatal Mental Health : a Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Londres, Gaskell,

L'EPDS est un outil pour aider les professionnels de la santé à identifier les mères souffrant de dépression post-partum.



Avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

*Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément
à vos sentiments depuis les sept derniers jours.*

1. **J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.**
Aussi souvent que d'habitude
Pas tout à fait autant
Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
Absolument pas
2. **Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.**
Autant que d'habitude
Plutôt moins que d'habitude
Vraiment moins que d'habitude
Pratiquement pas
3. **Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.**
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, jamais
4. **Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.**
Non, pas du tout
Presque jamais
Oui, parfois
Oui, très souvent
5. **Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.**
Oui, vraiment souvent
Oui, parfois
Non, pas très souvent
Non, pas du tout
6. **J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements*.**
Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. **Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.**
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, pas du tout
8. **Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.**
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Pas très souvent
Non, pas du tout
9. **Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.**
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Seulement de temps en temps
Non, jamais
10. **Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.**
Oui, très souvent
Parfois
Presque jamais
Jamais

Annexe III : Avis favorable du CLERS



C.L.E.R.S

Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé

CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie



Caen, le 21 Juin 2019

Objet : Avis favorable

Adresse pour toute
correspondance :

clers@unicaen.fr

Président :

Pr Grégoire MOUTEL

Vice-Président :

Pr Achille AUBA

Membres

Nathalie Brielle
Aurore Catherine
Claude Françoise
Véronique Gauthier
François Girault
Guillaume Grandazzi
Sonia Guillouet
Xavier Humbert
Rémy Morello
Philippe Ravasse
Fanny Rogue
Bertille Suzat

Chère collègue,

Vous trouverez ci-dessous l'avis favorable du CLERS favorable suite à votre demande.

ID de la réponse	537
(CLERS) Avis du 1er rapporteur :	Favorable
(CLERS) Avis du 2ème rapporteur :	Favorable
Avis du CLERS	FAVORABLE
Demandeur [Nom]	Ybert
Demandeur [Prénom]	Lisa
Demandeur [e-mail]	21403979@etu.unicaen.fr
Titre de l'étude	Connaissances des professionnels de maternité sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile.

Cordialement

Le Président du CLERS

Rappels : Nous vous rappelons que votre traitement de données doit être en conformité avec le Règlement Européen du 27 avril 2016 (UE-2016/679) relatif à la protection des données des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les participants doivent avoir été informé et pouvoir s'opposer à l'utilisation de leurs données de santé pour ce travail de recherche.

En aucun cas vous n'êtes autorisé à sortir du CHU des données médicales nominatives, que ce soit par mail, via un circuit non sécurisé ou par transfert sur une clé USB. Le traitement et l'utilisation de ces données engagent votre responsabilité.

Annexe IV :

Questionnaire sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile

Chers praticiens,

Etudiante en 5^{ème} année à l'Ecole de Sage-Femme de Caen, je réalise, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, une enquête sur le thème du dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile. Ce mémoire est sous la direction de Mme Nathalie BRIELLE, sage-femme enseignante. En tant que professionnel de maternité, je vous sollicite pour répondre à un questionnaire qui a pour principal objectif d'évaluer vos connaissances à ce sujet. Les données recueillies sont anonymes.

Mon étude reposant sur ce questionnaire, vos réponses me seront précieuses. Je vous remercie pour le temps que vous consacrerez à y répondre.

Lisa Ybert

FORMULAIRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Il vous est proposé de participer à une étude intitulée : « Connaissances des professionnels de maternité sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile », coordonnée par Mme BRIELLE Nathalie, sage-femme enseignante.

Ce formulaire a pour but de vous expliquer ce que cette étude implique afin de vous permettre de décider si vous voulez y participer.

Informations Générales

L'objectif de l'étude, à laquelle nous vous proposons de participer, est d'évaluer les connaissances des professionnels de maternité sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile.

Déroulement

Les analyses effectuées concerneront : les sages-femmes, pédiatres, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture et gynécologues-obstétriciens de la maternité.

Participation

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer sans encourir aucune responsabilité. Vous avez bien entendu la possibilité de réfléchir avec votre entourage, avant de prendre votre décision ou de refuser sans aucun préjudice pour vous.

Aspects légaux

Conformément aux dispositions de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles ainsi que le droit à l'effacement, à l'oubli et le droit à la portabilité des données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Ce traitement automatisé de vos données de santé est conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Caractéristiques de la population

1. Quelle est votre profession ?

- ☐ Sage-femme ☐ Pédiatre ☐ Aide-soignante ☐ Auxiliaire de puériculture
- ☐ Gynécologue-Obstétricien

2. Depuis combien de temps exercez-vous ?

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

3. Dans quel niveau de maternité exercez-vous ?

- ☐ Niveau 1 ☐ Niveau 2 ☐ Niveau 3

4. Dans quel(s) service(s) exercez-vous le plus souvent ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Consultations prénatales ☐ Surveillance intensive de grossesse ☐ Salle de naissance
- ☐ Suites de naissance

Connaissances

Epidémiologie et facteurs de risque

5. Selon-vous, combien d'enfants sont victimes de maltraitance chaque année en France ?

- ☐ Moins de 15 000
- ☐ Entre 15 000 et 30 000
- ☐ Plus de 30 000
- ☐ Je ne sais pas

6. Selon vous, quels sont les 3 principaux facteurs de risque de maltraitance infantile concernant les parents ?

- ☐ Précarité financière
- ☐ Antécédents parentaux de maltraitance
- ☐ Troubles psychiatriques
- ☐ Toxicomanie
- ☐ Jeune âge parental
- ☐ Famille monoparentale
- ☐ Isolement social
- ☐ Faible niveau d'éducation
- ☐ Chômage
- ☐ Dépression du post-partum
- ☐ Désintérêt pour l'enfant

7. Selon vous, quels sont les 3 principaux facteurs de risque de la maltraitance infantile concernant l'enfant ?

- ☐ Prématurité
- ☐ Hospitalisation longue
- ☐ Handicap
- ☐ Troubles du développement/comportement
- ☐ Enfant non désiré
- ☐ Enfant ne correspondant pas aux attentes des parents
- ☐ Enfant difficile à consoler
- ☐ Jumeaux

8. Pour vous, une difficulté dans l'installation du lien mère-enfant en période prénatale ou dans le post-partum immédiat peut-elle entraîner une maltraitance à long terme ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Dépistage

9. Pensez-vous avoir un rôle dans le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile?

- ☐ Oui ☐ Non

10. Si vous êtes sage-femme, pédiatre ou gynécologue-obstétricien :

Pensez-vous qu'il est possible de dépister un contexte à risque de maltraitance pendant la grossesse ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

11. Pensez-vous qu'il est possible de dépister un contexte à risque de maltraitance pendant le séjour en suites de naissance ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

12. Parmi ces propositions, quels moments sont, selon-vous, les plus propices au dépistage et à la prévention des contextes à risque de maltraitance ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Consultations prénatales
- ☐ Echographies
- ☐ Surveillance intensive de grossesse
- ☐ Entretien prénatal
- ☐ Préparation à la naissance et la parentalité
- ☐ Salle de naissance
- ☐ Suites de naissance

13. Connaissez-vous des techniques ou des outils permettant le dépistage des contextes à risque de maltraitance ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, pouvez-vous citer deux techniques ou outils pouvant être utilisés ?

-
-

Contexte à risque avéré

14. Savez-vous ce qu'est une information préoccupante ?

- ☐ Oui parfaitement
- ☐ Oui approximativement
- ☐ Non

15. Savez-vous ce qu'est un signalement ?

- ☐ Oui parfaitement
- ☐ Oui approximativement
- ☐ Non

Prévention

16. Si vous êtes sage-femme, pédiatre ou gynécologue-obstétricien :

Pensez-vous qu'il est possible de prévenir la maltraitance infantile pendant la grossesse ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, par quels moyens ?

.....
.....

17. Selon vous, une prévention de la maltraitance infantile est-elle possible pendant le post-partum immédiat ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, par quels moyens ?

.....
.....

Formation

18. Au cours de vos études, avez-vous reçu une information sur :

- ☐ L'enfance en danger
- ☐ La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance
- ☐ Le dysfonctionnement du lien parents-enfant
- ☐ Aucun de ces thèmes

19. Avez-vous eu une information sur la maltraitance infantile depuis votre diplôme ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, par quels moyens ?

.....
.....

20. Vous sentez-vous en capacité de dépister une situation à risque de maltraitance ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ?

.....
.....

21. Vous sentez-vous en capacité de prendre en charge une situation dans un contexte à risque avéré ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ?

.....
.....

22. Pensez-vous avoir besoin de formation à ce sujet ?

☐ Oui ☐ Non

Expérience

23. Au cours de votre pratique professionnelle, avez-vous déjà dépisté une situation à risque de maltraitance ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quel(s) service(s) ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Consultations prénatales
- ☐ Surveillance intensive de grossesse
- ☐ Salle de naissance
- ☐ Suites de naissance

Si non, pourquoi à votre avis ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Absence de situation à risque
- ☐ Manque de connaissances
- ☐ Manque de temps
- ☐ Manque d'outils

24. Au cours de votre pratique professionnelle, avez-vous déjà participé à une transmission d'informations préoccupantes ? ☐ Oui ☐ Non

A un signalement ? ☐ Oui ☐ Non

Annexe V : Grille d'évaluation et échelle d'interprétation des connaissances

Question	Réponses	Score
5. Selon-vous, combien d'enfants sont victimes de maltraitance chaque année en France ? /1 pt	Moins de 15 000	-1
	Entre 15 000 et 30 000	-0,5
	Plus de 30 000	1
	Je ne sais pas	0
6. Selon vous, quels sont les 3 principaux facteurs de risque de maltraitance infantile concernant les parents ? /3 pts	Précarité financière	0,5
	Antécédents parentaux de maltraitance	1
	Troubles psychiatriques	1
	Toxicomanie	1
	Jeune âge parental	0,5
	Famille monoparentale	0,5
	Isolement social	1
	Faible niveau d'éducation	0,5
	Chômage	0,5
	Dépression du post-partum	1
	Désintérêt pour l'enfant	1
7. Selon vous, quels sont les 3 principaux facteurs de risque de la maltraitance infantile concernant l'enfant ? /3 pts	Prématurité	1
	Hospitalisation longue	1
	Handicap	1
	Troubles du développement/comportement	1
	Enfant non désiré	0,5
	Enfant ne correspondant pas aux attentes des parents	0,5
	Enfant difficile à consoler	0,5
	Jumeaux	0,5
8. Pour vous, une difficulté dans l'installation du lien mère-enfant en période prénatale ou dans le post-partum immédiat peut-elle entraîner une maltraitance à long terme ? /1 pt	Oui	1
	Non	-1
	Je ne sais pas	0
9. Pensez-vous avoir un rôle dans le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile? /1 pt	Oui	1
	Non	-1
10. Si vous êtes sage-femme ou pédiatre : Pensez-vous qu'il est possible de dépister un contexte à risque de maltraitance pendant la grossesse ? /1 pt	Oui	1
	Non	-1
	Je ne sais pas	0
11. Pensez-vous qu'il est possible de dépister un contexte à risque de maltraitance pendant le séjour en suites de naissance ? /1 pt	Oui	1
	Non	-1
	Je ne sais pas	0
12. Parmi ces propositions, quels moments sont, selon-vous, les plus propices au dépistage des contextes à risque de maltraitance ? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i> /3 pts	Consultations prénatales	1
	Echographies	0
	Surveillance intensive de grossesse	0
	Entretien prénatal	1
	Préparation à la naissance et la parentalité	1
	Salle de naissance	0
	Suites de naissance	1
13. Connaissiez-vous des techniques ou des outils permettant le dépistage des contextes à risque de maltraitance ? Si oui, pouvez-vous citer deux techniques ou outils pouvant être utilisés ? /2 pts	Aucune bonne réponse citée	0
	Une bonne réponse citée	1
	Deux bonnes réponses citées	2

Score total sur 16 ou 17 points en fonction de la catégorie professionnelle = score question 5 + score question 6 + score question 7 + score question 8 + score question 9 + score question 10 + score question 11 + score question 12 + score question 13

Score remis sur 20 = (score total sur 16 * 20) / 16 pour les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture et (score total sur 17 * 20) / 17 pour les sages-femmes, pédiatres et gynécologues-obstétriciens

Echelle d'interprétation des connaissances :

Score obtenu/20	≥ 16	Entre 12 et 16	Entre 7 et 12	< 7
Interprétation	Très bonnes connaissances	Bonnes connaissances	Connaissances moyennes	Connaissances insuffisantes

Résumé

La maltraitance infantile est un problème de santé publique grave et sous-estimé. Les professionnels de maternité sont des acteurs indispensables dans sa prévention car ils sont en première ligne du dépistage des contextes à risques.

A l'aide d'une étude observationnelle transversale multicentrique, nous avons évalué les connaissances des pédiatres, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, aides-soignantes et auxiliaires de puériculture de trois maternités du Calvados sur le dépistage des contextes à risque de maltraitance infantile.

Même si leurs connaissances à ce sujet sont globalement bonnes, ils sous-estiment la maltraitance et ne connaissent pas bien les facteurs de risques liés à l'enfant ainsi que les outils de dépistage. Leurs formations initiale et continue sur ce thème sont insuffisantes et inégales.

Il est urgent d'offrir à l'ensemble de ces professions les enseignements et les outils leur permettant d'exercer au mieux leur rôle essentiel dans le dépistage et la prévention de la maltraitance infantile.

Mots clés : maltraitance infantile, dépistage, connaissances, maternité

Abstract

Child abuse is a serious and underrated public health issue. Maternity ward professionals are essential players in its prevention because they are in front line for the screening of child abuse risk contexts.

With a cross-sectional observational multicenter study, we assessed the knowledge of pediatricians, midwives, gynaecologist-obstetricians, nursing assistants and childcare assistants working in three maternity wards in Calvados about the screening of child abuse risk contexts.

Even if their knowledge of this subject is broadly good, they are underestimating child abuse and they don't know children's risk factors and the screening tools. Their initial and continuous trainings are insufficient and unequal.

It is a priority to offer all of these professionals the trainings and the tools allowing them to exercise their essential function in screening and prevention of child abuse.

Keywords : child abuse, screening, knowledges, maternity ward