



HAL
open science

Négligence parentale : état des lieux des connaissances des sages-femmes exerçant à Marseille

Clémence Cornet

► **To cite this version:**

Clémence Cornet. Négligence parentale : état des lieux des connaissances des sages-femmes exerçant à Marseille. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03385235

HAL Id: dumas-03385235

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03385235>

Submitted on 19 Oct 2021

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

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



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Ecole de Maïeutique

NEGLIGENCE PARENTALE : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES EXERÇANT A MARSEILLE

Présenté et publiquement soutenu

Le 8 juin 2021

Par

CORNET Clémence
Née le 20 août 1985

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2020/2021

Membres du jury:

- Docteur GUIVARCH Jokthan, Maître de conférence des universités - PH en psychiatrie infanto-juvénile, AP-HM (directeur de mémoire)
- Madame HASSLER Pascale, sage-femme enseignante
- Monsieur REPELLIN David, sage-femme

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

**NEGLIGENCE PARENTALE:
ETAT DES LIEUX
DES CONNAISSANCES
DES SAGES-FEMMES EXERÇANT
A MARSEILLE**

CORNET Clémence
Née le 20 août 1985

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'état de Sage-Femme**

Année universitaire 2020-2021

Validation 1^{ère} session 2021 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2021 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

NEGLIGENCE PARENTALE :

ETAT DES LIEUX

DES CONNAISSANCES

DES SAGES-FEMMES EXERÇANT

A MARSEILLE

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements :

au Dr GUIVARCH, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils,

à Mme Carole ZAKARIAN, directrice de l'école de maïeutique de Marseille et co-directrice de ce mémoire, pour son aide précieuse en statistique,

à Samira, pour sa force et sa détermination qui m'ont servi d'exemple pendant ces 4 années d'études,

à ma famille, pour sa bienveillance et son appui indéfectible tout au long de mon parcours,

à Gaïa, ma fille, mon phare dans la tempête,

à Géraldine et Mehdi, pour leur amitié inconditionnelle et leur soutien sans faille,

et à Nicolas pour ses encouragements et la confiance qu'il a réveillée en moi.

J'adresse une pensée à mon arrière-grand-mère, Suzanne COLLAS née VILLETTE, diplômée à Dijon le 1^{er} décembre 1924, qui a exercé le métier de sage-femme avec passion et dévouement.

« Il faut tout un village pour élever un enfant »

Proverbe africain

« Le village ou la tribu sont considérés comme un immense arbre avec des milliers de branches. Lorsqu'une partie de cette entité vivante est malade, il est nécessaire d'examiner l'arbre entier. »

Sobonfu Somé

TABLE DES MATIERES

LEXIQUE	3
I. INTRODUCTION	4
II. REVUE DE LITTERATURE.....	5
A. Définitions.....	5
B. Conséquences	7
C. Epidémiologie	8
D. Caractéristiques des familles négligentes et facteurs de risque .	9
E. Pourquoi la négligence ?	10
F. Caractéristiques des enfants les plus à risque de négligence ...	11
G. Clinique de la négligence chez le très jeune enfant (0-3 ans)..	12
H. Législation.....	13
I. Dépistage et prévention	13
J. Outils de repérage de la négligence parentale.....	14
K. Relayer une information concernant un enfant en danger ou présumé de l'être	18
L. Prise en charge précoce d'une situation à risque de négligence	20
M. Ethique	21
III. MATERIEL ET METHODE	22
A. Objectifs de recherche et type d'étude.....	22
B. Recueil de données.....	22
C. Population étudiée et critères d'étude	24

D. Variables étudiées	25
E. Traitement des données et analyse statistique	25
F. Critères d'évaluation des connaissances des sages-femmes en matière de négligence.....	26
IV. RESULTATS	27
A. Caractéristiques des sages-femmes interrogées.....	27
B. Réponses aux 3 questions ouvertes.....	29
C. Réponses aux QCM.....	33
D. Origine des connaissances des sages-femmes	40
V. ANALYSE ET DISCUSSION.....	42
A. Analyse et discussion des principaux résultats	42
B. Points forts et limites de l'étude.....	45
C. Mise en perspective.....	47
VI. CONCLUSION	50
VII. REFERENCES.....	52
VIII. ANNEXES	55

LEXIQUE

ADBB : Alarme Détresse Bébé

AP-HM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CLIPP : Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociale

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DE : Diplôme d'Etat

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la
Personne

GRIN : Groupe de Recherche et d'Intervention en Négligence de
l'Université du Québec à Trois Rivières

GIPED : Groupement d'Intérêt Public de l'Enfance en Danger

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IP : Information Préoccupante

MDS : Maison De Solidarité

NP : Négligence Parentale

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

ODAS : Observatoire national de l'Action Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

QCM : Question à Choix Multiples

SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en
Danger

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

I. INTRODUCTION

La négligence parentale peut entraîner des conséquences graves, parfois irréversibles, dès l'anténatal. Les enfants victimes de négligence sont exposés à un risque accru de retard développemental, d'atteintes physiques, de troubles de l'attachement et du comportement. Ils sont davantage exposés à d'autres formes de maltraitance et sont plus susceptibles de reproduire des comportements négligents envers leurs propres enfants (CLIPP & GRIN, 2008) (Blanchard, et al., 2003) (Garret-Gloannec, et al., 2013). Pour renforcer le volet prévention de la politique de protection de l'enfance, la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 vise des actions de soutien à la parentalité auprès des futurs parents et des parents d'un nourrisson (Révillet, 2010). Au vu de la gravité des risques encourus, il est de la responsabilité des professionnels en contact avec les familles, de participer au dépistage des situations avérées ou à risque de négligence parentale. Une orientation des familles vers des structures capables d'évaluer et d'intervenir réduit les risques de séquelles chez l'enfant et améliore ses chances d'évolution (Lachaussée, et al., 2012). Pour le dépistage, l'Observatoire national de l'Action Sociale (ODAS) indiquait en 2008 que les services de santé prenaient une part croissante parmi les émetteurs d'informations préoccupantes (IP) (ODAS, 2010). Les généralistes, les pédiatres (urgentistes y compris), les pédopsychiatres, ainsi que les professionnels de la médecine scolaires participent quotidiennement au dépistage de la négligence et à la transmission des IP. Pendant la période périnatale (depuis la conception jusqu'au 28^{ème} jour de l'enfant), le suivi de la grossesse et du post-partum permet à la sage-femme d'être en contact étroit avec les familles (parfois même au domicile). Ce lien privilégié mis en place au début de la construction de la parentalité, fait de la sage-femme un acteur majeur en matière de prévention, de repérage et d'orientation des familles à risque de négligence.

L'étude présentée dans ce mémoire s'est construite autour de la question de recherche suivante : « Quelles sont les connaissances des sages-femmes exerçant à Marseille en matière de négligence parentale ? » avec pour objectifs de recherche :

- ▶ Apprécier le niveau de connaissances des sages-femmes exerçant à Marseille sur la négligence parentale en période périnatale.
 - Sous-objectif: connaître l'origine de ces connaissances.
- ▶ Identifier les besoins des sages-femmes exerçant à Marseille en matière de formation sur la négligence parentale.

Un tel bilan permettrait d'optimiser l'offre de formation, d'évaluer la nécessité d'outils de repérage, ou encore de mettre en place des protocoles afin d'accompagner les sages-femmes dans leur pratique professionnelle.

Après une revue de la littérature sur la négligence parentale, suivra la présentation de l'étude réalisée à Marseille en 2020.

II. REVUE DE LITTERATURE

La revue de la littérature a été réalisée à partir des moteurs pub med, science direct et cairn en janvier 2020, en utilisant les mots clefs suivants : négligence parentale, périnatalité, maltraitance infantile, besoins de l'enfant, conséquences, prévention, repérage; avec une limite pour la date de parution fixée à 2001.

A. Définitions

De par sa vulnérabilité, l'enfant est dans une position d'incapacité qui justifie qu'il soit sous la responsabilité des adultes qui ont en charge sa protection et son éducation ; ces adultes sont avant tout les parents de l'enfant qui sont titulaires de l'autorité parentale, ou à défaut un ou des tiers,

à qui l'enfant a été confié. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1989) désigne les comportements de négligence comme une forme de maltraitance infantile, entraînant par définition « un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ».

Associée dans 1/3 des cas à d'autres formes de mauvais traitements (CLIPP & GRIN, 2008), la négligence parentale est un phénomène complexe dont la définition ne fait pas consensus dans la littérature (Lachaussée, et al., 2012)

Elle se présente « en creux », comme une lacune ou une absence des gestes appropriés aux besoins de l'enfant (Ethier, 2009). La perception des besoins fondamentaux de l'enfant et la désignation des personnes responsables de la réponse à ces besoins évoluent en fonction des valeurs et des normes d'une société ou d'une collectivité donnée (Lacharité, et al., 2006).

La notion de méta-besoin développée dans la Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance (Martin-Blachais, 2017) tend vers une caractérisation universelle, au-delà des variabilités temporelles, culturelles et intra-communautaires. Il s'agit du besoin de sécurité comme méta-besoin. Le terme méta-besoin exprime l'idée que la réponse adéquate à ce besoin conditionne la satisfaction de tous les autres besoins (Annexe 1).

Le besoin de sécurité s'articule en 3 dimensions : les besoins physiologiques et de santé, les besoins de protection et les besoins de sécurité affective et relationnelle.

Les autres besoins fondamentaux universels retenus lors de cette démarche consensus sont : le besoin d'expérience et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre, de règles et de limites, le besoin d'identité et le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi.

Différents modes d'occurrence de la négligence parentale sont observés : situationnelle, périodique, récurrente ou installée ; en cas de chronicité le pronostic est sévèrement grevé (Petitpas, et al., 2019).

B. Conséquences

Le repérage par les professionnels des situations de négligence se fait souvent de manière indirecte suite à l'observation de ses conséquences qui peuvent être multiples et très sévères (CLIPP & GRIN, 2008) (Blanchard, et al., 2003), (Garret-Gloannec, et al., 2013). Outre une augmentation du risque d'exposition à d'autres formes de maltraitance, la négligence expose également à un risque de transmission intergénérationnelle.

Conséquences possibles de la négligence			
Atteintes anténatales	Développement	Santé physique	Adaptation personnelle de l'enfant
Retard de croissance intra-utérin Risque de mortalité accru	Retard moteur Retard langagier Déficience intellectuelle Echec scolaire Altération neuronale	Blessures Exposition à des sévices physiques et sexuels Troubles alimentaires et dentaires Retard de croissance Difficultés de sommeil Pathologies hépatiques et ischémiques cardiaques chez l'adulte	Troubles du comportement Troubles de l'attachement Diminution des compétences sociales

(CLIPP & GRIN, 2008) (Blanchard, et al., 2003) (Garret-Gloannec, et al., 2013)

C. Epidémiologie

Malgré le caractère répandu de la négligence parentale, c'est un phénomène souvent indétectable du fait de l'expression « invisible » et non spécifique de ses conséquences. Comme seuls les signalements retenus par les services de protection sont pris en compte dans l'établissement des statistiques, il est fort probable que la prévalence réelle de cette forme de maltraitance soit sous-estimée (CLIPP & GRIN, 2008).

En 2010, dans tous les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) la négligence parentale était décrite comme le motif principal de signalement des enfants auprès des organismes de protection de l'enfance (Petitpas, et al., 2019).

En France, le SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger) a publié en 2019 son étude annuelle relative aux appels au 119 (SNATED, 2020):

Répartition des types de danger par tranches d'âge des enfants

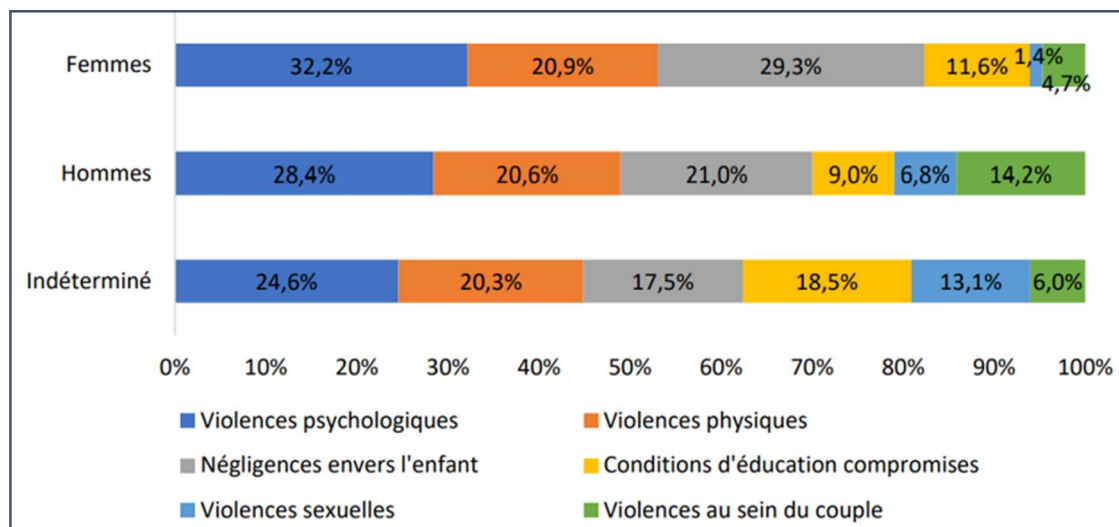
Etude annuelle relative aux appels du SNATED en 2019 (SNATED, 2020)

Types de dangers	Moins de 3ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-17 ans	18-21 ans
Violences psychologiques	27,1%	27,3%	29,5%	28,9%	27,4%	26,2%
Négligences envers l'enfant	28,3%	26,3%	24,7%	20,6%	18,0%	18,6%
Violences physiques	14,3%	18,8%	20,6%	21,9%	19,7%	18,2%
Conditions d'éducation compromises	13,2%	10,8%	9,0%	8,5%	7,4%	8,8%
Violences au sein du couple	13,4%	10,7%	9,2%	5,9%	3,8%	7,5%
Comportement du mineur	1,4%	1,1%	2,9%	9,9%	16,1%	13,3%
Violences sexuelles	2,0%	4,9%	4,0%	4,0%	3,9%	4,7%
Mineur privé de la protection de sa famille	0,4%	-	0,1%	0,3%	3,8%	2,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : données issues de LISA

Répartition des dangers selon le sexe de l'auteur présumé

Etude annuelle relative aux appels du SNATED en 2019 (SNATED, 2020)



En 2019, le 119 a traité 33 966 appels parmi lesquels 23% concernaient des cas de négligence. La négligence était le premier motif d'appel (28%) pour les enfants de 0-3 ans et le second motif d'appel pour les autres catégories d'âges. Quel que soit l'âge, les garçons étaient d'avantage concerné par des situations de négligence que les filles. Au cours des appels concernant une situation de violence au sein du couple, une situation de négligence envers l'enfant était associée dans 28% des cas.

En 2019 dans le département des Bouches du Rhône, 1168 appels au 119 ont été traités, la proportion d'appel pour négligence n'était pas donnée. (SNATED, 2020)

D. Caractéristiques des familles négligentes et facteurs de risque

Les recherches menées sur le phénomène de la négligence n'ont à ce jour pas défini de profil type de famille négligente. En général focalisées sur la mère, les études et les interventions des organismes de protection de l'enfance intègrent peu la place du père dans les familles négligentes

(Petitpas, et al., 2019). Cependant, la présence d'une figure paternelle, qu'il s'agisse du père biologique ou du compagnon de la mère, pourrait être un facteur de protection (Mayer, et al., 2003) ou à l'inverse jouer un rôle dans la répétition des situations de négligence (Garret-Gloannec & Pernel, 2012).

Les facteurs de risque de négligence recensés dans la littérature font référence au vécu des parents durant l'enfance tel qu'une relation avec ses propres parents considérée comme étant peu positive, voire négligente au niveau émotionnel, ou encore le fait d'avoir subi de la violence ou d'en avoir été témoin, d'avoir été abusé sexuellement, d'avoir été placé en bas âge, d'avoir vécu la perte de personnes significatives. (Boulet, et al., 2004). D'autres facteurs de risque parentaux ont été décrits et leur repérage participe à l'identification des « familles à risque de négligence », les auteurs citent notamment : les violences domestiques, l'abus de substances psychoactives par un ou les deux parents, les difficultés socio-économiques (isolement social, famille monoparentale), le manque d'éducation, le domicile instable, le « nombre élevé d'enfant » dans le foyer. Isolément, ces facteurs ne sont pas toujours pertinents ; aussi c'est leur association qui sera recherchée. (Petitpas, et al., 2019).

E. Pourquoi la négligence ?

D'après la théorie écosystémique développée par Lacharité (Lacharité, et al., 2006), la négligence repose sur deux mécanismes distincts :

- la perturbation du lien entre les figures parentales et l'enfant,
- la perturbation du lien entre les parents et la collectivité à laquelle ils appartiennent.

La solidité et de la pérennité des liens parents-enfant et parents-collectivité peuvent être menacées par des facteurs souvent associés sur lesquels les parents ont souvent peu de prise. Il peut s'agir de difficultés d'ordre économique et social comme c'est le cas dans les situations

d'extrême précarité où les parents ne sont matériellement pas en mesure de répondre aux besoins physiologiques et de protection de leur(s) enfant(s). A la précarité matérielle se surajoute potentiellement une détresse psychologique profonde qui rend le parent indisponible émotionnellement à répondre aux signaux de l'enfant (Boulet, et al., 2004). Cette indisponibilité est également observable chez les parents sujets à des problèmes de santé mentale.

La prise en compte de ces facteurs ne doit pas amener à déresponsabiliser les figures parentales négligentes, mais plutôt à inclure l'ensemble de la collectivité dans un cercle de responsabilité pour reconnaître aux parents la nécessité de « disposer des conditions minimales d'exercice de leur responsabilité envers l'enfant » (Lacharité, et al., 2006). Ici la collectivité peut désigner les grands-parents, la famille élargie, le réseau amical mais également le tissu associatif, les structures médicales et éducatives du lieu de vie. Pour ainsi dire, penser une situation de négligence ne peut se limiter à la seule observation des parents et de l'enfant ; cela nécessite d'intégrer les facteurs contextuels et environnementaux.

F. Caractéristiques des enfants les plus à risque de négligence

Pour pallier sa vulnérabilité, l'enfant, et de façon plus prégnante encore, le nouveau-né, ont « besoin d'établir des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier de [leurs] besoins » (Lacharité, et al., 2006). Ces personnes « ressource », sont appelées « care-giver », et sont généralement les parents.

En accroissant la demande d'attention et de présence du parent et/ou en diminuant les capacités d'interaction de l'enfant, certains antécédents peuvent perturber le lien entre la figure parentale et l'enfant (Lacharité, et al., 2006) ; ils exposent l'enfant qui présente ces caractéristiques à un risque accru de négligence. Sont mis en cause : l'exposition à des substances

toxiques in utéro, le faible poids à la naissance, la prématurité, le handicap, l'incapacité physique et/ou sensorielle, le retard développemental, les « problèmes de santé ». Le sexe de l'enfant n'est pas associé statistiquement à un risque augmenté de négligence (Petitpas, et al., 2019).

G. Clinique de la négligence chez le très jeune enfant (0-3 ans)

(Garret-Gloannec, et al., 2013)

Les signes cliniques de négligence chez le nouveau-né et le nourrisson apparaissent très précocement (dès les premières semaines) et sont non-spécifiques comme les troubles digestifs (gaz, régurgitations), la sécheresse et les lésions cutanées, le teint pâle ou grisâtre. Il est possible d'observer chez le très jeune enfant négligé une hypertonie ou à l'inverse une hypotonie, une motricité pauvre, des comportements de retrait relationnel ou encore un allongement de la durée des phases de sommeil. Une alimentation inadaptée voir insuffisante pourra être à l'origine d'une mauvaise croissance staturo-pondérale ; des infections à répétition, des fièvres inexplicables ou encore des pathologies respiratoires peuvent être un signe d'alerte d'un mauvais suivi médical. Enfin les enfants peu portés qui sont constamment laissés dans leur lit peuvent présenter une plagiocéphalie.

L'association et la fixité de ces signes permettent de mettre en lumière les situations de négligence. L'observation de l'enfant, de préférence au domicile, nécessite une connaissance fine de la clinique du nouveau-né et doit se faire sur plusieurs visites. L'attention est portée sur les signes évoqués précédemment mais également sur l'expression corporelle de l'enfant, les rapports que le parent (et particulièrement la mère) a avec le corps de son enfant (portage, soins primaires), le rythme et la gestion par le parent des périodes de veille et de sommeil (par exemple, un parent trop stimulant).

H. Législation

En France, les comportements de négligence physique exposent leur auteur à des sanctions pénales. Il est prévu dans la section relative à la mise en péril des mineurs du Code pénal¹ :

- que la privation de nourriture ou de soins compromettant la santé de l'enfant, par le détenteur de l'autorité parentale, est punie de *sept ans d'emprisonnement* et à *100 000 euros d'amende* (art. 227-15 du code pénal)²,
- que l'infraction définie ci-dessus est punie de *trente ans de réclusion criminelle* lorsqu'elle a entraîné le décès de la victime (art.227-16 du code pénal)³,
- que le fait, par le père ou la mère, de se soustraire, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur est puni de *deux ans d'emprisonnement* et de *30 000 euros d'amende* (art. 227-17 du code pénal).⁴

I. Dépistage et prévention

Le Code de la santé publique et des familles prévoit « *des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage [...] des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant* » ce qui « *implique de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités*

¹ France, Code pénal, Partie législative, Livre II, Titre II, Chapitre VII, Section 5 : De la mise en péril des mineurs (Articles 227-15 à 227-28-3)

² France, Code pénal – art. 227-15 Modifié par ordonnance n°2005-759 du 4 juillet 2005 – art. 19

³ France, Code pénal – art.227-16

⁴ France, Code pénal – art. 227-17 Modifié par ordonnance n°2005-759 du 4 juillet 2005 – art. 19

adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs » (article L.112-3 du code de l'action social et des familles) ⁵

La revalorisation des conditions socio-économiques des familles à risque n'est pas la solution à elle seule bien qu'elle s'avère souvent nécessaire. Il peut s'agir d'une amélioration de l'habitat, de la lutte contre le chômage ou d'un soutien financier (Rey-Salmon, 2008).

L'entretien prénatal précoce (obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020), l'hospitalisation en suites de couches et les visites organisées dans le cadre du Programme de Retour A Domicile (PRADO) sont des étapes clef au cours desquelles les professionnels de santé et notamment les sages-femmes doivent dépister les situations à risque et évaluer la nécessité d'un accompagnement médico-social préventif. Les équipes des services départementaux de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) mettent en œuvre des actions de prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation à la santé auprès des futurs parents et des enfants. La mise en lien des familles avec la PMI de leur secteur est réalisée en pratique courante et il est important de rappeler que le « lien PMI », tout comme l'évaluation des dossiers préoccupant en « staff médico-psycho-social » au sein des structures hospitalières nécessitent le consentement préalable de la famille (art.L2112-2 du Code santé publique)⁶.

J. Outils de repérage de la négligence parentale

Le choix d'un l'outil de repérage se fait en fonction de la cible choisie pour mesurer la négligence ; c'est-à-dire selon que l'évaluateur choisira d'examiner les caractéristiques des parents, les besoins des enfants, le contexte social ou les trois.

⁵ France, Code l'action social et des familles – art. L.112-3 Modifié par la LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 – art.1

⁶ France, Code de la Santé Publique – art.L2112-2 alinéa 4°bis, Modifié par la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019-art. 62 (V)

Il existe de nombreuses études et une littérature richement documentée sur la négligence parentale ; cependant les outils de dépistage et d'évaluation dédiés à ce phénomène sont peu nombreux. Un inventaire des outils de repérage « axés sur la négligence » (Annexe 5) a permis de recenser des échelles et index spécifiquement dévolus à cette problématique (Turcotte, et al., 2012) parmi lesquels :

La *Childhood Level of Living Scale (CLL)* de Polansky, Chalmers, Bittenweiser, et Williams (1981) est une échelle développée aux Etats-Unis qui mesure la négligence dans les familles à partir de 99 items décrivant les comportements parentaux et les conditions de vie de l'enfant. La CLL a été conçue il y a 30 ans et aucune mise à jour ou étude de validité récente ne sont disponibles à ce jour. Conçu pour des parents d'enfant de 4 à 7 ans, son usage reste limité.

L'*Index de négligence (Child Neglect Index)* de Trocmé (1996) validé de façon empirique et traduit en français sous le nom d'Index de négligence par Brousseau (1999, 2000) comporte 27 items. Cet index mesure la nature et la gravité de la négligence en fonction de l'âge de l'enfant.

La *Multidimensional Neglectful Behavior Scale (MNBS)* de Kaufman, Kantor, Holt et Straus (2004). Cet outil prend en compte les différentes facettes de la négligence, et l'âge de l'enfant. Il existe 8 versions selon qui le complète (enfant, parent, adolescent) et son utilisation (version longue ou courte). Il est accessible par l'enfant lui-même dans une version informatique. La MNBS est un outil facile à utiliser et qui a été conçu pour plusieurs type d'utilisateurs (chercheurs, cliniciens, intervenants en protection).

La *Mother-Child Neglect Scale (MCNS)* de Lounds, Borkowski, et Whitman, (2004) permet une évaluation du potentiel de négligence chez les mères. Conçu à des fins de recherche ce questionnaire auto-rapporté

interroge la perception que les mères ont de leurs comportements négligents envers leur(s) enfant(s).

L'*Indice de Stress Parental* (ISP) de Bigras, Lafrenière & Abidin (1996) n'est pas spécifiquement conçu pour les situations de négligence mais tout comme la MCNS, il s'intéresse aux caractéristiques parentales. L'ISP mesure le stress du parent à partir de la perception qu'il a des situations dans lesquelles il exerce son rôle parental. Cet outil validé est largement utilisé par les chercheurs et les praticiens (notamment au Québec). Il comporte 101 items, ce qui peut paraître fastidieux pour le parent répondant. La version courte peut s'avérer plus accessible pour le dépistage en pratique courante.

Pour évaluer une situation de négligence il est également possible de partir de l'observation de l'environnement familial et social de l'enfant. Le *Home Observation for Measurement of the Environment* (HOME) de Cadwell et Bradley (1984) mesure la qualité et la quantité de stimulations et de soutien offerts à un enfant (âgé de 0 à 15 ans) dans son milieu familial. Il existe 4 versions selon l'âge de l'enfant. L'évaluateur préalablement formé à l'utilisation de l'outil complète les items d'observation sur l'interaction parent-enfant en se rendant au domicile du participant. Le HOME a fait l'objet de plusieurs études de validité en contexte américain et bien qu'il soit principalement descriptif il bénéficie d'une notoriété importante dans les domaines de recherche de la négligence et de la maltraitance.

L'*Inventaire du Soutien Social et Familial* (ISSF) est une adaptation de deux outils validés de façon empirique : le Social Support Questionnaire (Sarason et al., 1983) et le Arizona Social Support Interview Schedule (Barrera, 1980). L'ISSF évalue le réseau social et de soutien du répondant (le père, la mère, ou le jeune lui-même). Le répondant cite les noms et numéros de téléphone des personnes qu'il identifie comme appartenant à son réseau. Il détermine ensuite son niveau de proximité et de satisfaction par rapport à cette personne et si il a été en contact avec elle au cours du dernier mois. Cet

outil permet de visualiser les ressources manquantes qui devraient être développées en matière de soutien. Il nécessite cependant que le répondant soit prêt à évaluer la qualité des relations qu'il entretient et à identifier la présence de relations malsaines dans sa vie.

L'observation du développement et des comportements de l'enfant est un autre point de départ pour mesurer la négligence parentale. Plusieurs outils existent pour évaluer le développement socioaffectif, cognitif et moteur des enfants. Par exemple, la *Grille Ballon* (Bernier, 2002) évalue le développement de l'enfant de 0 à 5 ans en relevant le degré d'acquisition des habiletés dans les domaines de la motricité globale et fine, de la pré écriture, du développement cognitif, du langage de l'autonomie et du développement socio affectif. Son originalité repose sur la transcription et à la lecture des données recueillies grâce à des symboles ou à un code de couleurs.

Plus spécifiquement orientée sur le nourrisson, l'échelle *Alarme Détresse Bébé* (ADBB) (Annexe 6) permet l'évaluation et le dépistage du retrait relationnel grâce à l'observation des comportements du nourrissons au cours de l'examen pédiatrique de l'enfant âgé de deux mois à deux ans. Cette échelle comprend 8 items et peut-être utilisée dans le cadre d'une action de dépistage systématique pour une tranche d'âge donnée, ou « pour préciser une inquiétude par rapport à un enfant » (Guedeney & Vermillard, 2004).

Ces différents scores, échelles ou index sont peu utilisés en pratique (Turcotte, et al., 2012). Il est possible que ceci soit dû au fait que chacun de ces outils ne soit pas suffisant à lui seul et que l'évaluation efficace d'une situation de négligence nécessite une utilisation conjointe de plusieurs de ces outils. Ce qui implique que les intervenants soient formés et disponibles, qu'ils aient accès à un système efficace de saisie et de gestion des données recueillies, et qu'ils bénéficient d'une supervision clinique et régulière et d'un suivi qualité coordonné. (Turcotte, et al., 2012).

K. Relayer une information concernant un enfant en danger ou présumé de l'être

Accessible à tout un chacun en composant le 119, le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED) a pour mission d'accueillir les appels d'enfants en danger ou susceptibles de l'être, ou de toute personne confrontée à ce type de situation ; et de transmettre ces informations aux services compétents (les CRIP : Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes) en vue d'évaluations complémentaires.

Conformément au code de déontologie des sages-femmes :

« Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. »

« S'il s'agit d'un enfant mineur [...] elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. » (art. R.4127-316 du Code de la santé publique)⁷

La sage-femme informera le président du Conseil Départemental par le biais d'une communication, de préférence écrite, à la CRIP de son département. La transmission de ces Informations Préoccupantes (IP) relève du « secret partagé » qui autorise aux personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance, la mise en commun des éléments « strictement nécessaire[s] à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance [...] (art. L. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF))⁸. Les détenteurs de

⁷ France, Code de la santé publique – art. R.4127-316 Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012

⁸ France, Code de l'action sociale et des familles – art. L. 226-2-2

l'autorité parentale, sont informés de la communication de tels éléments, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

La CRIP permet de centraliser les IP, qui peuvent également provenir de particuliers, afin de diminuer le recours direct à la justice et de réaffirmer la subsidiarité de l'action en justice par rapport à l'intervention sociale (Révillet, 2010).

A la suite d'une IP, le président du Conseil Départemental peut réaliser un signalement auprès du Procureur de la République lorsque le mineur nécessite une protection judiciaire, s'il existe un risque de récidive ou si une évaluation approfondie de la situation a été empêchée. Les professionnels de santé ont également la possibilité de saisir directement le Procureur de la République, à cet effet un modèle type de signalement (Annexe 3) est mis à leur disposition par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017) afin de les aider dans cette démarche.

La réalisation d'une IP, d'un certificat médical, d'une attestation ou d'un signalement nécessite pour la sage-femme le respect de conditions imposées par le code de déontologie des sages-femmes (art. R.4127-33, R.4127-335, R.4127-338) (CNOSF, 2020) : la sage-femme doit retranscrire des constatations objectives dans le strict respect du secret médical tout en restant exclusivement dans son champ de compétences. Elle ne doit pas s'immiscer dans les affaires de familles, ne pas prendre parti et en aucun cas attribuer la responsabilité d'un fait à un tiers.

L'examen approfondi des faits exposés dans une IP ou un signalement peut aboutir, selon les cas, à la mise en place de différentes actions en direction de l'enfant et de sa famille :

- au titre de la prévention et de la protection administrative : Action Educative à Domicile (AED), accueil provisoire à la journée, accueil séquentiel, accueil spécialisé (en famille ou en établissement), accueil d'urgence, accompagnement en économie sociale et familiale.

- au titre de la protection judiciaire : Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO), accueil à la journée, accueil exceptionnel et périodique, mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial et si nécessaire : placement judiciaire,

L. Prise en charge précoce d'une situation à risque de négligence

L'identification des vulnérabilités parentales doit permettre de cibler les besoins de la famille et d'apporter une proposition de réponse concrète aux difficultés rencontrées par les parents. Aussi, l'efficacité des actions thérapeutiques passe-t-elle par une mise en œuvre pluridisciplinaire qui peut se traduire par des aides financières, un accompagnement psycho-éducatif renforcé ou encore un soutien logistique par un(e) TISF. La réussite des actions menées nécessite d'intégrer pleinement les familles au dispositif d'intervention afin d'amener parents, professionnels de santé et travailleurs sociaux à partager une réflexion sur les besoins des enfants (Lacharité, et al., 2006).

Lorsqu'une famille est identifiée à risque de négligence, une aide intensive de la PMI est possible (arbre décisionnel en Annexe 2) (Garret-Gloannec, et al., 2013). L'accompagnement précoce est essentiel, avec des interventions dès l'anténatal, de préférence à domicile, par des sages-femmes et des puéricultrices jusqu'aux six mois de l'enfant minimum, et un suivi rapproché par le pédiatre de PMI. Les actions visant à soutenir les parents sont parfois difficiles et longues à mettre en place (aides peu sollicitées, et parfois non-acceptées par les familles, problématiques d'addiction nécessitant un suivi au long cours, difficultés économiques...). Pour optimiser la rapidité et l'efficacité de la prise en charge, des soins « thérapeutiques » en garderie pour l'enfant sont fréquemment préconisés. L'expérience de la vie en collectivité a pour objectif de mettre l'enfant en

contact avec un cadre normatif et un environnement propice à la stimulation de ses aptitudes cognitives, sociales, intellectuelles et affective (Lacharité, et al., 2006).

Sur le terrain cela signifie des professionnels informés, formés et disponibles ; du temps et des structures capables d'accueillir les enfants et d'accompagner les familles. Autant de défis à relever qui nécessitent de la part des institutions une volonté politique et, plus concrètement encore, l'allocation de moyens financiers pour y parvenir.

M. Ethique

Le repérage et la prise en charge de la négligence soulèvent des questionnements éthiques. Le dépistage, tout comme l'accompagnement proposé (voire imposé par des décisions de justice) stigmatisent des familles déjà fragilisées socialement et posent la question du consentement. Les interventions des travailleurs sociaux et des professionnels de santé au domicile fréquemment perçues comme une intrusion au sein du foyer sont peu comprises par les parents, qui souvent n'ont pas conscience de ce que vit l'enfant, ni de leur implication (Garret-Gloannec & Pernel, 2012).

La nécessité de « bien faire » dicte la restauration de l'enfant négligé dans ses besoins fondamentaux, pour autant autorise-t-elle à faire complètement abstraction de la dignité et de l'autonomie des parents ? Est-il envisageable, au motif de ne pas nuire à la figure parentale, de laisser « s'éteindre » un enfant négligé ? (Lachaussée, et al., 2012) Ces questions doivent jalonner les actions autour de la négligence, car dépister et objectiver un cas de négligence implique qu'il faille ensuite y remédier.

La gravité des conséquences de la négligence et le fait que l'enfant soit en position d'incapacité commandent cependant que les actions en matière de négligence soient, en premier lieu, centrées sur l'intérêt de l'enfant. Pour les situations avérées de négligence, l'IP, le signalement et l'intervention

directe, demeurent la priorité, et ils prennent le pas sur les questionnements concernant le maintien de l'autonomie parentale et de la bienfaisance envers les parents.

III. MATERIEL ET METHODE

A. Objectifs de recherche et type d'étude

Les objectifs de recherche étaient les suivants :

- ▶ Apprécier le niveau de connaissances des sages-femmes exerçant à Marseille sur la négligence parentale en période périnatale.
 - Sous-objectif: connaître l'origine de ces connaissances.
- ▶ Identifier les besoins des sages-femmes exerçant à Marseille en matière de formation sur la négligence parentale.

Afin de répondre à ces objectifs c'est une étude descriptive transversale à caractère quantitatif qui a été réalisée.

B. Recueil de données

Le recueil de données a eu lieu entre le 6 mai 2020 et le 22 octobre 2020, au moyen d'un questionnaire en ligne et au format papier. L'anonymat des sages-femmes ayant participé a été préservé.

▶ Questionnaire en ligne

Le questionnaire a été distribué au format numérique via la plateforme Framiforms.

Les adresses mails professionnelles des sages-femmes ont été recueillies :

- pour les sages-femmes cadres : via la liste fournie par l'école de maïeutique de Marseille,

- pour les sages-femmes territoriales : via Dr Olivier BERNARD, chef de Service PMI et Santé Publique Conseil Départemental des Bouches du Rhône et Mme Cécile NINA, sage-femme enseignante à Marseille qui ont communiqué les adresses mail des 17 sages-femmes de PMI exerçant à Marseille,
- pour les sages-femmes libérales : via le site internet de l'Ordre des Sages-Femmes et le site internet des Pages Jaunes. Les coordonnées mail n'étaient indiquées directement en ligne que pour 56 sages-femmes.

Un mail indiquant le sujet de l'étude et le lien du questionnaire a été envoyé une première fois le 6 mai 2020 directement à :

- 56 sages-femmes libérales exerçant à Marseille
- 27 sages-femmes coordinatrices ou référentes des différentes maternités de Marseille afin qu'elles transfèrent aux sages-femmes de leur établissement respectif :
 - 2 établissements de l'APHM : Nord et Conception
 - 2 hôpitaux privés : Beauregard et Bouchard
 - 1 établissement privé à but non lucratif de la FEHAP: Saint Joseph
- 17 sages-femmes territoriales exerçant en PMI à Marseille

Un mail de relance a été renvoyé le 9 juillet 2020 afin de récolter davantage de participations à l'enquête.

► Questionnaire au format papier

Au cours d'un stage pratique, 11 questionnaires au format papier ont été distribués en main propre auprès de 11 sages-femmes exerçant à l'Hôpital Saint Joseph. Ces sages-femmes avaient eu connaissance du mail d'information sur l'enquête mais n'avaient pas réussi à ouvrir le formulaire en ligne. Elles ont rempli le questionnaire papier seules, puis l'ont déposé

anonymement dans un dossier mis à disposition dans le service qui a ensuite été récupéré.

C. Population étudiée et critères d'étude

La population à l'étude était les sages-femmes libérales, hospitalières, et territoriales exerçant à Marseille.

► Critères d'inclusion :

- Être titulaire d'un diplôme de sage-femme.
- Exercer la maïeutique (partiellement et/ou exclusivement) à Marseille
- Exercer la maïeutique au moment du recueil de données.

► Critères d'exclusion :

- Ne pas exercer la maïeutique à Marseille.
- Ne pas exercer la maïeutique au moment du recueil de données (retraite, chômage, reconversion).

L'échantillon de la présente étude compte 101 participations (90 au format numérique, 11 au format papier).

Les critères d'exclusion ont permis d'écarter 4 questionnaires numériques :

- 1 questionnaire rempli par une sage-femme n'exerçant pas la maïeutique
- 2 questionnaires remplis par des sages-femmes n'exerçant pas à Marseille
- 1 questionnaire rempli par une sage-femme n'ayant pas précisé le lieu et l'actualité de son exercice de la profession

Au final 97 questionnaires ont été retenus.

D. Variables étudiées

La première partie du questionnaire, au travers de huit questions, a permis de recueillir des données descriptives de la population.

La deuxième partie du questionnaire était composée de trois questions ouvertes. Il s'agissait de recueillir au préalable les connaissances « brutes » des sages-femmes avant que leurs réponses ne soient influencées par la lecture des questions à choix multiples (QCM).

La troisième partie était constituée de vingt-et-une QCM sur les connaissances théoriques en matière de négligence, et sur l'expérience pratique des sondés concernant la réalisation d'une information préoccupante et d'un signalement dans le cadre professionnel. Les QCM portant sur les connaissances théoriques des sages-femmes ont été élaborées à partir de la revue de littérature précitée. Ces QCM ont porté sur la définition générale de la négligence parentale et ses conséquences en période périnatale (OMS, 1989) (CLIPP & GRIN, 2008) (Petitpas, et al., 2019) (Garret-Gloannec, et al., 2013) ainsi que les critères de repérage de la NP en période périnatale (Garret-Gloannec & Pernel, 2012) (HAS, 2017) (Mayer, et al., 2003) (Petitpas, et al., 2019) (Guedeney & Vermillard, 2004).

La quatrième et dernière partie était constituée de quatre QCM portant sur l'origine des connaissances des sondés et leur besoin de formation dans le domaine de la négligence parentale en périnatalité.

E. Traitement des données et analyse statistique

Les données qualitatives générées par les trois questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu conduite manuellement. Chaque réponse a été « découpée » en unités d'analyse sémantique (idées clefs) qui ont ensuite été classées dans une grille d'analyse préalablement établie à partir de la bibliographie puis enrichie de catégories supplémentaires au fur et à mesure du traitement des données. Ce codage a permis de dégager des

verbatim qui ont ensuite été consignés dans un tableau Excel rendant ainsi le matériel d'enquête directement accessible à l'analyse statistique.

Les données descriptives de la population ainsi que les réponses aux QCM ont été consignées manuellement dans un tableau Excel et analysées avec le logiciel Excel 2013. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel XL stats.

F. Critères d'évaluation des connaissances des sages-femmes en matière de négligence

► Mode d'attribution des points de connaissances

Afin d'évaluer les connaissances des sondés, trente-trois items du questionnaire ont été sélectionnés parmi les items proposés dans les questions fermées. Ces trente-trois items énonçaient des propositions justes.

Il a été attribué un point à chaque fois qu'un item correct a été choisi. Il n'a été attribué, ni retranché aucun point lorsque :

- un item correct n'a pas été choisi
- un item incorrect a été choisi

Les items incorrects ont été ajoutés pour enrichir le questionnaire et favoriser la réflexion des sondés et non pour les piéger, c'est pourquoi ces items n'ont pas été inclus dans le calcul des points de connaissances.

Le taux de bonnes réponses pour chaque sondé a été calculé à l'aide du logiciel Excel 2013 et est présenté en pourcentage dans la section résultat.

► Modalités de sélection des items d'évaluation

Le choix des trente-trois items sur lesquels l'évaluation a porté a été réalisé en fonction de l'apparition de l'information dans la revue de littérature. Les items du questionnaire qui portaient sur des notions retrouvées de façon isolée dans la littérature n'ont pas été pris en compte pour l'évaluation. Les items évalués portaient sur des notions intéressantes la

pratique courante de la sage-femme : définition de la négligence, conséquences, facteurs de risque, signes d’alerte, signes cliniques et prise en charge.

IV. RESULTATS

A. Caractéristiques des sages-femmes interrogées

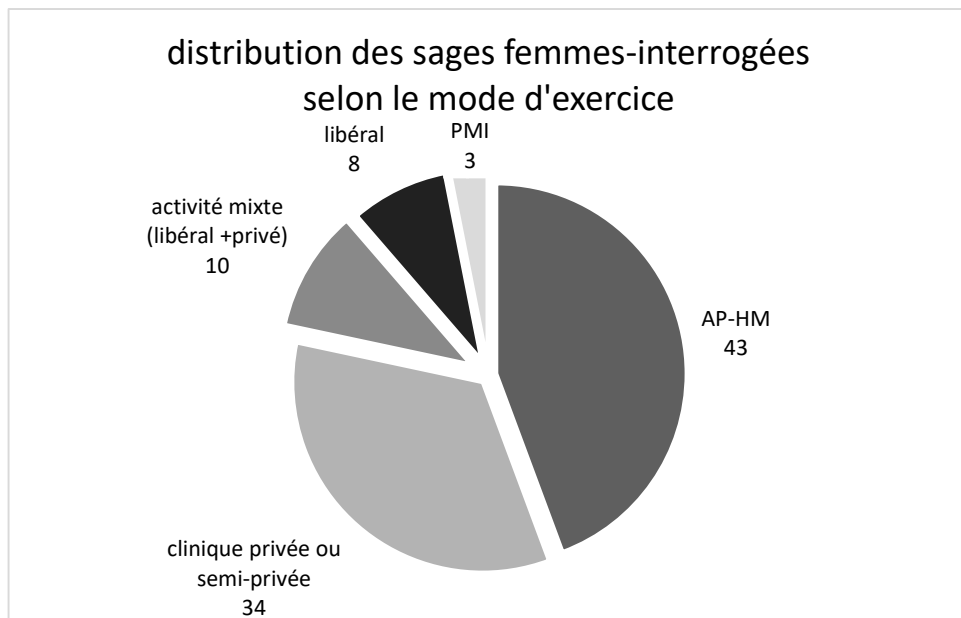
► Age

Les sages-femmes interrogées avaient entre 23 et 61 ans. L’âge moyen était de 37 ans.

► Sages-femmes mères de famille

57,7% des sages-femmes ont déclaré élever, ou avoir élevé, au moins un enfant au sein de leur foyer (n=56).

► Mode d’exercice des sages-femmes interrogées



Des données portant sur l'identité de genre, le lieu et l'année d'obtention du diplôme d'état (DE) ont été spécifiées par 69 sages-femmes interrogées :

► Identité de genre

- Femmes : 97% (n=67)
- Hommes : 2% (n=2)

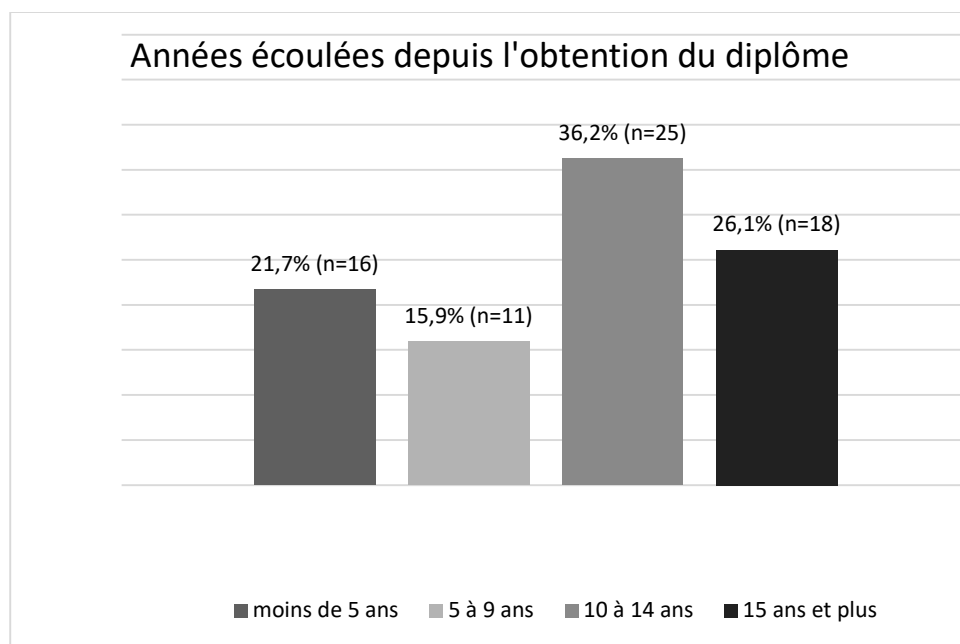
► Lieu d'obtention du DE

- 72 % ont obtenu leur diplôme à Marseille (n=48)
- les autres sages-femmes (n=19) ont été diplômées à :

- | | | |
|---------------|---------------|------------------|
| · Amiens | · Lille | · Strasbourg |
| · Angers | · Lyon | · Bruxelles (BL) |
| · Besançon | · Montpellier | · Gilly (BL) |
| · Clermont-Fd | · Nîmes | |
| · Grenoble | · Paris | |

► Date d'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Année moyenne d'obtention du diplôme : 2008 (12 ans de diplôme)



B. Réponses aux 3 questions ouvertes

Précisions : pour chacune des 3 questions, les verbatims utilisés par les sages-femmes dans leur réponse sont présentés sous forme de listes ou de tableaux. A chaque verbatim est associée la proportion de sages-femmes l'ayant cité dans sa réponse. Pour faciliter la lecture, les verbatims ont été regroupés par thème.

► **Question 1 : « En quelques mots, qu'est-ce que pour vous la négligence parentale ? »**

Qualification du phénomène de la négligence		
	n=97	
	n	%
Absence de...	27	27,3%
Manque	23	23,7%
Maltraitance	18	18,5%
Inattention	16	16,5%
Comportement inadapté	14	14,4%
Mise en danger	4	4,1%

60,8% (n=59) des sages-femmes ont abordé le thème des besoins de l'enfant, certaines sages-femmes ont décrit plus précisément le terme « besoin » :

Précisions apportées sur les besoins fondamentaux de l'enfant		
	n=97	
	n	%
Sécurité affective/relationnelle	20	20,6%
Besoins physiologiques	19	19,6%
Soins (sans autre précision)	19	19,6%
Protection	8	8,2%
Cadre/règle/limite	8	8,2%
Scolarisation	4	4,1%

Les conséquences de la négligence ont été évoquées par 8 sages-femmes : 2 ont cité les troubles du développement et 1 a cité l'impact *in utero* de la négligence.

► **Question 2 : « Pouvez-vous citer des éléments qui vous feraient suspecter une négligence parentale en période périnatale ? »**

43,6% (n=41) des sages-femmes ont cité des éléments concernant la grossesse : elles ont évoqué les grossesses « non-souhaitées » (20,6% ; n=20), les grossesses « non-investies » ou « rejetées » (13,4% ; n=13), le mauvais suivi ou l'absence de suivi médical de la grossesse (16,5% ; n=16) et le déni de grossesse (6,2% ; n=6)

27 sages-femmes ont cité des « défauts d'interaction » du parent envers le nouveau-né susceptibles d'évoquer une situation de négligence. Ces comportements sont détaillés ci-dessous :

Défaut d'interaction du parent envers son nouveau-né		
	n=97	
	n	%
Absence de réponse aux pleurs	17	17,5%
Défaut d'attachement ou rejet du nouveau-né	8	8,2%
Absence de contact ou de portage	7	7,2%
Absence de regard envers l'enfant	7	7,2%
Comportement de violence verbale ou physique envers l'enfant	4	4,1%
Enfant laissé souvent à la nurserie ou à une tierce personne pendant le séjour en suites de couches	3	3,1%
Berceau éloigné du lit de la mère en suites de couches	2	2,1%

Le défaut d'investissement du rôle parental est un thème qui a été abordé par 31,9% (n=31) des participant(e)s : 14 sages-femmes ont cité l'alimentation inadaptée (défaut de rythme ou de composition du repas), 9 ont évoqué un manque d'anticipation des besoins de l'enfant (valise de maternité non faite, ou environnement/domicile inadapté au nouveau-né), 7 ont cité l'absence de surveillance de l'enfant, 6 ont cité le refus ou le manque de soins médicaux pour l'enfant, 4 ont cité l'absence de communication ou de question posée par les parents au sujet de l'enfant. 1 sage-femme a évoqué l'usage de tabac en présence de l'enfant.

37 sages-femmes (38,1%) ont cité des éléments cliniques concernant spécifiquement le nouveau-né :

Eléments cliniques faisant suspecter une situation à risque de négligence		
	n=97	
	n	%
Défaut d'hygiène/langes sales	28	28,9%
Absence de pleur ou de sollicitation (bébé trop calme)	9	9,6%
Sollicitations excessives (pleurs ++)	5	5,3%
Hématome/ ecchymose	5	5,3%
Hypotonie	2	3%
Retard de croissance	2	3%
Erythème fessier	2	3%
Infections à répétition	1	1,1%
Accident domestique	1	1,1%
Présence d'autres formes de maltraitance	1	1,1%
Troubles du sommeil	1	1,1%
Troubles alimentaires	1	1,1%
Hypertonie	0	0%

► **Question 3 : « Selon vous, quels pourraient-être les facteurs de risque de NP ? »**

76,3% (n=74) des sages-femmes ont évoqué les antécédents parentaux : les addictions (29,9% ; n=29), la négligence durant l'enfance (19,6% ; n=19), le jeune âge des parents (9,3% ; n=9), la déficience intellectuelle (6,4% ; n=6), la fatigue physique maternelle (4,2% ; n=4), le placement ou l'adoption durant l'enfance (3% ; n=2). Les antécédents de

troubles psychiatriques ont été cités par 45,7% (n=43) des participant(e)s : dont la dépression (19,1% ; n=18) et la dépression post-natale (6,2% ; n=6).

Les sages-femmes ont également cité les contextes de violence intrafamiliale (20,6% ; n=20), les difficultés au sein du couple et séparation (9,3% ; n=9), ainsi que l'usage intensif d'outils technologiques et des réseaux sociaux (3% ; n=2).

56,7% (n=55) des sages-femmes ont cités les conditions socio-économiques précaires comme étant un facteur de risque de négligence.

3 sages-femmes ont cité le défaut de connaissances sur la physiologie, 3 sages-femmes ont cité les antécédents du nouveau-né et une a cité « l'accouchement long et difficile ».

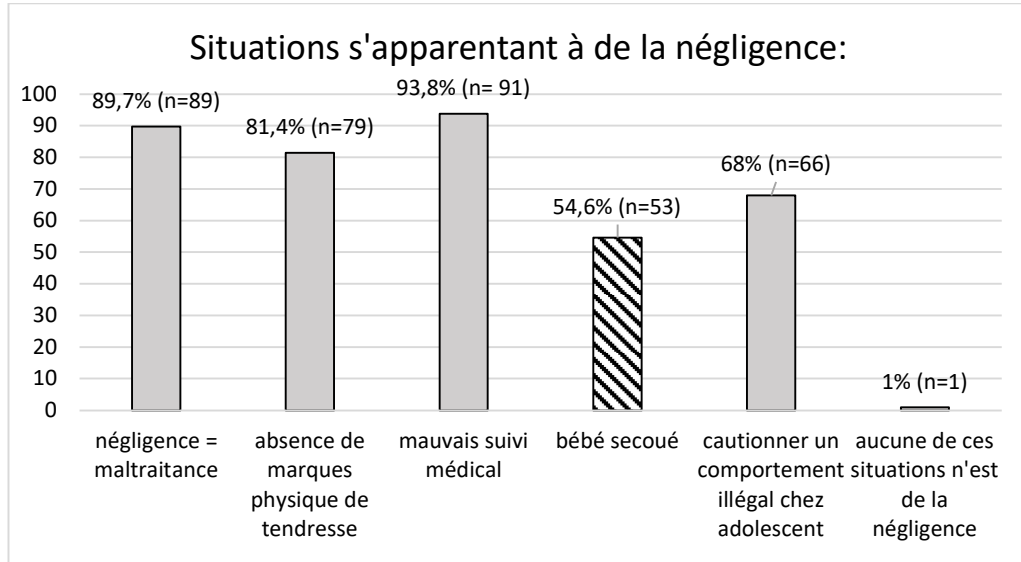
C. Réponses aux QCM

Les résultats portant sur l'évaluation des connaissances sont basés sur 33 items sélectionnés (en bleu sur les 7 graphiques ci-après). Pour chaque item est indiqué en pourcentage le taux de sages-femmes ayant identifié comme correct l'item en question. En motif rayé sont représentés quelques-uns des items « pièges » et les taux de réponses associées.

► Définition de la négligence

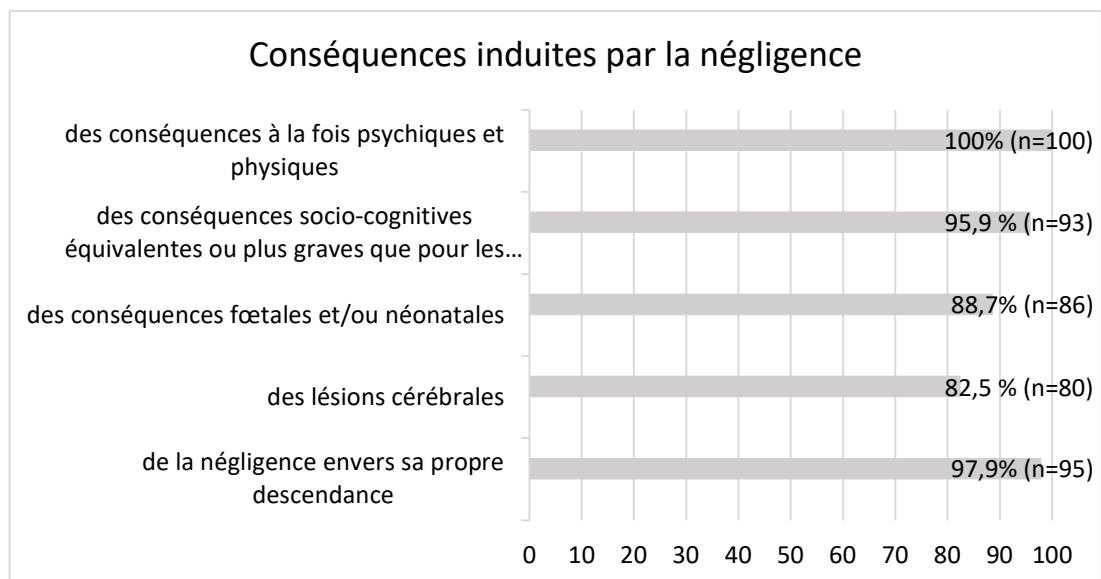
89,7% (n=89) des sages-femmes ont répondu que la négligence parentale entraine dans la définition de la maltraitance, au même titre que les violences physiques, sexuelles et psychologiques.

Interrogées sur les situations qu'elles considéraient comme étant apparentées à de la négligence, 59,8% des sages-femmes (n=58) ont cochés tous les items justes.



► Conséquences de la négligence

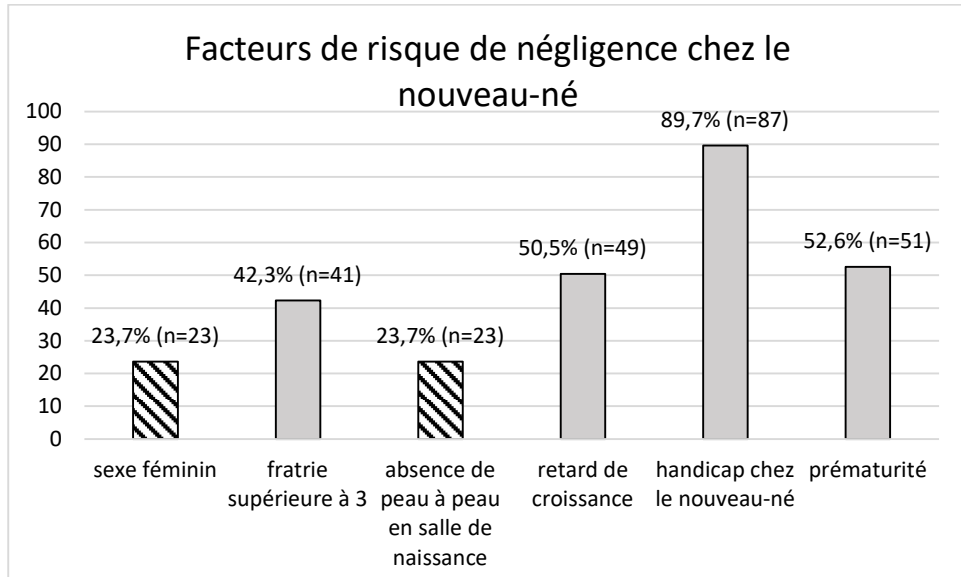
74,2% des sages-femmes (n=72) ont choisi toutes les bonnes réponses aux 5 items sur les conséquences de la négligence. Avec en moyenne 4,6 bonnes réponses sur 5 items.



► Facteurs de risque de négligence chez le nouveau-né

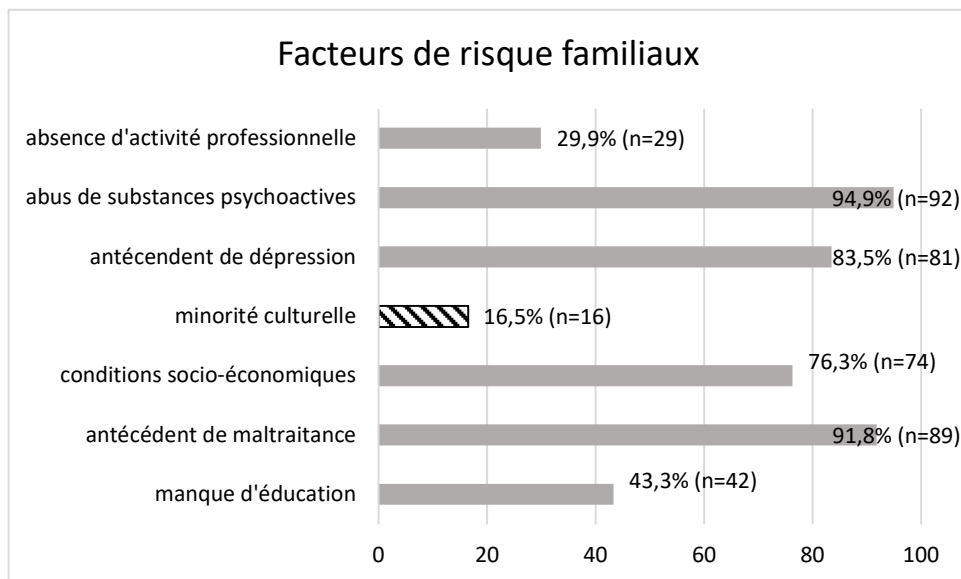
17,5% (n=17) des sages-femmes ont identifié correctement les 4 facteurs de risque néonataux présentés dans le questionnaire.

En moyenne elles en ont retrouvé 2,4 sur les 4.



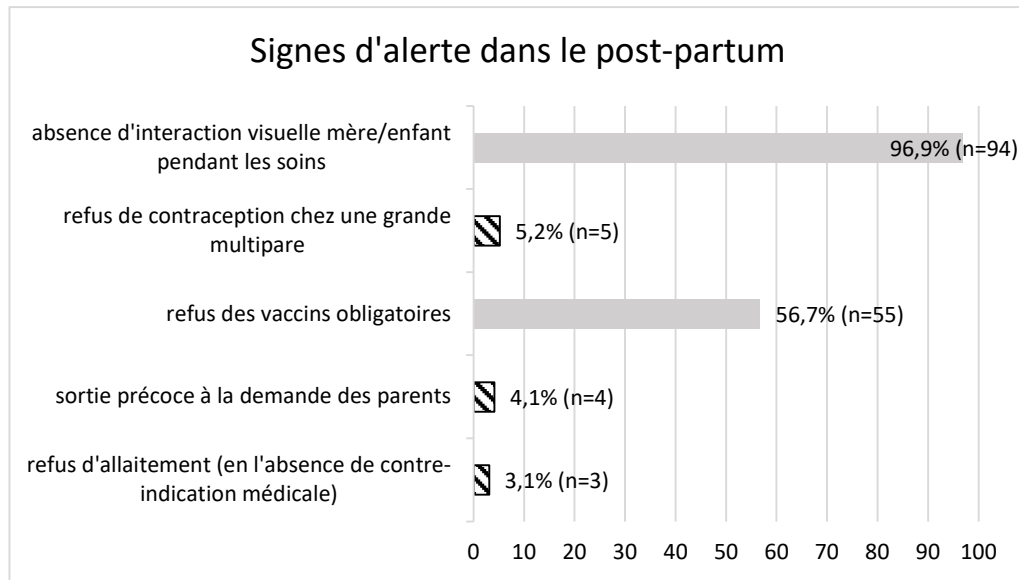
► Facteurs de risque familiaux de négligence

18,5% (n=18) des sages-femmes ont identifié correctement les 6 facteurs de risque familiaux proposés dans le questionnaire. En moyenne elles en ont reconnu 4,2 sur les 6.



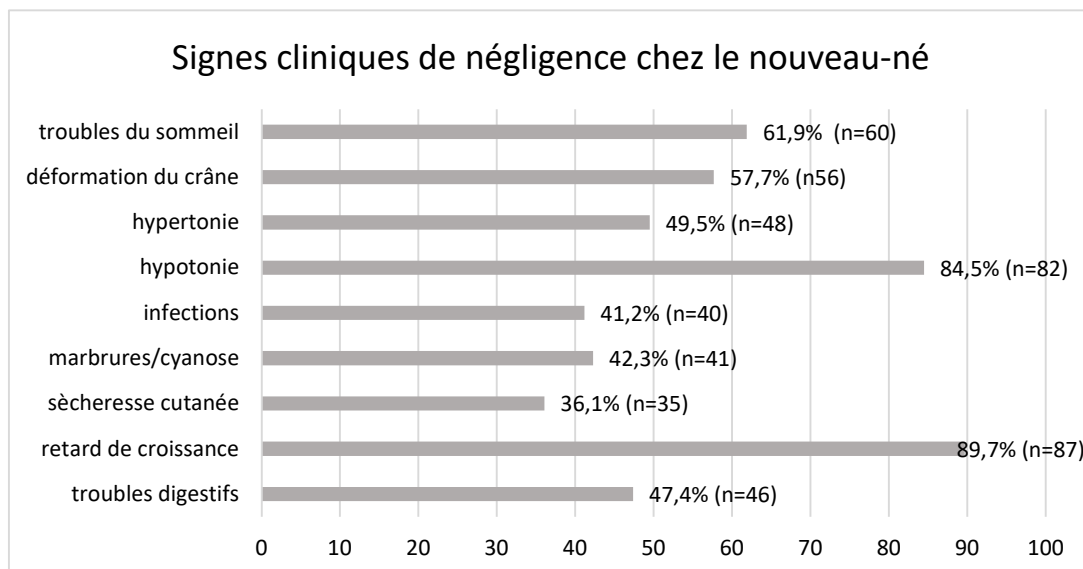
► Signes d'alerte dans le post-partum

56,7% des sages-femmes ont identifié correctement les 2 signes d'alerte de situation à risque de négligence qui étaient proposés dans le questionnaire.



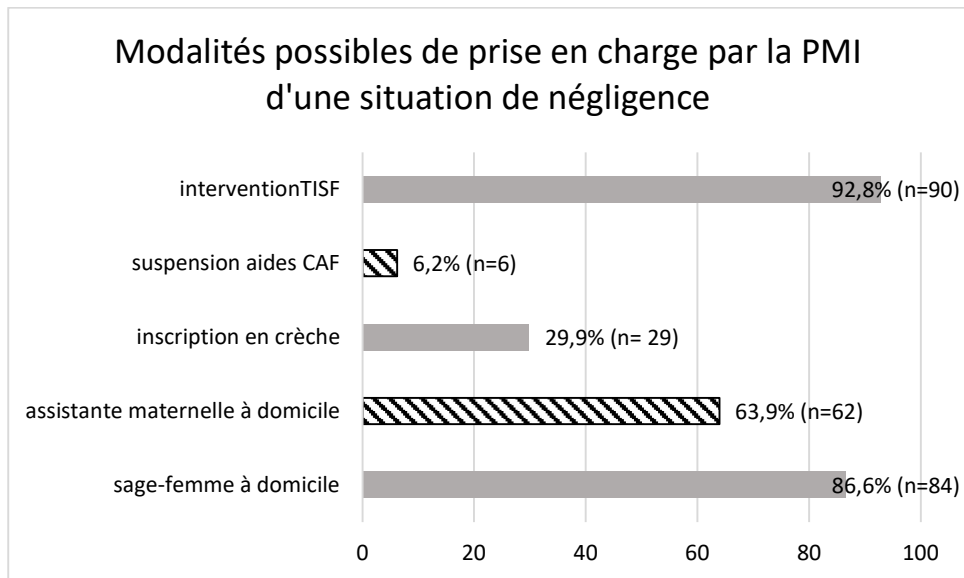
► Signes cliniques de négligence chez le nouveau-né

8,2% (n=8) des sages-femmes ont identifié les 9 signes cliniques proposés dans le questionnaire pouvant évoquer une situation de négligence. En moyenne, les sages-femmes ont identifié 5 des 9 signes cliniques pouvant évoquer la négligence chez le nouveau-né.



► Prise en charge d'une situation à risque de négligence

22,7% (n=22) des sages-femmes ont identifié les 3 modalités de prise en charge d'une situation de négligence proposées dans le questionnaire. En moyenne elles en ont retrouvé 2 sur les 3.



► Evaluation globale des connaissances des sages-femmes

Un taux de bonnes réponses à l'ensemble des 33 items sélectionnés a été calculé :

Taux moyen de bonnes réponses : 70,3% (soit 23,2/33)

Taux médian de bonnes réponses : 69,7 % de bonnes réponses (soit 23/33)

Ecart-type : 4,263

Les taux de réponses exactes ont été comparés aux données descriptives de la population :

- Age :

Le test de Pearson n'a pas démontré de corrélation statistique entre l'âge et le niveau de connaissances.

- Années écoulées depuis l'obtention du diplôme d'état :

Le test de comparaison des moyennes n'a pas démontré de corrélation statistique entre le nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme et le niveau de connaissance.

- Mère de famille :

La différence de niveau de connaissance entre le groupe mère de famille et le groupe n'ayant pas élevé d'enfant n'est pas significative statistiquement d'après le test de comparaison des moyennes effectué.

- Modes d'exercice de la profession :

Taux moyens de bonnes réponses en fonction du mode d'exercice

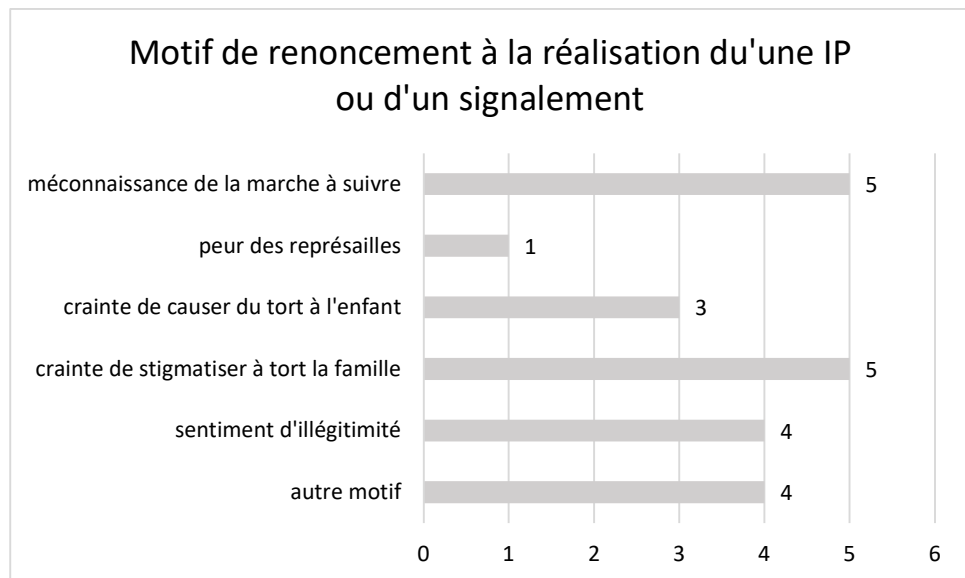
- PMI : 77,6%
- Hôpital public : 71,9%
- Clinique privée et semi-privée : 71,7%
- Mixte : 63,9%
- Libéral : 62,48%

L'existence d'un lien statistique entre mode d'exercice de la profession et niveau de connaissance n'a pu être calculé en raison d'un trop grand nombre de modes d'exercice.

► Réalisation d'une IP ou d'un signalement

30 sages-femmes ont déclaré avoir déjà réalisé une IP ou un signalement au cours de leur vie professionnelle, avec comme motif la négligence pour 12 d'entre-elles.

13 sages-femmes ont déclaré avoir déjà renoncé à effectuer une IP ou un signalement. Elles ont précisé les raisons de ce renoncement :



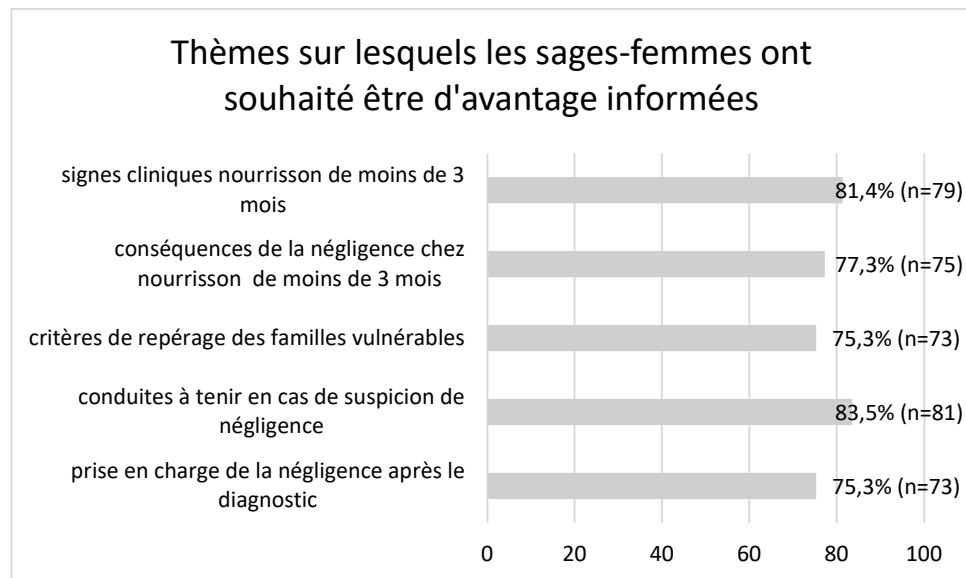
► **Besoin d'enrichissement des connaissances**

91,7% (n= 89) des sages-femmes ont exprimé le besoin d'enrichir leurs connaissances en matière de négligence et leur taux moyen de bonnes réponses était de 70,6% (23,3/33).

9,3% (n=9) des sages-femmes ont répondu ne pas avoir besoin d'enrichir leurs connaissances en négligence, leur taux moyen de bonnes réponses était de 68,6% (22,6/33).

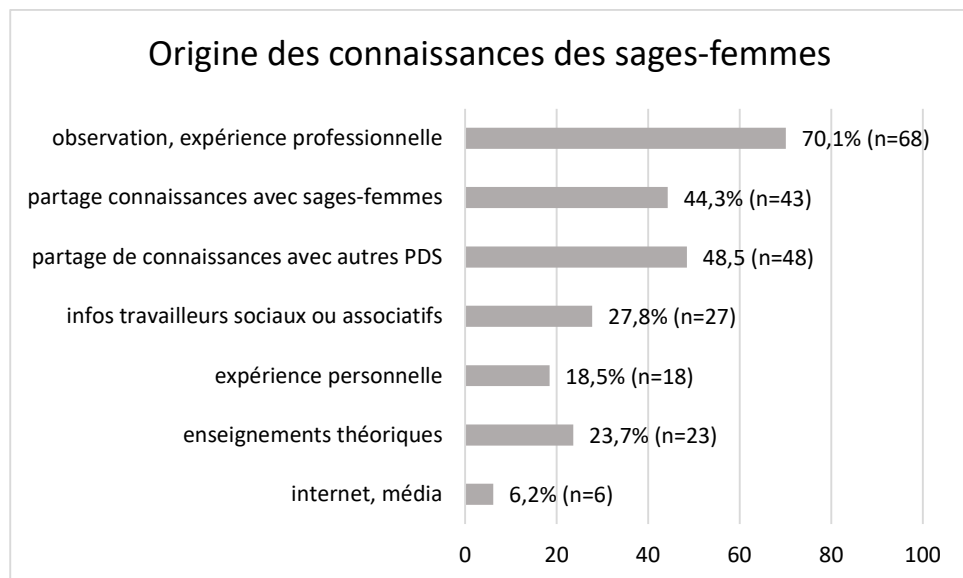
Il n'a pas été retrouvé de lien statistique entre le besoin d'enrichir ses connaissances et le niveau de connaissances.

Il a été demandé aux sages-femmes de préciser sur quel(s) sujet(s) elles désiraient être mieux informées :



D. Origine des connaissances des sages-femmes

Les sages-femmes ont indiqué le(s) mode(s) d'acquisition de leurs connaissances en matière de négligence :



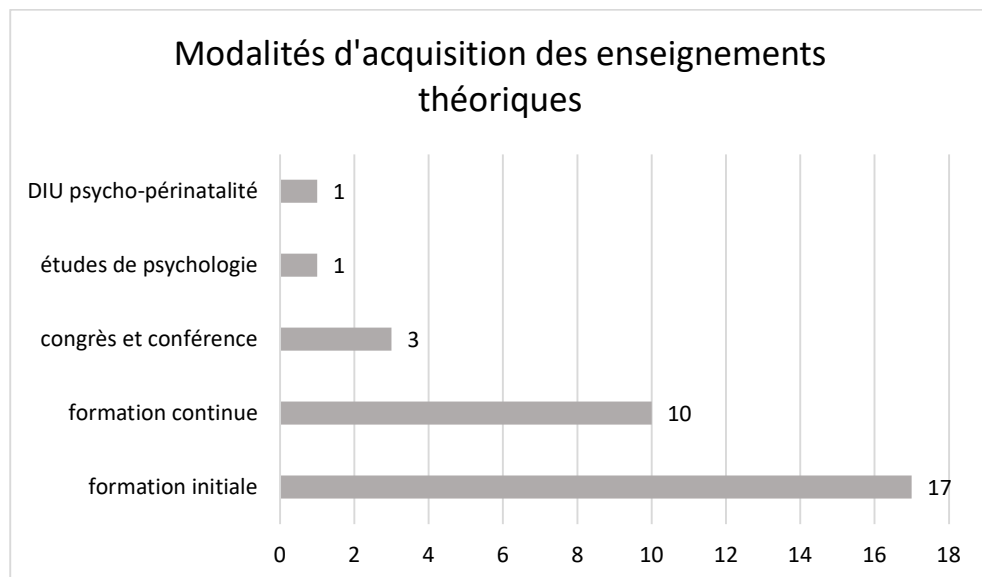
*PDS : professionnels de santé

Les sages-femmes ayant reçu un enseignement théorique ont eu en moyenne 75,1% de bonnes réponses.

Les sages-femmes n'ayant pas reçu d'enseignement théorique ont eu 68,9% de bonnes réponses.

Une différence statistiquement significative ($p=0,048$) a été retrouvée entre le groupe ayant reçu un enseignement théorique et celui n'ayant pas reçu d'enseignement théorique.

Les 23 sages-femmes ayant reçu des enseignements théoriques en matière de négligence ont indiqué le(s) mode(s) d'acquisition parfois associés :



Sur les 97 sages-femmes interrogées, 17,5% ($n=17$) ont déclaré que leurs connaissances issues d'un enseignement théorique avaient été acquises au cours de leur formation initiale.

V. ANALYSE ET DISCUSSION

A. Analyse et discussion des principaux résultats

L'étude menée a permis de répondre aux objectifs de recherche fixés en amont :

- ▶ Apprécier le niveau de connaissances des sages-femmes exerçant à Marseille sur la négligence parentale en période périnatale.
 - Sous-objectif: connaître l'origine de ces connaissances.
- ▶ Identifier les besoins des sages-femmes exerçant à Marseille en matière de formation sur la négligence parentale.

L'enquête a révélé que le niveau global de connaissances des sages-femmes en matière de négligence parentale était satisfaisant malgré un enseignement spécifique très restreint en formation initiale et continue. On note cependant des différences de niveau de connaissance en fonction des thèmes spécifiques.

Invitées à expliquer en quelques mots ce qu'était pour elles la négligence, moins d'un quart des sages-femmes interrogées ont spontanément utilisé le terme « maltraitance ». Ce résultat est à confronter avec les résultats obtenus à partir des QCM, dans lesquelles la très grande majorité des sages-femmes a affirmé que la négligence était une forme de maltraitance.

Ces deux premiers résultats qui peuvent paraître contradictoires sont annonciateurs de ceux qui vont suivre : les sages-femmes ont des connaissances auxquelles elles ne font pas toujours appel spontanément.

Dans les réponses aux questions ouvertes, lorsqu'elles ont décrit le phénomène de la négligence, plus de la moitié des sages-femmes ont abordé la question des besoins de l'enfant; les plus cités ont été : la sécurité

affective, l'hygiène et l'alimentation. Le besoin de protection, de cadres et de limites, ainsi que le besoin d'être scolarisé ont été évoqués par moins d'une sage-femme sur dix. Or, il s'agit d'un besoin fondamental décrit dans la Démarche consensus (Martin-Blachais, 2017). La prise en compte des besoins de l'enfant est indissociable de la prise en charge des situations de danger et à risque de danger⁹. Il est donc essentiel que les professionnels travaillant auprès de l'enfant (dont font partie les sages-femmes) connaissent ces besoins fondamentaux.

Interrogées par le biais d'une question ouverte sur les signes susceptibles de les alerter sur un cas de négligence en période périnatale, 2 sages-femmes sur 5 ont décrit des éléments concernant la grossesse ; la moitié a évoqué l'inadéquation de la réponse parentale, en citant par exemple l'absence de réponse aux pleurs et le défaut d'anticipation des besoins de l'enfant (pas de valise de maternité, environnement inadapté à l'accueil d'un enfant). Les signes spécifiquement orientés sur le nouveau-né ont été mentionnés spontanément par seulement 37 sages-femmes (38,1%) et ont portés en très large majorité sur le défaut d'hygiène ; les autres signes ont été évoqué de façon anecdotique. D'ailleurs dans les QCM, les items portant sur les signes cliniques n'ont été identifiés dans leur intégralité que par une minorité des sages-femmes. D'après ces résultats, l'attention des sages-femmes seraient davantage portée sur le comportement parental que sur les conséquences observables chez le nouveau-né. L'examen général du nouveau-né fait partie intégrante des compétences des sages-femmes (CNOSF, 2010) et il serait dommageable que faute de connaissances elles n'exploitent pas l'intégralité des données recueillies lors de cet examen pour participer efficacement au repérage des situations de négligence. De plus, le post-partum est une période très importante de la constitution de la dyade

⁹ France, Code de l'action sociale et des familles – art. L.112-3 modifié par la loi n°2016-297 du 14 mars 2016

mère-enfant, et c'est également le moment pour dépister les premiers signes de la dépression du post-partum. Cette dépression (qui est un facteur de risque de négligence) se manifeste entre autre par une altération du lien mère-enfant (CLIPP & GRIN, 2008) (Tissot, et al., 2011) ; une raison supplémentaire pour rappeler qu'il est primordial que les sages-femmes considèrent le couple mère-enfant dans sa globalité et ne se concentre pas uniquement sur la mère.

Lorsqu'il a été demandé de décrire les facteurs de risque de négligence, les facteurs de risque familiaux cités dans la revue de littérature ont été évoqués dans l'ensemble des réponses des participants. Une sage-femme a cité l'usage intensif des réseaux sociaux et du smartphone par les parents ; ce phénomène de plus en plus répandu est pour ainsi dire devenu la normalité. En 2020, la présence des smartphones est quasi-systématique en salle de naissance et en suites de couches. L'exposition excessive ou non régulée des enfants aux écrans peut comporter des risques pour le développement cognitif, moteur et la sociabilisation ; elle augmenterait le risque d'obésité et serait responsable de troubles du sommeil (HCSP, 2019). Lorsque les parents sont eux même accaparés par l'utilisation des outils numériques, ils ne sont plus disponibles pour l'enfant ; le privant ainsi des interactions affectives, physiques et sociales qui sont des besoins fondamentaux de l'enfant (Martin-Blachais, 2017).

Une autre sage-femme a cité la consommation de tabac en présence des enfants. L'exposition au tabagisme passif peut s'apparenter à une forme de négligence puisque le parent ne protège pas son enfant des méfaits reconnus d'une substance toxique (Chevalier & Nguyen, 2016). Pour aller plus loin cela pourrait même être défini comme une « action directe » du parent et donc qualifié d'« acte » de maltraitance physique et non plus de négligence.

Les antécédents de l'enfant (handicap, prématurité) ont été mentionnés seulement trois fois. Ici encore ce sont les parents qui sont au centre de l'attention.

Lors de l'enquête, 12 répondant(e)s ont dit avoir déjà réalisé une IP ou un signalement pour négligence parentale. Cependant, 5 sages-femmes ont déclaré que, faute de connaissances sur la marche à suivre, elles avaient déjà renoncé à effectuer un signalement ou une IP pour négligence. Ces deux résultats indiquent que les sages-femmes sont sensibles au phénomène de la négligence et sont capables de la dépister. Pourtant, la méconnaissance des démarches pratiques de signalement et d'IP a empêché certaines sages-femmes de communiquer sur la situation à risque. Ces lacunes sont extrêmement dommageables à la bonne prise en charge des enfants négligés ou susceptibles de l'être ; il s'agit d'une prise en charge multidisciplinaire qui implique que chaque maillon de la chaîne soit opérationnel et efficace depuis la prévention jusqu'à l'intervention.

Ces différents constats corroborent les résultats de l'enquête nationale de l'ODAS « Et vous quels sont vos besoins de repères », menée en 2019 auprès des personnes concernées par la protection de l'enfance (travailleurs sociaux, assistants familiaux/maternels, PDS...) qui indiquaient qu'une majorité des sondés déclaraient avoir besoin de davantage de repères pratiques, règlementaires, législatifs ou documentaires dans leur exercice professionnel (ODAS, 2020).

B. Points forts et limites de l'étude

La négligence parentale est un thème important, pourtant peu abordé au cours des études de maïeutique. L'étude présentée dans ce mémoire permettra de disposer de données nouvelles car il n'a pas été retrouvé d'état des lieux des connaissances des sages-femmes concernant spécifiquement la négligence. La taille de l'échantillon obtenu (n=97) a permis de recueillir des

résultats suffisamment nombreux pour réaliser une analyse statistique valable.

Plusieurs points ont cependant limité cette étude : les données portant sur l'identité de genre, le lieu et l'année d'obtention du DE n'ont pas été spécifiées par l'ensemble de l'échantillon à l'étude. Les taux de participations ont différencié selon le mode d'exercice de la profession et certaines catégories ont été largement sous-représentées. Les questionnaires ont été distribués au début de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, période durant laquelle les sages-femmes ont été extrêmement sollicitées. On peut penser que les sages-femmes qui ont pris le temps de participer à l'étude étaient les plus sensibilisées au sujet de la négligence (et potentiellement ayant de meilleures connaissances), ce qui a pu influencer sur le taux de participation, ainsi que l'évaluation du niveau de connaissances. Ce biais a en partie été contourné en sollicitant les sages-femmes dans tous les modes d'exercice et pas seulement celles exerçant en PMI ; ces dernières étant, a priori, davantage sensibilisées à la question de la négligence.

Paradoxalement, les sages-femmes de PMI ont été très peu nombreuses à répondre à l'enquête. Une hypothèse qui expliquerait ce désintérêt, serait de considérer que la multidisciplinarité des centres de PMI favoriserait un cloisonnement des tâches. Les sages-femmes de PMI ont l'habitude de travailler en étroite collaboration avec des professionnels de la protection de l'enfance (infirmières puéricultrices, pédiatres, éducateurs, assistantes sociales...). Estimerait-elles que ce qui relève de la maltraitance infantile est un domaine réservé à leurs collègues spécialistes de l'enfant ? Ceci reste une hypothèse et il est fort probable que la surcharge d'activité liée à la crise sanitaire ait nivelé par le bas les taux de réponse des participants.

C. Mise en perspective

Il ressort de l'étude menée à Marseille que l'apport d'un enseignement théorique est lié de manière significative à un meilleur niveau de connaissances. Or, moins d'un quart des sages-femmes ont déclaré que l'enseignement théorique était à l'origine de leurs connaissances.

Un apport théorique en formation initiale et/ou continue pourrait permettre de gommer les disparités de niveau de connaissances entre les différents secteurs de savoirs en matière de négligence.

L'intérêt de la formation auprès de sages-femmes a été étudié dans le cadre du dispositif Panjo (pour : « promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents ») développé en 2011 par Santé publique France. Des sages-femmes et des puéricultrices de PMI ont, entre autres, bénéficié de journées de formation sur la théorie de l'attachement, la posture de l'intervenante et les pratiques en relation d'aide. En moyenne, elles ont évalué à 7,09/9 sur une échelle de Likert leur « sentiment de pouvoir mieux agir sur la qualité de la relation parents-enfants dans [leur] pratique quotidienne en PMI [depuis la formation] » (Saïas, et al., 2019).

Par ailleurs, la transmission optimale des savoirs est un processus qui réclame l'adhésion du public récepteur ; un paramètre qui semble validé par les sages-femmes interrogées à Marseille qui ont massivement déclaré le souhait de bénéficier de davantage d'informations au sujet de la négligence ; notamment sur les signes cliniques, et sur les conduites à tenir en cas de suspicion de négligence.

Aussi, l'enrichissement des connaissances et l'amélioration de l'accessibilité aux outils d'évaluation sur la négligence apparaissent nettement opportuns pour consolider le cadre de réflexion et d'action des sages-femmes qui devraient bénéficier :

- d'un socle de connaissances théoriques et cliniques sur la négligence, dispensées lors de la formation initiale et remises à jour en formation continue (De Singly & Wisnia-Weill, 2015),

- d'une (in)formation sur les modalités de réalisation des IP et des signalements,

- d'une formation spécifique à la visite préventive à domicile et à l'accompagnement des parents (Saïas, et al., 2019).

Dès la formation initiale : un stage obligatoire en MDS (maison de solidarité) ou en PMI permettrait de sensibiliser les étudiant(e)s sages-femmes aux problématiques de la maltraitance et plus particulièrement de la négligence. Des vacations de consultations avec des infirmières puéricultrices et des pédiatres de PMI permettraient d'affiner les connaissances et la pratique cliniques sur le nouveau-né, car il est primordial que les sages-femmes s'attachent à prendre en charge la dyade mère-enfant dans sa globalité.

Quant à l'utilisation systématique d'outil de repérage, elle nécessite la formation, l'expertise et la disponibilité des utilisateurs ainsi que la gestion rigoureuse des données récoltées (Turcotte, et al., 2012). Au vu de la multitude d'échelles et de scores disponibles sur le thème de la maltraitance un consensus professionnel est nécessaire afin d'établir des recommandations sur la formation et l'utilisation par les sages-femmes de l'un de ces outils plutôt qu'un autre.

L'existence au sein des services de maternité de protocoles de prise en charge des situations de maltraitance, ou à risque de l'être, permettrait des actions plus efficaces et davantage standardisées. En l'absence de protocole, il est déjà possible de se référer aux guides proposés par les Départements comme le « Guide de l'information préoccupante et du signalement » (Département 13, 2018) édité à l'adresse des professionnels médico-sociaux et partenaires qui concourent à la protection de l'enfance sur le territoire. Ce

document de trente-huit pages donne des définitions, des repères pratiques et législatifs sur l'enfance en danger et sur les modalités de réalisation d'une IP ou d'un signalement. Le guide de l'information préoccupante et du signalement est disponible en ligne et il fournit les coordonnées des interlocuteurs à contacter (MDS, CRIP...), ce qui rappelle la nécessité du travail en réseau entre les professionnels de santé, les structures et les intervenants extérieurs (Chaumier, 2010).

Il serait également souhaitable d'identifier au sein de chaque maternité une personne ressource qui serait régulièrement formée sur l'enfance en danger. Cette personne pourrait être consultée par les professionnels en difficulté face à une situation de maltraitance notamment en orientant vers les interlocuteurs et les structures compétentes au sein du territoire.

Une étude prospective sur la France entière a été réalisée en 2010 par une étudiante sage-femme de Rouen dans le cadre de son mémoire de fin d'étude (Chaumier, 2010) ; 166 sages-femmes hospitalières ont été interrogées sur leurs connaissances et leurs pratiques professionnelles en matière de maltraitance infantile. Une comparaison des données avec l'étude marseillaise serait éventuellement possible sur certains points notamment la connaissance des facteurs de risques familiaux et propres à l'enfant ainsi que les taux de réalisation d'IP ou de signalement. Cependant pour rester centré sur la forme spécifique de maltraitance qu'est la négligence, une diffusion du questionnaire sur la négligence sur la France entière fournirait une vision élargie et plus significative du niveau de connaissances des sages-femmes sur ce thème précis. Par ailleurs, cela permettrait d'obtenir des données sur les sages-femmes qui exercent en dehors des zones urbaines, ce qui n'a pu être réalisé avec l'étude strictement citadine menée sur Marseille.

En Allemagne, une étude a évalué la prévention de la négligence des enfants par les soins de proximité des sages-femmes familiales : les résultats montrent que 80% des patient(e)s (femmes et enfants) ont vu leur situation

initiale améliorée (Windorfer, 2009). La réussite des actions de prévention par les soins de proximité, menées par les sages-femmes allemandes indique qu'elles sont sensibilisées au phénomène de la négligence et bénéficient très certainement d'une formation efficace. Il serait pertinent de connaître la teneur des enseignements reçus outre-Rhin afin de les comparer à ceux dispensés en France.

De plus, un état des lieux des connaissances en matière de négligence des sages-femmes exerçant en France, permettrait de comparer des données françaises avec celles disponibles hors de l'hexagone (en Allemagne et dans d'autres pays). Si les niveaux de connaissance et de prise en charge de la négligence par les sages-femmes à l'étranger s'avéraient supérieurs à ceux obtenus en France, alors il serait envisageable dans un second temps de s'inspirer des programmes de formation, des outils de repérage et de prévention ainsi que des pratiques de soins mis en œuvre par les professionnels de la maïeutique au-delà de nos frontières.

VI. CONCLUSION

Les enfants exposés à une situation de négligence constituent l'un des groupes les plus vulnérables dans nos sociétés (Turcotte, et al., 2012). Pour garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, le Code de l'action social et des familles¹⁰ prévoit l'organisation de la prévention, du repérage et du traitement des situations de danger ou à risque de l'être. Les sages-femmes ont pleinement leur place dans ce dispositif de protection de l'enfant et nous avons voulu savoir si elles étaient assez armées pour participer efficacement au traitement des situations de négligence ou à risque de l'être.

¹⁰ France, Code l'action social et des familles – art. L.112-3 Modifié par la LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 – art.1

Les objectifs principaux de cette étude étaient d’apprécier le niveau de connaissances des sages-femmes exerçant à Marseille sur la négligence parentale en période périnatale et d’identifier leurs besoins en matière de formation à ce sujet.

L’étude a révélé un niveau de connaissances satisfaisant des sages-femmes sur la négligence. Cependant l’analyse des résultats a permis de mettre en lumière l’hétérogénéité de ces connaissances et une attention portée en majorité sur les caractéristiques maternelles au détriment des signes à rechercher chez l’enfant négligé. Il a d’ailleurs été constaté que la négligence parentale était rarement abordée pendant les études de maïeutique.

La publication de résultats, tels que ceux de l’étude présentée ici, permettrait d’ouvrir une réflexion sur la nécessité d’un réajustement de la formation initiale et continue des sages-femmes en matière de négligence. Notamment pour aiguïser leur capacité à dépister les signes de négligence chez le nourrisson, et pour les amener à inclure la prévention et le repérage des négligences parentales dans leur routine de soins auprès des familles.

VII. REFERENCES

Blanchard, D. et al., 2003. La négligence des enfants: des impacts sociaux importants. *Rubrique de l'Observatoire (GRAVE-ARDEC)*.

Boulet, M.-C., Ethier, L. & Couture, G., 2004. Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes. *Santé mentale au Québec*, 29(1).

Capelier, F., 2015. *Comprendre la protection de l'enfance : l'enfant en danger face au droit..* Paris: Dunod.

Chaumier, S., 2010. *Du cadre conceptuel à la mise en œuvre du repérage de la maltraitance infantile : impact de la loi du 5 mars 2007 sur les pratiques professionnelles sages-femmes.* Centre hospitalier universitaire de Rouen..

Chevalier, C. & Nguyen, A., 2016. Composition et nocivité du tabac. *Actualités pharmaceutiques*, 55(560), pp. 22-25.

CLIPP & GRIN, 2008. *La négligence envers les enfants, bilan de connaissances.*

CNOSF, 2010. Situation 6: assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale. Dans: *Référentiel métier et compétences des sages-femmes.*

CNOSF, 2020. La protection des victimes de violence. *Contact Sages-femmes*, janvier, février, Issue 61, pp. 4-13.

De Singly, F. & Wisnia-Weill, V., 2015. *Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent*, Paris: France Stratégie.

Département 13, 2018. *Guide de l'information préoccupante et du signalement.* Bouches du Rhône.

Ethier, L.-S., 2009. Evolution des enfants négligés et caractéristiques maternelles. Issue 1, pp. 51-59.

Garret-Gloannec, N. & Pernel, A., 2012. Conséquences des négligences parentales sur les bébés. *L'information psychiatrique*, Issue 88, pp. 195-207.

Garret-Gloannec, N., Pernel, A.-S. & Parent, A., 2013. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. *EMC-Psychiatrie/Pédopsychiatrie*; 10(3): 1-11 [article 37-208-A-85].

Guedeney, A. & Vermillard, M., 2004. L'échelle ADBB: intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. *Médecine & enfance*, juin, pp. 367-371.

HAS, 2017. *Fiche Mémo, Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir, Octobre 2014 Mise à jour 2017*.

HCSP, 2019. *Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans*.

Lacharité, C., Ethier, L.-S. & Nolin, P., 2006. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, Issue 484, pp. 381-94.

Lachaussée, S., Bednarek, S., Absil, G. & Vanmeerbeek, M., 2012. Les enfants négligés: ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent. Issue 1.

Martin-Blachais, M.-P., 2017. Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfant.

Mayer, M. et al., 2003. *Les caractéristiques des figures parentales dans les familles signalées pour négligence*. Vancouver, Canada.

ODAS, 2010. "Décentralisation et protection de l'enfance: Où en est-on? Enquête de l'ODAS auprès des départements de France". [En ligne] Available at: <http://odas.net/Les-cahiers-de-l-ODAS,380> [Accès le 10 février 2020].

ODAS, 2020. *Enquête annuelle protection de l'enfance 2019 "Et vous quels sont vos besoins de repères?"*. [En ligne] Available at: <https://odas.net/actualites/enquete-annuelle-protection-de->

lenfance-2019-et-vous-quels-sont-vos-besoins-de-reperes

[Accès le 10 février 2021].

OMS, 1989. *Convention Internationale des Droits de l'Enfant*.

Petitpas, J., Pauzé, R., Albert, J. & Julien, C., 2019. *Recension des écrits sur les facteurs de risque associés à la négligence, les conséquences possibles sur les enfants et sur les interventions Mars 2016 -Révision juillet 2019*.

Révillet, 2010. « *Créer un service d'accompagnement à domicile au sein d'une mecs pour faire face aux risques du désengagement parental.* ». s.l.:Mémoire des Hautes Ecoles en Santé Publique.

Rey-Salmon, C., 2008. Diagnostiquer et signaler la maltraitance: repères. *Laennec*, Volume 56, pp. 6-17.

Saïas, T. et al., 2019. Soutenir les compétences des intervenantes de prévention précoce en France : usages et effets du dispositif Panjo. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, octobre.5(3).

SNATED, 2020. *Etude annuelle relative aux appels du SNATED en 2019*.

Tissot, H., Frascarolo, F., Despland, J.-C. & Favez, N., 2011. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La psychiatrie de l'enfant*, Volume 54, pp. 611-637.

Turcotte, G. et al., 2012. *Inventaire des outils cliniques en négligence, Synthèse du rapport final*.

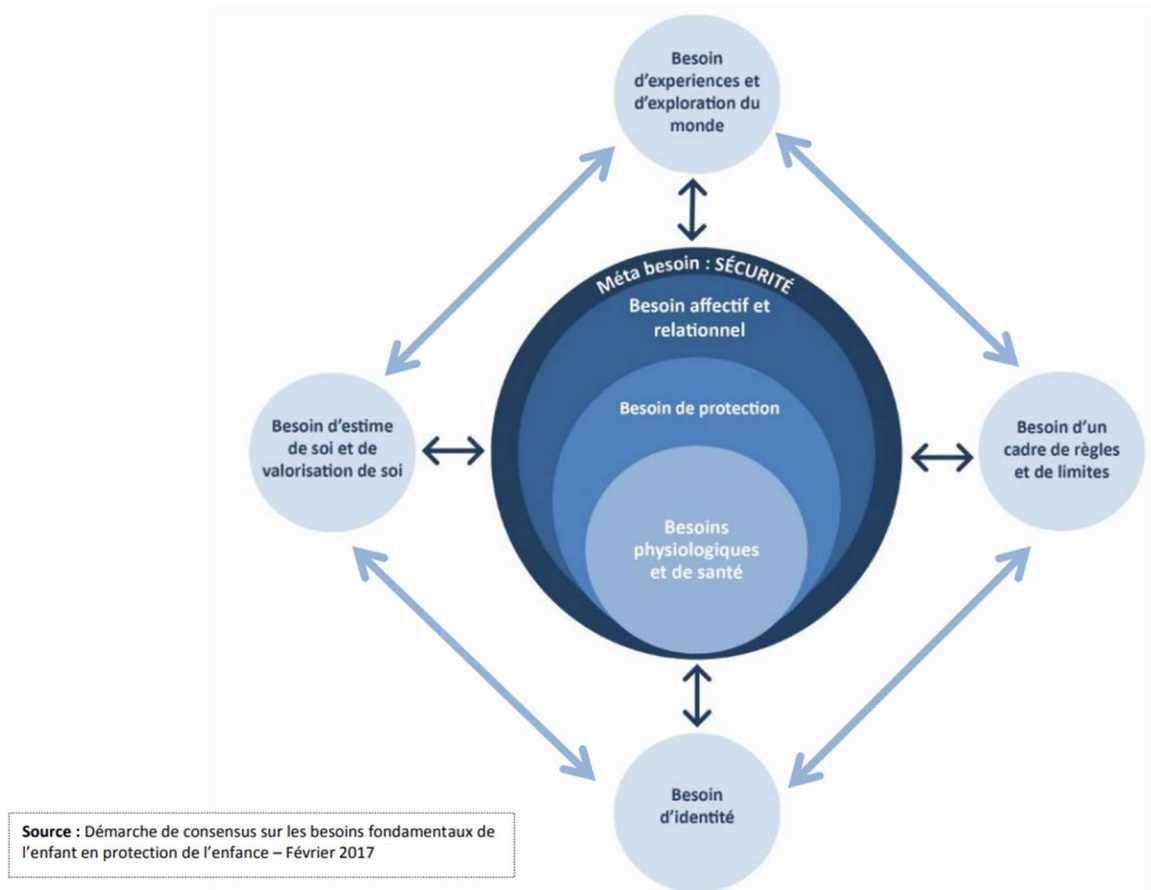
Windorfer, A., 2009. Prevention of Child Neglect by Outreach Care of Family Midwives. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Issue 58, pp. 368-83.

VIII. ANNEXES

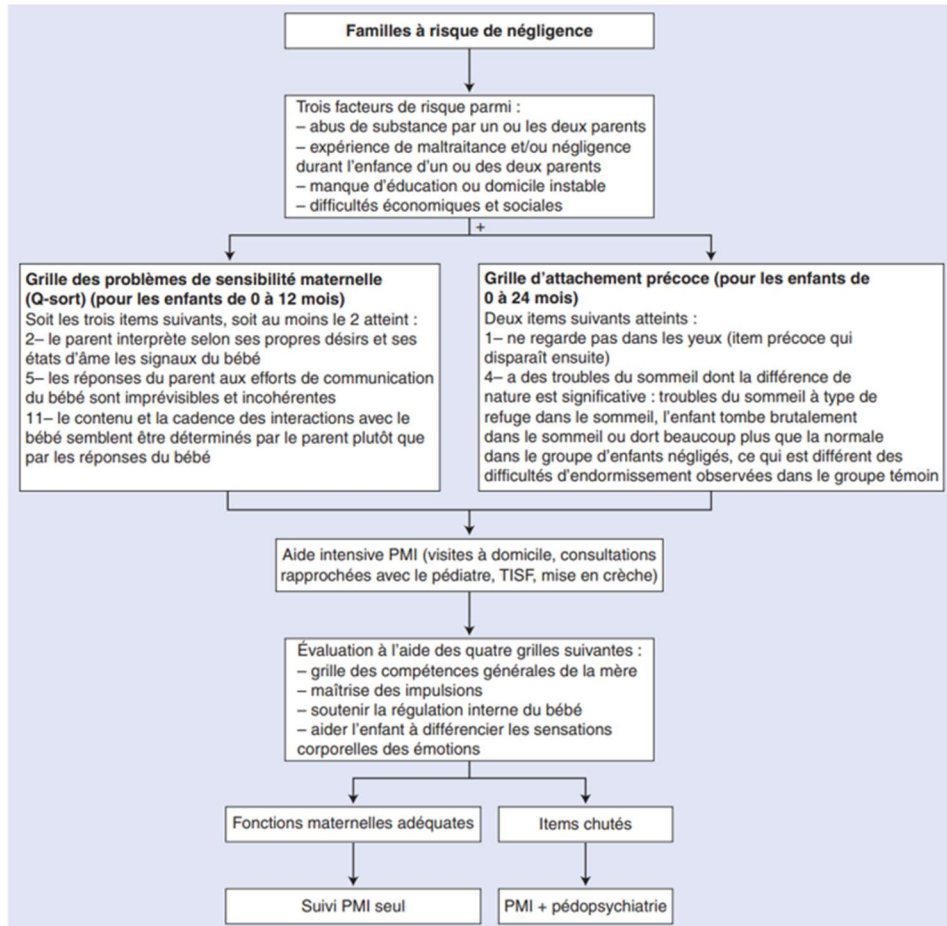
LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 - La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant	56
Annexe 2 - Arbre décisionnel, Familles à risque de négligence, repérées par la Protection maternelle et infantile	57
Annexe 3 - Modèle type de signalement.....	58
Annexe 4 - Schéma de recueil, d'évaluation et de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être	59
Annexe 5 - Inventaire des outils cliniques en négligence.....	60
Annexe 6 - ALARME DETRESSE BEBE (ADBB)©	61
Annexe 7 - Questionnaire distribué auprès des sages-femmes.....	62

Annexe 1 La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant (Martin-Blachais, 2017)



Annexe 2 Arbre décisionnel, Familles à risque de négligence, repérées par la Protection maternelle et infantile (PMI) (Garret-Gloannec, et al, 2013)

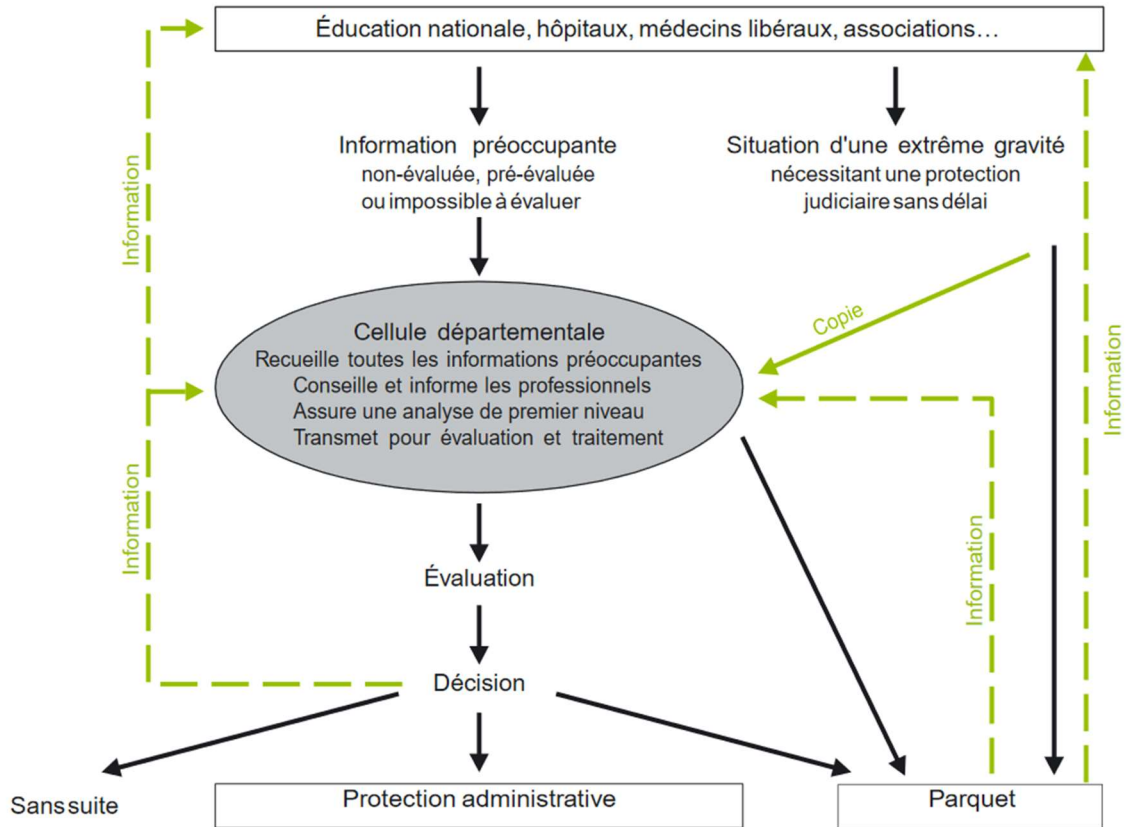


Annexe 3 Modèle type de signalement, Fiche mémo : Maltraitance de l'enfant, (HAS 2017)

Cachet du médecin
SIGNALEMENT (Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)
Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :
<ul style="list-style-type: none">• date (jour de la semaine et chiffre du mois) :• année :• heure :
▶ L'enfant :
<ul style="list-style-type: none">• nom :• prénom :• date de naissance (en toutes lettres) :• sexe :• adresse :• nationalité :
▶ Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :
<ul style="list-style-type: none">• la <u>personne accompagnatrice</u> nous a dit que : « _____ _____ _____ ».
<ul style="list-style-type: none">• l'enfant nous a dit que : « _____ _____ _____ ».

Cachet du médecin
Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
<ul style="list-style-type: none">• Oui• Non (rayer la mention inutile)
▶ Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :
<ul style="list-style-type: none">••••
▶ Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :
<ul style="list-style-type: none">••••
Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement. Signalement adressé au procureur de la République
Fait à _____, le _____
<u>Signature du médecin ayant examiné l'enfant :</u>

Annexe 4 Schéma de recueil, d'évaluation et de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être, (HAS, 2014)



Annexe 5 Inventaire des outils cliniques en négligence (Turcotte, et al., 2012)

AXÉS SUR LA NÉGLIGENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Index de négligence (Trocmé) • Mother-Child Neglect Scale • Multidimensional Neglectful Behavior Scale
MULTIFACTORIELS	<ul style="list-style-type: none"> • Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité • Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer) • Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE) • Outils dérivés du cadre d'analyse commun des besoins de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> • Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant (<i>Common Assessment Framework Form</i>) • Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant (<i>Initial Assessment Record</i>) • Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE) (<i>Core Assessment Record</i>) • Système de soutien à la pratique (SSP)
ÉVALUATION DES CONDUITES PARENTALES	<ul style="list-style-type: none"> • Indice de stress parental (ISP) • Inventaire du potentiel d'abus (CAPI)
ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Family Assessment Form • Family Need Scale • HOME • Inventaire de soutien social et familial (ISSF) • Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device)
ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT	<p>0-5 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grille Ballon • Grille d'évaluation du développement (GED) • Inventaire du développement de l'enfant (Brigance) • Nipissing district developmental screen • Questionnaires sur les étapes du développement (ASQ) <p>6-11 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA) • Trauma Symptom Checklist For Children • Trauma Symptom Checklist for Young Children

Légende

- Outils recommandés
- Outils utilisés en CI ou CSSS

CI : centre intégré (au Québec)

CSSS : centre de santé et de service sociaux (au Québec)

Annexe 6 ALARME DETRESSE BEBE (ADBB)© (Guedeney, 2012)

Chaque item est coté de 0 à 4.

- 0 : Pas de comportement anormal de retrait
- 1 : Comportement discrètement anormal
- 2 : Comportement nettement anormal
- 3 : Comportement très nettement anormal
- 4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc.), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus. **En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.**

1 EXPRESSION DU VISAGE. Diminution de l'expressivité du visage:

0 1: 2: 3: 4

2 CONTACT VISUEL. Diminution du contact visuel:

0 1: 2: 3: 4

3 ACTIVITE CORPORELLE. : Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 1: 2: 3: 4

4 GESTES D'AUTO-STIMULATION. L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité :

0 1: 2: 3: 4

5 VOCALISATIONS. Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) :

0 1: 2: 3: 4

6 VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION. Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note: ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse ; **l'absence de réaction ne permet pas de coter:**

0 1: 2: 3: 4

7 RELATION. Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations :

0: 1: 2: 3: 4:

8 - ATTRACTIVITE. Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, **et le sentiment subjectif de durée de l'examen :**

0: 1: 2: 3: 4

Nom/N° :

Age : Examineur

Total:

Annexe 7 Questionnaire distribué auprès des sages-femmes

► Les 33 items sélectionnés pour évaluer les connaissances des sages-femmes en matière de négligence parentale sont présentés en gras

Vous êtes : Un homme Une femme Non-binaire

Où avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme ? Ville -pays

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme ?

Exercez-vous actuellement la profession de sage-femme ?

Oui Non

Exercez-vous actuellement à Marseille (même partiellement)?

Oui Non

A ce jour, quel est votre mode d'exercice principal de la profession de sage-femme :

- libéral
- hôpital public
- clinique privée
- PMI
- autre (merci de préciser :

Quel âge avez-vous ?

Elevez-vous des enfants ou avez-vous déjà élevé des enfants au sein de votre foyer ?

Oui Non

Voici 3 questions pour interroger votre perception de la négligence parentale:

En quelques mots, qu'est-ce que pour vous la négligence parentale ?

(300 caractères maximum)

Pouvez-vous citer des éléments qui vous feraient suspecter une négligence parentale en période périnatale?

(300 caractères maximum)

Selon vous, quels pourraient-être les facteurs de risque de NP ?

(300 caractères maximum)

A présent, voici quelques QCM afin de tenter de définir le concept de négligence parentale.

Le sigle NP sera utilisé pour désigner la Négligence Parentale. Le terme "période périnatale" sera utilisé pour désigner la période qui va de la conception au 1er mois après la naissance.

Selon vous la NP entre-t-elle dans la définition de la maltraitance au même titre que les violences physiques, sexuelles et psychologiques?

- oui**
- non

Parmi ces situations, laquelle (ou lesquelles) s'apparente(nt) à de la NP ?

- une absence de marque physique de tendresse envers l'enfant**
- un mauvais suivi médical de l'enfant**
- secouer un nourrisson
- le fait de cautionner, chez un adolescent, des comportements illégaux**
- aucune de ces situations n'est assimilable à de la NP
(plusieurs réponses possibles)

Selon vous, les conséquences de la NP sont :

- à la fois physiques et psychologiques**
- exclusivement physiques
- exclusivement psychologiques
(une seule réponse possible)

D'après vous, les conséquences de la NP sur le plan social et cognitif sont :

- moins sévères que celles dues aux violences physiques
- équivalentes à celles dues aux violences physiques**
- plus sévères que celles dues aux violences physiques
(une seule réponse possible)

Pensez-vous que la NP puisse être à l'origine de lésions cérébrales ?

- oui**
- non

Les questions suivantes porteront sur les critères de repérage de la NP

Selon vous, la NP pendant la grossesse peut-elle entraîner des conséquences directes sur le fœtus et/ou le nouveau-né ?

- oui**
- non

La NP pendant la grossesse, peut entraîner : (plusieurs réponses possibles)

- un RCIU
- des malformations cardiaques congénitales
- une détresse respiratoire néonatale
- un risque accru de mortalité
- aucune, car les conséquences n'apparaissent pas en période périnatale

Pendant la période du post-partum, parmi les situations suivantes, quelles sont celles qui, à elles seules, doivent vous alerter sur un possible contexte de NP ? (plusieurs réponses possibles)

- refus de l'allaitement maternel (AM) par la mère, en dehors de toute contre-indication à l'AM
- sortie précoce de la maternité à la demande des parents
- refus de procéder aux vaccinations obligatoires pour l'enfant**
- refus de contraception par une patiente grande multipare
- absence d'interaction visuelle mère/enfant pendant les soins prodigués à l'enfant**
- aucune de ces situations n'est susceptible, à elle seule, de causer du tort à l'enfant

Chez un nourrisson de 2-3 mois, quels signes cliniques/paracliniques peuvent vous faire évoquer une situation à risque de NP ? (plusieurs réponses possibles)

- allongement de la durée des phases de sommeil**
- déformations plastiques du crâne et du visage**
- hypertonie**
- hypotonie**
- infections**
- marbrures, cyanoses des extrémités**
- peau sèche**
- retard de croissance staturo-pondérale**
- troubles digestifs (régurgitations, gaz)**
- aucun de ces signes ne peut être relié à de la NP

Parmi les éléments ci-dessous, lesquels sont des facteurs de risque de NP ? (plusieurs réponses possibles)

- la prématurité**
- les situations de handicap physique et /ou mental chez l'enfant**
- le retard de croissance staturo-pondéral**
- l'absence de peau à peau en salle de naissance
- l'appartenance à une fratrie supérieure ou égale à 3 enfants**
- être un enfant de sexe féminin
- aucune de ces situations n'est un acteur de risque de NP

A l'âge adulte, les conséquences de la NP subie pendant l'enfance incluent une augmentation du risque de : (plusieurs réponses possibles)

- pathologies hépatiques
- pathologies ischémiques cardiaques
- diabète de type 1
- hyperthyroïdie chez la femme
- négligence envers sa descendance
- aucune de ces situations n'est en lien avec la NP subie dans l'enfance

Dans quel cadre retrouve-t-on la majorité des cas de NP ? (plusieurs réponses possibles)

- famille biparentale (avec présence des 2 parents biologiques)
- famille biparentale (avec un seul des 2 parents biologiques)
- famille monoparentale
- autre (famille d'accueil, famille d'adoption, grands-parents...)

Dans la plupart des études portant sur la NP, quel adulte est mis en cause ? (plusieurs réponses possibles)

- la mère biologique
- le père biologique
- autre (grand-parent, parent adoptif, éducateur...)

Parmi ces critères, lesquels sont actuellement utilisés en France pour définir une famille « à risque » de NP ? (plusieurs réponses possibles)

- absence d'activité professionnelle chez un parent ou les deux**
- abus de substance psychoactive par un parent ou les deux**
- antécédent de dépression chez un parent ou les deux**
- appartenance à une minorité culturelle
- difficultés économiques et sociales**
- expérience de maltraitance et/ou de NP durant l'enfance par un parent ou les deux**
- manque d'éducation chez un parent ou les deux**

L'échelle ADBB permet d'évaluer : (une seule réponse possible)

- les capacités parentales
- le comportement de retrait relationnel durable chez l'enfant de 2 à 24 mois**
- les négligences parentales grâce à un questionnaire auto-rapporté par le(s) parent(s)
- la relation parent-enfant dans sa globalité
- Je ne connais pas cette échelle

Quelles actions la PMI (Protection Maternelle Infantile) peut-elle mettre en place, pour la prise en charge d'un cas de négligence chez le nourrisson ? (plusieurs réponses possibles)

- visite au domicile par une sage-femme**
- visite au domicile par une assistante maternelle agréée
- mise en crèche de l'enfant**
- suspension des aides versées par la CAF (Caisse d'Allocations Familiales)
- accompagnement par un TISF (Technicien d'Intervention Social et Familial)**

Quelques questions sur votre expérience personnelle

Dans le cadre de votre pratique professionnelle, si vous suspectiez une situation à risque de négligence, qui contacteriez-vous en tout premier lieu ? (une seule réponse possible)

- la PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- le procureur de la République
- le CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)
- la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes)
- l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance)
- autre (merci de préciser :

En tant que professionnel(le) de santé, avez-vous déjà rédigé un signalement ou une information préoccupante ?

oui non

Ce signalement concernait : (plusieurs réponses possibles)

- des violences physiques
- des violences psychologiques
- des violences sexuelles
- de la NP
- autre (merci de préciser :

Avez-vous déjà renoncé à renoncer à effectuer un signalement ou une information préoccupante de NP alors que vous aviez le sentiment que la situation présentait un risque pour l'enfant ?

Oui Non

Ce renoncement a été motivé par : (plusieurs réponses possibles)

- un sentiment d'impuissance face à la situation
- le sentiment de ne pas être légitime
- la crainte de stigmatiser à tort une famille
- la crainte de causer du tort à l'enfant
- la crainte d'être la victime de représailles physiques et / ou psychologiques
- la méconnaissance de la marche à suivre pour effectuer ce signalement
- autre (merci de préciser :

D'où proviennent vos connaissances concernant la NP ?

- observation et expérience pratique en milieu professionnel
- partage de connaissances avec d'autres sages-femmes
- partage de connaissance avec d'autres membres de la communauté médicale et/ou paramédicale
- informations obtenues auprès de travailleurs sociaux ou de réseaux associatifs de protection de l'enfance
- expérience personnelle sans lien avec la pratique professionnelle
- enseignements théoriques
- autre

Si « enseignements théoriques » : Dans quel cadre ces enseignements ont-ils été dispensés ?

(plusieurs réponses possibles)

- formation initiale
- formation continue
- congrès, conférence
- autre (merci de préciser :

Si « autre » : Merci de préciser d'où proviennent vos connaissances concernant la NP

Ressentez-vous le besoin d'enrichir vos connaissances en matière de NP ?

Oui Non

Quels sont les thèmes sur lesquels vous souhaiteriez être d'avantage informé(e) ?

- les signes cliniques de la négligence chez le nourrisson de moins de 3 mois
- les conséquences à courts et moyen terme de la négligence parentale chez le nourrisson de moins de 3 mois
- les critères de repérages des familles vulnérables
- les conduites à tenir en cas de suspicion de NP
- les modalités de prise en charge de la NP à la suite de son diagnostic
- autre (merci de préciser :

Résumé

La négligence parentale est une forme de maltraitance sous-estimée avec des conséquences parfois très sévères. Les sages-femmes ont un rôle clef dans la prévention et le repérage de ce phénomène. L'état des lieux des connaissances sur la négligence des sages-femmes exerçant à Marseille révèle un bon niveau de connaissances mais une répartition hétérogène des savoirs en fonction des thèmes abordés ; et une attention portée en majorité sur les caractéristiques parentales au détriment des signes à rechercher chez l'enfant négligé. Moins d'un quart des sages-femmes interrogées à Marseille a reçu un enseignement théorique sur le sujet alors qu'il est statistiquement lié à un meilleur niveau de connaissances. Les sages-femmes devraient bénéficier de davantage de formation théorique, d'outil de prévention et de protocoles pour participer efficacement aux actions visant à accompagner les familles en proie à des situations de négligence ou à risque de l'être.

Mots clefs : négligence parentale, sage-femme, périnatalité, prévention, repérage, connaissances

Abstract

Parental neglect is an underestimated form of abuse with sometimes very severe consequences. Midwives have a key role in preventing and identifying this phenomenon. The inventory of knowledge on the neglect of midwives practicing in Marseille reveals a good level of knowledge of risk factors and consequences, but an incomplete knowledge of the identification criteria and clinical signs in neglected infants. Less than a quarter of the midwives surveyed in Marseille received theoretical education on the subject, although it is statistically linked to a better level of knowledge. Midwives should benefit from more theoretical training, prevention tools and protocols to participate effectively in actions aimed at supporting families suffering from neglect or at risk of being.

Key words : parental neglect, midwife, perinatal, prevention, spotting, knowledge